

Gezondheid en kwaliteit van zorg voor iedereen: Wat maakt het verschil?

Onderbouwing op basis van literatuurstudie



Onderbouwing op basis van literatuurstudie

Behorend bij Publicatie Gezondheid en kwaliteit van zorg voor iedereen: Wat maakt het verschil?

Door: Marieke van Leijden, Thea Duijnhoven, Majorie de Been, Maria van den Muijsenbergh
januari 2018

Inhoud

1.	Literatuurstudie Werkzame Elementen	4
	Inleiding	4
	Methode	4
	Resultaten	5
2.	Resultaten.....	6
3.	Goede voorbeelden.....	12
	Referenties	19
	Bijlage 1: Zoektermen literatuurstudie	25
	Bijlage 2 Literatuuroverzicht	26

1. Literatuurstudie Werkzame Elementen

Inleiding

Juist de groepen met de grootste gezondheidsachterstanden, mensen met weinig inkomen of opleiding of een migratieachtergrond, doen het minste mee met interventies gericht op het verbeteren van hun gezondheid. Deze sluiten namelijk vaak niet aan bij hun mogelijkheden en leefwereld. Het blijkt echter zeker mogelijk interventies te ontwikkelen die wel aansluiten en gebruikt worden. Dit vergt evenwel specifieke aandacht voor een aantal aspecten. Dit rapport is de weergave van een verkennend literatuuronderzoek (scoping review) (Crooks 2010) in augustus en september 2017 naar de specifieke elementen die preventie, zorg en leefstijlinterventies ook toegankelijk, acceptabel en effectief maken voor mensen met een laag sociaaleconomische status (SES), migratie achtergrond en/of lage gezondheidsvaardigheden. De resultaten van deze studie vormden de input voor de publicatie "Gezondheid en kwaliteit van zorg voor iedereen. Wat maakt het verschil?" die ontwikkeld is. De publicatie is te vinden op: (link nog toevoegen)

Deze publicatie en onderzoek is gedaan binnen de werkgroep Werkzame Elementen dat gecoördineerd wordt door het CGL. Meer informatie over deze werkgroep en de publicaties zijn te vinden op deze website: <https://www.loketgezondleven.nl/leefstijlinterventies/erkenningstraject/werkzame-elementen>

Methode

Op basis van eerdere studie en ervaring is de visie van Pharos dat persoonsgerichte zorg (person centred care, patient centred care), begrijpelijke communicatie (person centred communication, pictorial information, cross-cultural communication), en een integrale aanpak (integrated approach, multilevel /environmental interventions) de kernelementen zijn van effectieve aanpak van gezondheidsachterstanden. Op deze brede termen werd gezocht naar effectieve elementen / interventies en voorbeelden voor onze doelgroep, met zoektermen als lage SES en/of migrantenachtergrond en / of etniciteit en /of laaggeletterdheid en /of lage gezondheidsvaardigheden. Gezocht werd naar Engelstalige of Nederlandse artikelen vanaf 2009 over deze onderwerpen én betrekking hebbend op deze doelgroepen.

Artikelen konden reviews zijn, verslagen van RCT of andere kwantitatieve studies zowel als kwalitatieve studies.

Middels de sneeuwbal methode, suggesties binnen databases en handmatige zoektocht door referentielijsten van relevante artikelen/auteurs werden aanvullende artikelen geïncludeerd.

Uit de artikelen werden door twee auteurs (ML en MvdM) onafhankelijk van elkaar de elementen gedestilleerd die genoemd werden als bevorderende dan wel belemmerende factor voor de implementatie van zorg of preventie bij de doelgroep. Conclusies werden bediscussieerd met alle vier de auteurs, tot overeenstemming werd verkregen.

In het kader van deze scoping review, zijn de artikelen en onderliggende onderzoeken niet op kwaliteit beoordeeld. Bij de beschrijving van de werkzame elementen in de resultaten geven we het niveau van bewijslast aan dat gevonden werd.

De hoogste bewijslast, aangegeven met groen en ****, zijn (systematische) reviews, RCTs of evaluatiestudies van grote projecten.

Geel en *** zijn werkzame elementen waarvoor de onderbouwing in meerdere artikelen worden aangedragen.

Oranje ** zijn werkzaam elementen die door een goed voorbeeld of een enkel artikel worden onderbouwd .

Resultaten

In totaal 121 artikelen gelezen waarvan 88 relevant werden bevonden (zie bijlage 2)

Omwille van de praktische toepasbaarheid zijn de resultaten ingedeeld naar A. algemene elementen, B. elementen die vooral van toepassing zijn bij interventieontwikkeling, C. elementen die vooral gelden voor de implementatie op groepsniveau en D. elementen die vooral in het individuele contact belangrijk zijn. Per element noemen we heel kort wat er bedoeld wordt, op welke literatuur het element is gebaseerd, wat er bekend is over effectiviteit en waar mogelijk geven we een voorbeeld dat de effectiviteit van de gepresenteerde werkzame elementen illustreert. Aan het eind van het document worden een aantal goede voorbeelden van integrale interventies voor lage SES groepen uitgebreider beschreven.

2. Resultaten

A. Algemeen geldende elementen:

1. **** Multi-level benadering: beïnvloed meerdere domeinen van een individu (individueel, sociaal, omgeving) – combineer interventies:

- Belangrijk om met meerdere componenten meerdere factoren aan te pakken die gedrag beïnvloeden (zoals persoonlijke kennis en overtuigingen, familie- en culturele normen, toegankelijkheid van gezonde voeding en de sociale en fysieke omgeving) (****Goldberg et al., 2017).
- Effectief in lichaamsbewegingsinterventies bij volwassenen en kinderen met lage SES/migratie achtergrond (****Mendoza-Vasconez 2016, Wijtzes 2017).
- Voorbeeld: ICAPS (****Simon et al., 2014), Ballabeina (****Bürge et al., 2012), B.Slim en Heart Healthy Lenoir (****Halladay et al., 2017). Deze voorbeelden worden later in die document uitgewerkt.

2. ****Combineer maatregelen die materiële omstandigheden verbeteren en structurele barrières in de omgeving wegnemen

- Woonrenovatie en sociale activiteiten (****Beenackers et al., 2015).
- Geen aandacht voor sociodemografische omstandigheden (zoals werkloosheid, woonomstandigheden, relaties) leidt tot een 6x hoger risico op therapie ontrouw (8x hoger voor afro-Amerikanen) (**Schoenthaler et al., 2017).
- Effectief bij leefstijlinterventies voor sociaal achtergestelde kinderen (****Wijtzes et al., 2017), obesitaspreventie bij mensen met lage SES (****Beauchamp et al., 2014)
- Buurt- en huisrenovaties kunnen mentale en fysieke gezondheid verbeteren in achterstandsbuurt (**)Egan et al., 2016; Curl et al., 2015)
- Effect van schulden op gezondheid: Depressie, suïcidale gedachten, slechtere subjectieve gezondheid, meer ongezond gedrag (****Turunen et al., 2014). Momenteel wordt een pilot project Mobility Mentoring opgezet in Alphen a/d Rijn als veelbelovende methode om schuldproblematiek integraal aan te pakken (**Jungmann N & Wesdorp P, 2017).
- Effectiviteit: Groene omgeving interventies leiden tot positieve gezondheid, sociale en omgevingsuitkomsten voor alle populatiegroepen, met name lage SES groepen (****World Health Organization, 2017). Associatie van eigenschappen van fysieke omgeving met risico op hart- en vaatziekten, BMI, bloeddruk, metabool syndroom (****Malambo et al., 2016) (wel vooral cross-sectioneel)
- Voorbeeld: ICAPS (Frankrijk) (****Simon et al., 2014)

3. ***Werk dus samen met andere domeinen

- Werkzame strategie in Health in All Policies was de samenwerking tussen gezondheidszorg en andere beleidsterreinen(****Gase et al., 2013). Bijvoorbeeld met ruimtelijke ordening
- Investeren in persoonlijke relaties onder professionals is belangrijk voor het succes van de samenwerking (**Valentijn et al., 2015).

- Effectiviteit: Samenwerking publieke gezondheidszorg – eerstelijnszorg- welzijn in de wijk: kan leiden tot verbeterde zorg in de wijk en minder ziekenhuis bezoek (**Kringos et al., 2016), **Leemrijse et al., 2016), en het beter inzien van oorzaken van gezondheidsproblemen door professionals (**Van den Broeke et al., 2015).
- Effectiviteit: **Integrale samenwerking binnen zorgdomein** leidt tot lagere mortaliteit, minder ziekenhuisopnames met een chronische aandoening (****Martínez-Gonzalez et al., 2014). (Meeste studies gingen over samenhangende zorgverlening over het zorg continuüm of samenwerking tussen professionele teams). Samenwerking binnen eerste- en tweedelijnszorg leidt tot betere dienstverlening (****Mitchel et al., 2015).
- Voorbeeld: van effectieve samenwerking in de wijk , leidend tot meer tevredenheid professionals en minder verwijzingen naar ziekenhuiszorg: Krachtige basiszorg (**Leemrijse et al., 2016).
- Ander voorbeeld: Voorbeeld: Healthy pregnancy for all

4. *** Community benadering: enig, maar geen eenduidig bewijs effectiviteit:

- In systematic reviews geen eenduidig bewijs voor effectiviteit community benadering (veel verschillen in effectiviteit) (****Baker et al., 2015) (Everson-Hock et al., 2013)
- Andere systematic review: kleine effecten van community interventies (****Cleland et al., 2012)
- Goed voorbeeld community benadering met brede samenwerking in de wijk: Gezond Gewicht Overvecht (**Oosterman et al., 2011), ***B.Slim, ***Well London (Sheridan et al., 2010)

5. ****Groepsgerichte interventies effectief bij volwassenen lage SES

- Effectief bij volwassenen met lage SES, bij kinderen met lage SES geen bewijs (****Cleland et al., 2012), bij lichaamsbewegingsinterventies van vrouwen met lage SES (interventies met groepscomponent waren significant en klinisch relevant effectiever dan individuele interventies en community interventies (komt neer op 70 minuten extra lichaamsbeweging) (****Cleland et al., 2013). Groep afvalprogramma's effectief bij vrouwen met lage SES (****Bambra et al., 2016).
- Voorbeeld groepsinterventie: ***Be interactive
- **Peer-education:** In eigen netwerken anti-rooknormen verspreiden effectief bij lage SES jongeren (****Beenackers et al., 2015).

6. ****Betrek scholen en combineer schoolinterventies op verschillende vlakken

- Betrek ouders bij schoolinterventies: grijp aan op bestaande ouderactiviteiten (zoals ouderavonden voor een groot bereik) (****Beenackers et al., 2015).
- Schoolinterventies effectief in lage SES-kinderen (****Bambra et al., 2016) en kunnen gezondheidsverschillen terugdringen (groot onderzoek in Canada) (**Vander Ploeg et al., 2014).
- Combineer schoolmaatregelen (begin bij aanpassen schoolomgeving: kantine/schoolplein): effectief bij voorkomen overgewicht lage SES-kinderen (****Beenackers et al., 2015)
- Voorbeeld schoolinterventie: ICAPS (****Simon et al., 2014), Ballabeina (****Bürgi et al., 2012), watercampagne JOGG (****Van de Gaar et al., 2014).

INTERVENTIE ONTWIKKELING

1.***Neem voldoende tijd en resources voor voorbereidend werk (**Stevens et al., 2017)

2.****Betrek einddoelgroep in elke fase van de interventie ontwikkeling

- Werk nauw samen met lokale gemeenschap, ontdek lokale kennis en behoeftes en geef expert kennis geen zwaardere lading dan lokale kennis (**Sheridan et al., 2010)

- Betrek vertegenwoordigers van de doelgroep in elke fase van de interventie (van het ontwerpen van het programma tot elke stap van implementatie en evaluatie) (****Goldberg et al., 2017, (**Lloyd et al., 2017))
- Gebruik technieken die niet afhankelijk zijn van taal of schrift, zoals photovoice (**Murray et al., 2015).
- Effectiviteit: Hoewel het meer tijd kost om de eindgebruikers bij de ontwikkeling van een interventie te betrekken (in dit geval een mobiele app om lichaamsbeweging te promoten), levert het een grotere trouw aan de interventie op (**Blackman et al., 2016).
- Voorbeeld photovoice: gebruikt om socioculturele aspecten van lichaamsbeweging in kaart te brengen (**Belon et al., 2015).
- Voorbeeld Heart Healthy Lenoir study (***Halladay et al., 2017): uit formatief vooronderzoek kwam dat een controlegroep die niet mee kon doen met de interventie niet acceptabel was. Bij het formatieve onderzoek is gebruikt gemaakt van Photovoice (**Kowitt et al., 2015)

3.****Test materialen met de doelgroep

- Informatie met gezondheidsinformatie (bijvoorbeeld een folder) moet getest worden bij de eindgebruikers. De eindgebruikers moeten in elke fase van de ontwikkeling van het materiaal betrokken zijn. Feedback van testrondes moet worden meegenomen in het door ontwikkelen van het materiaal. (**Dowse et al., 2011).
- Pas richtlijnen toe bij het ontwikkelen van informatiemateriaal die zijn opgesteld aan de hand van een testgroep van laaggeletterden (****Dowse 2014).
- Effectiviteit: Patiënt informatie folder die a.d.h.v. bovenstaande richtlijnen is ontwikkeld leidde tot meer kennis en hogere self-efficacy bij laaggeletterde patiënten (****Dowse et al., 2014).

4.****Maak interventies en materialen cultuursensitief

- Beter meerdere culturele aanpassingen i.p.v. slechts één aanpassing (****Nierkens et al., 2016). (**Van Rooijen-Mutsaers, K. & Ince, D., 2013)
- Culturele aanpassing op gezinsniveau (****Nierkens et al., 2016)
- Effectief bij leefstijl interventies in lage SES/migranten volwassenen (****Mendoza-Vasconez et al., 2016) en -kinderen (****Wijtzes et al., 2017)
- Effectiviteit: Cultuur-sensitiviteit leidt tot betere werving en minder uitval in obesitas interventies (**Stevens et al., 2017)
- Voorbeeld van 46 verschillende typen culturele aanpassingen en in welke fase van interventieontwikkeling je deze kan toepassen te vinden in Davidson 2014 (****Davidson et al., 2013)
- Voorbeeld: Ballabeina (****Bürgi et al., 2012): Aangepast aan normen en behoeften van diverse culturele groepen (d.m.v. focusgroepen en pilotstudies). Geschreven informatie in 10 talen. Voeding/lichaamsbeweging advies zo simpel en kort mogelijk met veel illustraties. Keuze voor positieve en cultuur-onafhankelijke voedingsadvies: drink water (****Bürgi et al., 2012).

5.****Stimuleer competenties en self-efficacy van deelnemers

- Lage gezondheidsvaardigheden is geassocieerd met lage self-efficacy, en daardoor slechtere zelfmanagement vaardigheden (en slechtere glucose huishouding bij diabetes patiënten) (**Lee et al., 2016).
- Manieren om self-efficacy vergroten zijn o.a. begrijpelijke informatie aanbieden (****Dowse et al., 2014), "mastery" ervaringen creëren (het gevoel dat je het kan) door middel van goal setting en het maken van actie plannen, zoals bv in Krachtwerk en Mobility mentoring (****Olander et al., 2013)

waarbij samen met cliënt doelen worden gesteld en gekoppeld aan acties om dit doel te bereiken; Patiënt gerichte zorg (****Fors et al., 2017); Motivational interviewing (MI). MI kan ook worden toegepast in lage SES groepen (**Hardcastle et al., 2012).

- Interventies die stress management als component hadden waren het meest effectief om self-efficacy te verhogen (****Prestwich et al., 2013). MI is mogelijk juist effectief voor mensen met een migratie achtergrond, omdat de persoonsgerichte, ondersteunende en niet confronterende stijl van MI een meer cultureel respectvolle vorm van psychotherapie is voor sommige etnische groepen (****Lundahl et al., 2009).
- Vergroten van self-efficacy is een onderdeel van navigatie interventies kunnen patiënten ondersteunen om barrières (door laaggeletterdheid of taalbarrière) in toegang tot zorg en deelname screening te verminderen (****Ali-Faisal et al., 2017),
- Trainen van patiënten in communicatie leidt tot betere arts-patiënt communicatie (****Song et al., 2017) (****Alders et al., 2016)
- Effectiviteit: verhogen van self-efficacy bij mensen met lage SES heeft gunstige invloed op het effect van gezondheidsinterventies (bv BMI) (**Faghri et al., 2016).
- Motivational interviewing leidt ook bij ouderen tot meer self-efficacy (****French et al., 2014)

6. ****Aandacht voor stress belangrijk om andere interventies te laten slagen:

- Bij volwassenen met lage SES is het belangrijk om onderliggende redenen van roken, zoals stress, aan te pakken (****Beenackers et al., 2015).
- Interventies die stress management als component hadden waren het meest effectief om voeding self-efficacy te verhogen (****Prestwich et al., 2013).

7. **** Houdt rekening met kosten – nudging kan helpen, maar niet als enige strategie

- Kosten van een interventie of leefstijlactiviteit is een barrière voor deelname (****Everson-Hock et al., 2013).
- Gratis aanbieden van interventies kan deze barrière wegnemen. (**Teuscher et al., 2017); is hiermee vorm van nudging: mensen met lage SES hebben soms minder toegang tot gezond eten: gezond eten is soms duurder dan ongezond eten (****Hawkes et al., 2015)
- Nudging is een veelbelovende strategie om obesitas te bestrijden (****Arno, 2016) Lijst met evidence-based nudge interventies (niet specifiek lage SES/migranten) (Egan, 2013) echter ook bedenkingen over nudging: alleen nudgen niet genoeg (****Mols et al., 2015).
- Nudge was effectief, ongeacht etniciteit (**Levy et al., 2012)
- Voorbeeld van succesvolle nudge in lage SES/migranten (“stoplicht” op voeding → ongezond is rood etc., en plaatsing van producten → gezonde producten op ooghoogte).

B. Implementatie van interventies

1. Trek geruime tijd (4 jaar) uit voor implementatie

- Effectiviteit: Bij obesitaspreventie voor mensen met lage SES (****Beauchamp et al., 2014)
- Voorbeeld: ICAPS (4 jaar) (****Simon et al., 2014), Gezond Gewicht Overvecht (meerjarig)

2. Ga naar de doelgroep toe – werk outreachend

- Outreachend werken is een effectieve manier om geïsoleerde groepen te bereiken, en problemen te signaleren die verborgen blijven voor de reguliere dienstverlening (**Omlo, 2017).

- Voor outreachend werken in leefstijlinterventies staat op de website van Pharos meer informatie over Bereiken en Betrekken. Voorbeeld van interventies die outreachend werken: B.Slim, METSLIM (Teuscher et al., 2015), Well London

3. Gebruik social marketing bij werving

- Social marketingtechnieken helpen om rookinterventies meer 'klantgericht' naar lage sociaaleconomische groepen te brengen (****Murray et al., 2009)
- Effectiviteit: social marketing was werkzaam element in Water campagne (onderdeel van JOGG) om Turkse en Marokkaanse deelnemers te bereiken (****Van de Gaar et al., 2014).

4. Sluit aan bij leefwereld en (etnische of culturele) gebruiken

- Sluit aan op de leefwereld / houd rekening met religieuze feesten etc. bijvoorbeeld bij de interventie METSLIM (**Teuscher et al., 2017)
- Etnisch matchen van interventie staff draagt bij aan recruitment bijvoorbeeld in METSLIM interventie(**Teuscher et al., 2017)

B. Op individueel niveau toepassen van een interventie

1. Kies in de zorg een persoonsgerichte benadering

- Onder persoonsgerichtheid wordt verstaan dat de mens in plaats van de ziekte centraal staat. Dit betekent een focus op de ervaringen, wensen, behoeften en vaardigheden van de persoon in plaats van op biomedische indicatoren en aspecten.
- Een ziektegerichte benadering waarin de patiënt minder centraal staat en het focus ligt op biomedische problemen en meer gestuurd wordt door zorgverlener heeft een 3x hoger risico op therapie ontrouw (**Schoenthaler et al., 2017).
- Bij medicatie zelfmanagement is het belangrijk om: meer inzicht in prioriteiten en ervaringen van patiënten, contextuele factoren mee te nemen, mogelijkheid te bieden voor patiënten om vragen en zorgen te delen. (****Brundisini et al., 2015).
- Effectiviteit: Persoonsgerichte zorg leidt tot meer self-efficacy, voornamelijk onder patiënten met een lage SES (nog na twee jaar na de interventie) (****Fors et al., 2017).
- Effectiviteit: Persoonsgerichte zorg voor mensen in achterstandswijken met multimorbiditeit leidt tot betere kwaliteit van leven (****Mercer 2016)

2. Zorg voor persoonlijke continuïteit van zorg

- Bij lage SES is continuïteit van zorg lager (**Fitzpatrick et al., 2015)).
- Effectiviteit: Hogere continuïteit van zorg leidt tot lager ziekenhuis/eerste hulp gebruik, minder complicaties, lagere kosten (**Hussey, et al., 2014).

3. Bevorder samen beslissen (Shared DecisionMaking) , juist bij lage SES!

- Benut interventies gericht op het verbeteren van het SDM-proces voor mensen met een laag sociaaleconomische achtergrond hebben de potentie om gezondheidsverschillen terug te dringen (****Durand et al., 2014).
- Werkzame elementen in SDM zijn: ***McCaffery et al., 2010)

Simpele taal

Medisch jargon vermijden

In actieve vorm geschreven materiaal , met simpele lay-out (>12 pt, sans serif, niet schuingedrukt of volledig in hoofdletters, veel witregels)

Gebruik illustraties (direct relevant tot de corresponderende tekst, makkelijk te begrijpen en cultureel aangepast)

4. Train professionals in empathisch, cultuursensitief en begrijpelijk communiceren

- Question prompt list: verbetert communicatie en actieve patiënten participatie bij Afro-Amerikaanse patiënten met witte dokter (****Eggly et al., 2017); in oncologie (****Brandes et al., 2015) en in algemene populatie (Belangrijke voorwaarde: arts stimuleert gebruik QPL. Aanpassingen voor laaggeletterden/migranten nodig) (****Sanson et al., 2015)
- Pictogrammen verbeteren begrip bij laaggeletterden (****Park et al., 2016) en storen hooggeletterden niet (**Meppelink 2015)
- Gesproken informatie over gezondheidsgerelateerde onderwerpen (bv dikke darm kanker onderzoek) bekijft beter dan schriftelijk met plaatjes (**Meppelink 2015)
- Veel persoonlijke begeleiding en mondelinge communicatie gedurende de interventie en interventiematerialen laten aansluiten op niveau en vaardigheden van de doelgroep en eenvoudig taalgebruik in interventiematerialen zijn belangrijke randvoorwaarden bij de ontwikkeling van leefstijlinterventies voor mensen met een lage sociaaleconomische status (***Nagelhout et al., 2018)
- Bied zo nodig interventie aan in verschillende talen (zie voorbeeld Ballabeina study (****Bürge et al., 2012)
- Houd rekening met leesniveau/vraag naar laaggeletterdheid:
- Effectiviteit: het aanpassen van het leesniveau van de interventie was effectief in verlagen van bloeddruk in zowel hoog- als laaggeletterden. Beide groepen hadden voorkeur voor simpele teksten (zie voorbeeld Heart Healthy Lenoir study (***Halladay et al., 2017).
- Effectiviteit: Training van professionals in het interpreteren van non-verbaal gedrag bij patiënten helpt om empathische cross-culturele communicatie te optimaliseren (****Lorié et al., 2017).
- Effectiviteit: Als patiënten empathie ervaren bij de huisarts zijn ze meer tevreden, eerder gerustgesteld en hebben ze meer vertrouwen en ondersteuning; gebrek aan empathie leidt tot frustratie en teleurstelling bij patiënten (**Derksen et al., 2017).
- Effectiviteit: Training in culturele competenties is effectief voor verbeteren communicatie en tevredenheid professionals en cliënten / patiënten (***Seeleman 2014)

5. Pas in individuele gesprekken altijd de terugvraagmethode (Teach-back) toe

- Handreikingen voor Teach back (en hoe op verschillende niveaus rekening gehouden kan worden met gezondheidsvaardigheden) te vinden in : (****Batterham et al., 2016).
- Effectiviteit: bewezen bij chronisch zieken (****Dinh et al., 2016); bij mensen met lage gezondheidsvaardigheden bij de Eerste hulp (****Griffey et al., 2015); gezondheidsinterventie (**Porter et al., 2016); Informed consent proces (Tamariz et al., 2013).
- Voorbeeld: Teach-back is gebruikt in de Heart Healthy Lenoir study (****Halladay et al., 2017).

3. Goede voorbeelden

Ballabeina study: Zwitserland (****Bürgi et al., 2012)

Setting: Multilevel school interventie; 1 jaar lang; zowel individueel (kind, ouders en leerkrachten) als omgeving (school curriculum en directe omgeving school).

Populatie: kinderen (gemiddelde leeftijd 5 jaar), ouders en leerkrachten in Zwitserse peuterscholen.

Beschrijving methode: Interventie duurde één schooljaar en greep in op vier leefstijlfactoren: lichaamsbeweging, voeding, media gebruik en slaap.

Kinderen deden mee aan vier 45 minuten durende lichaamsbewegingssessies per week (in leuke thema's zoals "clown" of "spiderman". Daarnaast waren er lessen over leefstijl, gegeven door gezondheidsbevorderaars en de docenten.

Docenten deden mee aan twee workshops van drie uur om over de inhoud en praktische aspecten van de interventie. Daarnaast was er één informele meeting om ervaringen te wisselen. Docenten werden ondersteund door gezondheidsbevorderaars en door praktische training.

Voor ouders werden drie informatie- en discussieavonden gehouden en voedingsvoorlichting gegeven over de leefstijlfactoren. Daarnaast werden ouders ondersteund door brochures, grappige kaarten, werkbladen en sportactiviteiten die de kinderen meebrachten. Informatieve folders waren beschikbaar in tien talen en er waren mensen beschikbaar om vragen te beantwoorden in de belangrijkste vreemde talen.

Effect: De interventie had gunstige effecten op de BMI, de huidploidikte en de middelomtrek, en hierbij konden geen verschillen worden aangetoond voor leerlingen uit de hogere en lagere sociaaleconomische groepen. Er was wel de zorg dat het percentage lichaamsvet en de fitheid van de leerlingen uit de hogere sociaaleconomische groepen gunstig veranderden, terwijl dezelfde maten gelijk bleven voor de leerlingen uit de lagere sociaaleconomische groepen.

Werkzame elementen

Culturele aanpassing naar migranten populatie (aanpassen aan normen en behoeften van diverse culturele groepen (a.d.h.v. focusgroepen), aanbieden van informatie in tien talen, simpele, korte aanbevelingen w.b.t. voeding en beweging, gebruik van afbeeldingen

Verandering van omgeving, zowel fysieke omgeving als schoolcurriculum (sociale omgeving)

Educatie en support van school medewerkers en betrekken van de ouders

B.SLIM: gericht op kinderen van 0-12 jaar met een lage SES en/of van allochtone afkomst en hun ouders/verzorgers

Community/multi-level benadering:

Doelgroep wordt actief betrokken bij invulling interventie

Kleinschalige, laagdrempelige, lokale activiteiten

Samenwerking vanuit verschillende sectoren; bedrijven (zoals Campina), de gemeente, zorgsector, GGD, scholen, moskeeën, welzijn

Sluit aan op bestaande netwerken

Outreaching werken

Bijvoorbeeld ook cursus budgetteren (zie jaarverslag 2016)

Gebruikt lokale en sociale media

Erkenning loket gezond leven: *goed onderbouwd*

Diabetes voorkómen van GGD Amsterdam, een voorlichtings- en bewegingsstimuleringsinterventie voor Turken en Marokkanen van 40 en ouder.

Voorbeeld cultureel specifieke interventie. Culturele aanpassingen:

- Mondelinge en via-via werving door contactpersonen van zelforganisaties, zoals moskeeverenigingen en vrijwilligersorganisaties.
- Inzet van voorlichters eigen taal en cultuur (vetc-ers) → genoemd als belangrijkste succesfactor
- Cursusmateriaal voor mensen met minder kennis van de Nederlandse taal
- Zorgvuldige toeleiding naar wekelijkse beweeglessen door de vetc-er

“Goed onderbouwd” door loketgezondleven in 2013. Rapportage GGD in 2014: geen bewijs effectiviteit, wel grote tevredenheid deelnemers (El Fakiri et al., 2014)

Gezond Gewicht: Overvecht

Setting: Wijk/community (multilevel)

Doel: Voorkomen en terugdringen van overgewicht door gezonder eten en meer bewegen bij 0-19 - jarigen in Utrecht Overvecht.

Populatie: Alle 0-19 – jarigen in een krachtwijk (wijk met veel migranten en lage ses inwoners). Intermediaire doelgroepen: Ouders, onderwijs, sport- en recreatie instellingen en zorg- en welzijnsorganisaties (jeugdartsen, jeugdverpleegkundigen, thuiszorgmedewerkers, diëtisten, fysiotherapeuten, voorschoolmedewerkers, peuterspeelzaalleidsters, leerkrachten in basis- en voortgezet onderwijs, medewerkers Dienst Sport en Recreatie, welzijnsmedewerkers, bibliotheekmedewerker)

Beschrijving methode: De interventies zijn in grote lijnen in te delen in:

- Omgevingsinterventies, zoals fruitbeleid
- Voorlichting, zowel aan kinderen (tijdens lessen) als aan ouders en intermediairs
- Activeringsinterventies, zoals proeflessen van sportclubs
- Ondersteunende interventies voor pleitbezorging, netwerkvorming en deskundigheidsbevordering

Effect:

Procesevaluatie:

een sterk netwerk ontstaan tussen professionals in het veld van onder meer onderwijs, welzijn en zorg.

Voor de continuering van GO is het belangrijk dat bij de organisaties gezonde (op)voeding en beweging op hun agenda staat en blijft staan en dat het onderdeel is van hun beleidsvoering.

Door een geïntensiverde netwerkvorming en samenwerking tussen intermediairs in Overvecht worden meer dan voorheen (op)voedings- en beweegactiviteiten op elkaar afgestemd.

Effect evaluatie (Oosterman et al., 2011)

Na 5 jaar GO is het aantal kinderen met overgewicht in Overvecht gedaald van 26 naar 20 procent, terwijl in een controlewijk geen daling heeft plaatsgevonden.

Het aantal kinderen dat dagelijks ontbijt is toegenomen van 76 naar 87 procent.

Het aantal kinderen dat niet iedere dag groenten en fruit eet is gedaald. Voor het eten van groenten daalde het percentage van 31 naar 23 procent en bij fruit was dat van 22 naar 13 procent.

Het aantal kinderen dat iedere dag minimaal anderhalf uur tv kijkt is gedaald van 54 naar 33 procent.

Voor computeren was er geen significante daling.

Ook zijn kinderen meer actief gaan spelen, vooral de jongste groep. Het percentage kinderen dat minstens anderhalf uur per dag actief binnen of buiten speelt is gestegen van 26 tot 49 procent.

Tot slot is het aantal kinderen dat lid is van een sportclub toegenomen van 37 tot 46 procent.

Werkzame elementen Gezond Gewicht Overvecht (uit [werkblad interventie](#)):

Community benadering met brede samenwerking in de wijk

Veel draagvlak en een breed bereik

Eenduidige boodschap die in alles doorklinkt (BOFFT)

Gebruik van erkende interventies ([zie overzicht interventies](#))

Langdurige aanpak en financiering Goede monitoring en evaluatie opzet inclusief actiegericht onderzoek

Heart Healthy Lenoir Study: Verenigde Staten: (*)[Halladay et al., 2017](#)):**

Associatie health literacy en bloeddruk

Werkzame elementen:

Health literacy sensitive multilevel intervention effectief om ook bij low literate patiënten bloeddruk te verlagen.

Interventies literacy sensitieve processen effectief gebleken bij diabetes, hartfalen, astma verbetert glycemische controle, ziekenhuisopnames hartfalen, kennis van ziekte en zelfmanagement skills; soms zelfs meer verbetering in laaggeletterden dan hooggeletterden en dus bijdragend aan verkleining gezondheidsverschillen

Interventie bestaat uit: participatory methods samen met 1^e lijnspraktijken in North Carolina en patiënten voor opzet studie (bv controle groep die geen interventie zou ontvangen was niet acceptabel voor patiënten en artsen dus andere opzet: prospectieve cohort studie, iedereen krijgt de interventie uiteindelijk). Heel jaar (formative research) voorbereiding met focusgroepen en stakeholder engagement (ook gebruik gemaakt van Photovoice (**[Kowitt et al., 2015](#)))

2,5 jaar interventie: instructiefilmpjes over health literacy; dinner meetings mn gericht op health literacy met rollenspellen; hoe samen met patiënten doelen stellen, toepassen MI en teach- back; bij degenen met ongecontroleerde hoge bloeddruk telefonische coaching, thuis bloeddruk monitor, info materialen persoonlijk toesturen. Veel nuttige referenties naar andere effectieve studies, oa community based lifestyle interventions -> Vilans project

ICAPS: Frankrijk (Intervention Centered on Adolescents' Physical activity and Sedentary behavior)

(****[Simon et al., 2014](#)) ([Rapport in het Frans](#))

Setting: Multilevel school interventie

Doel: Overmatige gewichtstoename en risico voor hart en vaatziekten voorkomen door lichaamsbeweging te stimuleren met de nadruk op recreatieve en alledaagse lichaamsbeweging.

Populatie: Schoolkinderen vanaf +/- 12 jaar van gemengde SES

Effect: na 2,5 jaar nog effectief in voorkomen overmatig gewichtstoename (mogelijk met name bij lage SES). Er was een significant effect op BMI en op de incidentie van overgewicht. De interventie had ook effect op lichaamsbeweging. Een afname in TV/computer tijd was geobserveerd, als proxy voor sedentair gedrag. De interventie leidde tot meer actief transport tussen school, werk of thuis.

Beschrijving methode: Een multi-level programma om persoonlijke, sociale en enkele omgeving determinanten van lichaamsbeweging aan te passen, is gebruikt om lichaamsbeweging in en rond scholen te stimuleren. Drie doelen: 1) kennis, attitude en motivatie w.b.t. lichaamsbeweging veranderen d.m.v. informatie, debatten en sportsessies. 2) Sociale steun van ouders, leeftijdsgenoten en sportinstructeurs aanmoedigen. 3) Omgevings-, structurele en institutionele omstandigheden voor lichaamsbeweging aanpassen zodat kinderen hun kennis kunnen toepassen.

De interventie componenten worden op verschillende niveaus ingezet: in de schoolsetting, maar ook binnen verschillende partnerships: school bestuur, leraren, medische staff, sport en club instructeurs, gezinnen, instanties met betrekking tot recreatie gebieden en transport infrastructuur etc.). Het programma is gratis voor alle deelnemers. De interventie duurt vier jaar.

Werkzame elementen binnen de interventie

Multilevel benadering → langdurig effect

Aangrijpen op meerdere componenten van lichaamsbeweging

Duur van vier jaar

Aantrekkelijke en toegankelijke activiteiten

Implementeren van het programma met individuen en school instituten, gelinkt met communities en gezinnen (zodat lichamelijke activiteit in het dagelijks leven wordt geïntegreerd)

Barrières aanpakken

Betrekken van actoren bij het hele project, van begin af aan. Partnerschap met lokale actoren hebben ook als voordeel dat de interventie activiteiten gebruik kunnen maken van lokale resources

Krachtige Basiszorg (**Leemrijse et al., 2016): voorbeeld van integrale aanpak gezondheidszorg

Setting: Wijk

Doel: Ontwikkeling van een integrale aanpak voor bewoners met hoge gezondheidsrisico's. De doelstelling is triple aim (verbeterde gezondheid, kwaliteit en doelmatigheid) en beoogd daarnaast een positieve bijdrage te leveren aan organisatie en werken voor professionals.

Populatie: Mensen die wonen in een (multiculturele) achterstandswijk

Beschrijving methode: Een model voor integrale samenwerking in een wijk waarin klachten worden bekeken vanuit 4 domeinen: lichaam, geest, sociaal, maatschappelijk, met behulp van het 4 Domeinenmodel (4D-model). (Hele uitgebreide beschrijving met theoretische en evidence based onderbouwing is in rapport Leemrijse et al., 2016 te vinden)

Effect: Nog geen echt effectonderzoek geweest. Pilotproject is geëvalueerd in proefschrift Jennifer van den Broeke: pilotproject kan leiden tot verbeterde zorg in de wijk en minder ziekenhuis bezoek (**Kringos et al., 2016), **Leemrijse et al., 2016) en het beter inzien van oorzaken van gezondheidsproblemen door professionals (**Van den Broeke et al., 2015).

Werkzame elementen (**Leemrijse et al., 2016):

Investeren in persoonlijke relaties tussen professionals

Verbeteren van onderlinge communicatie en samenwerking

In kaart brengen van psychosociale problemen in relatie tot de klacht van de patiënt

Inventariseren van het patiënten-perspectief

Het tonen van empathie

Actief betrekken van de patiënt bij de beslissingen (shared decision making)

Gezamenlijk volgen van scholing gericht op samenwerking en communicatie professionals

Multidisciplinaire bijeenkomsten voor zorgprofessionals

(Deze elementen komen uit interviews en uit de literatuur → te vinden in rapport Leemrijse et al., 2016)

Krachtwerk:

Setting: ambulante settings, zoals sociale wijkteams, en in semi- en intramurale voorzieningen

Doel: Krachtwerk ondersteunt het eigen proces van herstel van mensen in de richting van een door henzelf gewenste kwaliteit van leven waarbij zij, net als iedere burger, in de samenleving mogen meedoen, erbij horen, ertoe doen en mogen zijn wie ze zijn. Bij herstel gaat het om een zingevend bestaan met hoop en zicht op een betere toekomst en leven in veiligheid.

Populatie: De doelgroep van de interventie Krachtwerk bestaat uit mensen in achterstandssituaties met diverse problemen – emotionele, fysieke, sociale en materiële – die moeite hebben om zichzelf en hun bestaan te reguleren en maatschappelijk achterop zijn geraakt. Zij zijn sociaal uitgesloten of dreigen dat te worden

Methode

Erkenning "Goed Onderbouwd" door Movisie

[https://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco_files/Methodebeschrijving_Krachtwerk_3%20\[MOV-10099561-1.0\].pdf](https://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco_files/Methodebeschrijving_Krachtwerk_3%20[MOV-10099561-1.0].pdf)

Werkzame elementen

De focus op krachten, talenten en mogelijkheden, zonder ontkenning van problemen.

Motivatatie niet vooraf veronderstellen, maar met de cliënt samen in het traject realiseren.

Een werkrelatie die is gebaseerd op respect, vertrouwen en wederkerigheid.

De duidelijke structuur van het krachtgerichte begeleidingstraject.

Een uitgebreide inventarisatie van de individuele krachten (in verleden, heden en met oog op toekomst) en de hulpbronnen in de omgeving op tien leefgebieden aan de hand van het werkblad krachteninventarisatie.

Het maken van eigen keuzes door cliënten voor wat belangrijk is om aan te werken en het stellen en werken aan kleine, haalbare doelen aan de hand van het werkblad actieplan.

Werken aan het vernieuwen, ontwikkelen en uitbreiden van het handelingsvermogen van cliënten door aansluiting op actueel handelingsvermogen en door in alledaags voorkomende situaties 'samen te doen'.

Werken aan een betere aansluiting tussen wat de cliënt wil en kan en wat de omgeving vereist en biedt door aanpassing van zelforganiserend vermogen van de cliënt als ook door veranderingen in diens directe omgeving.

Doorbreken en aanpassen van disfunctionele, destructieve, soms ook gewelddadige interactiepatronen in het systeem.

Werken aan verandering van kernovertuigingen door 'kijkwijziging', feiten anders leren interpreteren, ook leren de positieve punten te benoemen.

Positieve ervaringen van cliënten met de begeleiding.

Niet geëvalueerd, maar andere versies wel

MetSLIM (Teuscher et al., 2015;2017 en Bukman et al., 2017)

Doel: Verminderen van hoge middelomtrek en verbeteren van componenten van het metabool syndroom in mensen die wonen in achterstandswijken, van Nederlandse, Turkse of Marokkaanse afkomst.

Populatie: 30-70-jarigen met hoge middelomtrek, wonend in achterstandswijken, van Nederlandse, Turkse of Marokkaanse afkomst.

Beschrijving methode: De interventie bestaat uit een voeding- en lichaamsbewegingscomponent. Het voedingscomponent bestaat uit vier uur individueel aangepast dieetadvies en drie maal dieetadvies in een groep. De groepsmeeting was ook aangepast aan de behoeften van de groep. Zo werd een keer besloten om een supermarkt tour te vervangen door een meeting over de ramadan, omdat daar veel vragen over waren. De diëtist is etnisch gematcht aan de deelnemers. Het lichaamsbewegingscomponent bestaat uit wekelijkse deelname aan een activiteiten programma, aangeboden in de wijk van de deelnemers. De interventie duurt 12 maanden. De interventie is een aanpassing van een bestaande effectieve interventie, SLIM. Culturele aanpassingen zijn gemaakt om de interventie te laten aansluiten bij mensen wonend in achterstandswijken, van Nederlandse, Turkse of Marokkaanse afkomst. Bijvoorbeeld:

Verander setting van universiteit naar gemeenschap (locatie dicht bij huis/bekend)

Verander onderzoeksdesign van RCT naar quasi-experimenteel (randomisatie is niet bekend bij doelgroep en kan tot onvrede leiden)

Deelnemers mogen vriend/familie meenemen met activiteit (vergroot sociale steun)

Werving via flyers werkt niet → werven via huisarts (huisarts geniet veel vertrouwen bij doelgroep en outreachend via community centrum)

Bij sportactiviteiten → mannen en vrouwen apart, en sportinstructeur gematcht op geslacht, locatie in de buurt

Etnisch matchen van onderzoeksassistenten en diëtisten

Interventie aanbieden in meerdere talen

Effect interventie: Effectief in het verbeteren van de middelomtrek, totaal en LDL cholesterol en kwaliteit van leven onder Nederlandse en Turkse deelnemers in achterstandswijken. Echter, Marokkanen en mannen zijn onvoldoende bereikt door de interventie. Ook was de interventie minder effectief bij Turkse deelnemers.

Proces evaluatie (Teuscher et al., 2017):

Bij werving van specifieke etniciteit in achterstandsbuurtten zijn strikte in- en exclusie criteria niet gunstig, dit tot weerstand leiden (zeker als op basis van etniciteit mensen worden geëxcludeerd → flexibiliteit van wervingsstrategie is nodig)

Vertrouwen van werver is belangrijk, etnisch matchen helpt hierbij en werving door huisarts

Zorgverleners die interventie uitvoeren moeten ruimte hebben om bepaalde dingen aan te passen, zolang de “core elements” worden toegepast. Deze core elements zijn het voedingscomponent (vier uur individueel aangepast dieetadvies en drie maal dieetadvies in een groep) en het lichaamsbewegingscomponent (wekelijkse lichaamsbeweging activiteit).

Werkzame elementen:

Groepscohesie: door middel van groepsactiviteiten en locaties dichtbij deelnemers

Etnisch matchen van interventiestaf/wervers

Mobility Mentoring: Pilot in Alphen aan de Rijn: Handreiking (Jungmann et al., 2017)

Dienstverlenende principes beschreven (zoals trauma-informed dienstverlening, vermijden van cognitieve belasting (zoals reminders voor invullen van formulieren) en versterken coping strategieën).

Resultaten staan beschreven in rapport (voorbeeld uitkomst: gebruik van beloningen zonder begeleiding → niet effectief. Beloning met begeleiding wel effectief)

Instrumenten (Moet nog ontwikkeld worden/aangepast aan NL context)

Brug naar Zelfredzaamheid: Een instrument om de samenhang van verschillende aspecten van het leven in kaart te brengen (vergelijkbaar met zelfredzaamheidsmatrix)

Doel-actie plannen: een stappen-plan om korte-termijn doelen te bereiken, die worden vastgesteld door cliënt a.d.h.v. de Brug naar Zelfredzaamheid. Het bereiken van de doelen wordt beloond.

Beloningen: vergt afstemming met wettelijk kader

Economic Independence Index: gebruik van een referentie budget om minimum inkomen te bepalen om rond te komen

Hot Jobs en Smart Start: lijsten met inzicht in de opleidingspaden. (Hot job: snel hoog inkomen, maar geen doorgroeimogelijkheden; smart jobs: laag startsalaris maar doorgroeimogelijkheden)

Overige werkzame elementen?

Plan gesprekken in de ochtend: dan kan met het helderst nadenken

Inlichten over het effect van (chronische) op functioneren

Rotterdam: Healthy Pregnancy 4 All:

In 14 gemeenten is een project gestart om zwangerschapsuitkomsten in achterstandsbuurtten te verbeteren:

Setting: Achterstandsbuurtten

Doel: Continuüm tussen de verloskundige zorg, kraamzorg, jeugdgezondheidszorg en interconceptiezorg creëren. Dit kan door op wijk- en buurtniveau de verbinding te versterken tussen verloskundige zorg, kraamzorg, publieke gezondheidszorg en jeugdgezondheidszorg, het eigen netwerk van de zwangere vrouw, de nieuwe wijkteams en andere partners. Door elkaar te leren kennen, signalering op elkaar af te stemmen, zorgen met elkaar te delen en gezamenlijk verantwoordelijkheid te (willen) nemen voor de individuele zwangere is die zorg op maat te bieden.

Populatie: Kwetsbare zwangere vrouwen en gezinnen met een verhoogd risico op een pasgeborene met een zogenoemde BIG4-aandoening (een laag geboortegewicht, vroeggeboorte, aangeboren afwijkingen of een slechte start bij de geboorte). Na de geboorte worden ook kinderen met een verhoogd risico op groei- en ontwikkelingsproblematiek meegenomen in de interventie.

Beschrijving methode: Binnen het kraamzorg-project van HP4All ligt de focus op de rol van de kraamzorg bij het signaleren en begeleiden van kwetsbare vrouwen en/of gezinnen. Via een gevalideerd screen- en adviesmodel, de Mind2Care (M2C), wordt tijdens een huisbezoek de kwetsbaarheid van een zwangere onderzocht. Afhankelijk van de uitkomst van de M2C wordt bepaald of de zwangere zodanig kwetsbaar is dat aanvullende zorg noodzakelijk is. Interconceptiezorg is gericht op het informeren en begeleiden van vrouwen om hen optimaal voor te bereiden op een volgende zwangerschap. In de periode tussen twee opeenvolgende zwangerschappen (de interconceptionele periode) kunnen kwetsbare gezinnen opgespoord en begeleid worden naar een zo gezond mogelijke start van een nieuwe zwangerschap. Zo willen we risicofactoren voor ongunstige zwangerschapsuitkomsten gunstig beïnvloeden en de kans op herhaling van die ongunstige zwangerschapsuitkomst verkleinen.

Effect: Wordt nog geëvalueerd

Werkzame elementen: Wordt nog geëvalueerd

Factsheet:

https://www.erasmusmc.nl/verloskunde_gynaecologie/Research/Subhome_HP4All/Factsheets_HP4All2/factsheet_alg/?view=active

https://www.erasmusmc.nl/verloskunde_gynaecologie/Research/Subhome_HP4All/

Well London: <http://chrodis.eu/wp-content/uploads/2017/03/well-london-programme.pdf>

Gebruikt social marketing: <http://lsx.vs.netplan.co.uk/docs/page/3396/wellondon%20LSx%20summary.pdf>

<https://www.loketgezondleven.nl/leefstijlinterventies/internationale-interventies/voorbeelden-internationale-interventies/aanpak>

Om gezondheidsverschillen in Londen te verkleinen startte in 2007 het ambitieuze *Well London Programme*. Dit is een netwerk van verschillende community-projecten uitgevoerd in 20 van de armste wijken. Bewoners gaan zelf aan de slag met de verbetering van hun gezondheid en welbevinden, samen met organisaties (welzijn, sport, vrijwilligers, winkels) uit de wijk.

Werkwijze

In elke deelnemende wijk werft het projectteam van *Well London* een team van vrijwilligers. Zij krijgen een training in outreachend werken en gezondheidsbevordering. De teams gaan vervolgens de wijk in om bewoners te wijzen op verschillende diensten in de wijk. Ze organiseren ook zelf activiteiten die gezondheid en welzijn bevorderen.

In de eerste fase (2007-2011) startten er 14 projecten. De projecten besteedden behalve aan het versterken van gemeenschapszin en buurtcohesie, aandacht aan niet alleen het stimuleren van meer beweging, gezonde voeding en een gezonde omgeving, maar ook aan kunst en cultuur.

Effect

De aanpak is uitgebreid geëvalueerd met kwalitatief en kwantitatief (gecontroleerd) onderzoek. In fase 1 van 2007-2011 namen 147.000 mensen deel aan activiteiten. De individuele projectevaluaties (vragenlijsten/interviews) laten significante effecten zien voor wat betreft gezonder eten (60%), meer bewegen (83%) en een positiever gevoel (86%). Deelnemers geven bovendien aan dat hun welbevinden verbetert en dat er een sterkere cohesie in de wijk is. Het onderzoek waarin de interventiewijken werden vergeleken met controlewijken liet echter geen significante verbeteringen zien in gezonder eten, meer bewegen of verbeterd welbevinden.

Toepasbaarheid in Nederland

Well London sluit goed aan bij het huidige gemeentelijk beleid met meer aandacht voor participatie en eigen kracht van bewoners. Het is goed toepasbaar in Nederland en een mooi voorbeeld van community action.

Referenties

- Alders, I., Smits, C., Brand, P., & van Dulmen, S. (2016). Does patient coaching make a difference in patient-physician communication during specialist consultations? A systematic review. *Patient education and counseling*.
- Ali-Faisal, S. F., Colella, T. J., Medina-Jaudes, N., & Scott, L. B. (2016). The effectiveness of patient navigation to improve healthcare utilization outcomes: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Patient education and counseling*.
- Arno, A., & Thomas, S. (2016). The efficacy of nudge theory strategies in influencing adult dietary behaviour: a systematic review and meta-analysis. *BMC public health*, 16(1), 676.
- Baker, P. R., Francis, D. P., Soares, J., Weightman, A. L., & Foster, C. (2015). Community wide interventions for increasing physical activity. *The Cochrane Library*.
- Bambra, C., Hillier, F., Cairns, J., Kasim, A., Moore, H., & Summerbell, C. (2015). How effective are interventions at reducing socioeconomic inequalities in obesity among children and adults? Two systematic reviews. *Public health research*, 3(1).
- Batterham, R. W., Hawkins, M., Collins, P. A., Buchbinder, R., & Osborne, R. H. (2016). Health literacy: applying current concepts to improve health services and reduce health inequalities. *Public Health*, 132, 3-12.
- Beauchamp, A., Backholer, K., Magliano, D., & Peeters, A. (2014). The effect of obesity prevention interventions according to socioeconomic position: a systematic review. *Obesity reviews*, 15(7), 541-554.
- Beenackers, M.A., Nusselder, W.J., Oude Groeniger, J., Lenthe, F.J. van, & Erasmus Universiteit (2015). Het terugdringen van gezondheidsachterstanden: een systematisch overzicht van kansrijke en effectieve interventies. Rotterdam: Erasmus MC.
- Belon, A. P., Nieuwendyk, L. M., Vallianatos, H., & Nykiforuk, C. I. (2016). Community lenses revealing the role of sociocultural environment on physical activity. *American journal of health promotion*, 30(3), e92-e100.
- Blackman, K. C., Zoellner, J., McCrickard, D. S., Harlow, J., Winchester III, W. W., Hill, J. L., ... & Estabrooks, P. A. (2016). Developing Mobile Apps for Physical Activity in Low Socioeconomic Status Youth. *Journal of Mobile Technology in Medicine*, 5(1), 33-44.
- Brandes, K., Linn, A. J., Butow, P. N., & Weert, J. (2015). The characteristics and effectiveness of Question Prompt List interventions in oncology: a systematic review of the literature. *Psycho-Oncology*, 24(3), 245-252.
- Brundisini, F., Vanstone, M., Hulan, D., Dejean, D., & Giacomini, M. (2015). Type 2 diabetes patients' and providers' differing perspectives on medication nonadherence: a qualitative meta-synthesis. *BMC health services research*, 15(1), 516.
- Bukman, A. J., Teuscher, D., Meershoek, A., Renes, R. J., van Baak, M. A., & Feskens, E. J. (2017). Effectiveness of the MetSLIM lifestyle intervention targeting individuals of low socio-economic status and different ethnic origins with elevated waist-to-height ratio. *Public Health Nutrition*, 1-12.
- Bürgi, F., Niederer, I., Schindler, C., Bodenmann, P., Marques-Vidal, P., Kriemler, S., & Puder, J. J. (2012). Effect of a lifestyle intervention on adiposity and fitness in socially disadvantaged subgroups of preschoolers: a cluster-randomized trial (Ballabeina). *Preventive medicine*, 54(5), 335-340.
- Child, S. T., Kaczynski, A. T., Fair, M. L., Stowe, E. W., Hughey, S. M., Boeckerman, L., ... & Reeder, Y. (2017). 'We need a safe, walkable way to connect our sisters and brothers': a qualitative study of opportunities and challenges for neighborhood-based physical activity among residents of low-income African-American communities. *Ethnicity & Health*, 1-12.
- Cleland, C. L., Tully, M. A., Kee, F., & Cupples, M. E. (2012). The effectiveness of physical activity interventions in socio-economically disadvantaged communities: a systematic review. *Preventive medicine*, 54(6), 371-380.

Cleland, V., Granados, A., Crawford, D., Winzenberg, T., & Ball, K. (2013). Effectiveness of interventions to promote physical activity among socioeconomically disadvantaged women: a systematic review and meta-analysis. *Obesity reviews*, 14(3), 197-212.

Curl, A., Kearns, A., Mason, P., Egan, M., Tannahill, C., & Ellaway, A. (2015). Physical and mental health outcomes following housing improvements: evidence from the GoWell study. *J Epidemiol Community Health*, 69(1), 12-19.

Davidson, E. M., Liu, J. J., Bhopal, R. A. J., White, M., Johnson, M. R., Netto, G., ... & Sheikh, A. (2013). Behavior change interventions to improve the health of racial and ethnic minority populations: a tool kit of adaptation approaches. *The Milbank Quarterly*, 91(4), 811-851.

De Maeseneer, J., Van Weel, C., Daeren, L., Leyns, C., Decat, P., Boeckxstaens, P., ... & Willems, S. (2012). From 'patient' to 'person' to 'people': the need for integrated, people-centered healthcare. *International Journal of Person Centered Medicine*, 2(3), 601-614.

Derksen, F., Hartman, T. C. O., van Dijk, A., Plouvier, A., Bensing, J., & Lagro-Janssen, A. (2017). Consequences of the presence and absence of empathy during consultations in primary care: A focus group study with patients. *Patient education and counseling*, 100(5), 987-993.

Dinh, T. T. H., Bonner, A., Clark, R., Ramsbotham, J., & Hines, S. (2016). The effectiveness of the teach-back method on adherence and self-management in health education for people with chronic disease: a systematic review. *JBI database of systematic reviews and implementation reports*, 14(1), 210-247.

Dowse, R., Barford, K., & Browne, S. H. (2014). Simple, illustrated medicines information improves ARV knowledge and patient self-efficacy in limited literacy South African HIV patients. *AIDS care*, 26(11), 1400-1406.

Dowse, R., Ramela, T., & Browne, S. H. (2011). An illustrated leaflet containing antiretroviral information targeted for low-literate readers: development and evaluation. *Patient education and counseling*, 85(3), 508-515.

Durand, M. A., Carpenter, L., Dolan, H., Bravo, P., Mann, M., Bunn, F., & Elwyn, G. (2014). Do interventions designed to support shared decision-making reduce health inequalities? A systematic review and meta-analysis. *PloS one*, 9(4), e94670.

Egan M (2013). Nudge Database v1.2. University of Stirling
Behavioural Science Centre

Egan, M., Kearns, A., Katikireddi, S. V., Curl, A., Lawson, K., & Tannahill, C. (2016). Proportionate universalism in practice? A quasi-experimental study (GoWell) of a UK neighbourhood renewal programme's impact on health inequalities. *Social Science & Medicine*, 152, 41-49.

Eggly, S., Hamel, L. M., Foster, T. S., Albrecht, T. L., Chapman, R., Harper, F. W., ... & Tkatch, R. (2017). Randomized trial of a question prompt list to increase patient active participation during interactions with black patients and their oncologists. *Patient education and counseling*, 100(5), 818-826.

Erasmus Universitair Medisch Centrum (2015). Factsheet Healthy Pregnancy 4 All 2. Beschikbaar op: https://www.erasmusmc.nl/verloskunde_gynaecologie/Research/Subhome_HP4All/Factsheets_HP4All2/factsheet_alg/

Everson-Hock, E. S., Johnson, M., Jones, R., Woods, H. B., Goyder, E., Payne, N., & Chilcott, J. (2013). Community-based dietary and physical activity interventions in low socioeconomic groups in the UK: A mixed methods systematic review. *Preventive medicine*, 56(5), 265-272.

Faghri, P., Simon, J., Huedo-Medina, T., & Gorin, A. (2016). Effects of self-efficacy on health behavior and body weight. *Journal of Obesity & Weight Loss Therapy*, 6(6).

Fitzpatrick, T., Rosella, L. C., Calzavara, A., Petch, J., Pinto, A. D., Manson, H., ... & Wodchis, W. P. (2015). Looking beyond income and education: socioeconomic status gradients among future high-cost users of health care. *American journal of preventive medicine*, 49(2), 161-171.

French, D. P., Olander, E. K., Chisholm, A., & Mc Sharry, J. (2014). Which behaviour change techniques are most effective at increasing older adults' self-efficacy and physical activity behaviour? A systematic review. *Annals of Behavioral Medicine*, 48(2), 225-234.

Fors, A., Swedberg, K., Ulin, K., Wolf, A., & Ekman, I. (2017). Effects of person-centred care after an event of acute coronary syndrome: Two-year follow-up of a randomised controlled trial. *International Journal of Cardiology*.

Gase, L. N., Pennotti, R., & Smith, K. D. (2013). "Health in All Policies": taking stock of emerging practices to incorporate health in decision making in the United States. *Journal of public health management and practice*, 19(6), 529-540.

Goldberg, J. P., & Wright, C. M. (2017). Lessons learned from two decades of research in nutrition education and obesity prevention: Considerations for alcohol education. *Patient education and counseling*, 100, S30-S36.

Griffey, R. T., Shin, N., Jones, S., Aginam, N., Gross, M., Kinsella, Y., ... & Kaphingst, K. A. (2015). The impact of teach-back on comprehension of discharge instructions and satisfaction among emergency patients with limited health literacy: A randomized, controlled study. *Journal of communication in healthcare*, 8(1), 10-21.

Halladay, J. R., Donahue, K. E., Cené, C. W., Li, Q., Cummings, D. M., Hinderliter, A. L., ... & Tillman, J. (2017). The association of health literacy and blood pressure reduction in a cohort of patients with hypertension: The heart healthy lenoir trial. *Patient education and counseling*, 100(3), 542-549.

Hardcastle, S., Blake, N., & Hagger, M. S. (2012). The effectiveness of a motivational interviewing primary-care based intervention on physical activity and predictors of change in a disadvantaged community. *Journal of behavioral medicine*, 35(3), 318-333.

Hawkes, C., Smith, T. G., Jewell, J., Wardle, J., Hammond, R. A., Friel, S., ... & Kain, J. (2015). Smart food policies for obesity prevention. *The Lancet*, 385(9985), 2410-2421.

Hussey, P. S., Schneider, E. C., Rudin, R. S., Fox, D. S., Lai, J., & Pollack, C. E. (2014). Continuity and the costs of care for chronic disease. *JAMA internal medicine*, 174(5), 742-748.

Jungmann, N., Wesdorp, P. (2017). Mobility Mentoring® Hoe inzichten uit de hersenwetenschap leiden tot een betere aanpak van armoede en schulden

Kowitt, S., Woods-Jaeger, B., Lomas, J., Taggart, T., Thayer, L., Sutton, S., & Lightfoot, A. F. (2015). Peer Reviewed: Using Photovoice to Understand Barriers to and Facilitators of Cardiovascular Health Among African American Adults and Adolescents, North Carolina, 2011–2012. *Preventing chronic disease*, 12.

Kringos, D. S., van den Broeke, J. R., van der Lee, A. P., Plochg, T., & Stronks, K. (2016). How does an integrated primary care approach for patients in deprived neighbourhoods impact utilization patterns? An explorative study. *BMC public health*, 16(1), 545.

Lee, Y. J., Shin, S. J., Wang, R. H., Lin, K. D., Lee, Y. L., & Wang, Y. H. (2016). Pathways of empowerment perceptions, health literacy, self-efficacy, and self-care behaviors to glycemic control in patients with type 2 diabetes mellitus. *Patient education and counseling*, 99(2), 287-294.

Leemrijse C., de Bakker D., Schoenmakers T., (2016). Overvecht Gezond! Theoretische onderbouwing van de 'krachtige basiszorg' in de Utrechtse wijk Overvecht. Utrecht: Nivel

Lloyd, J., McHugh, C., Minton, J., Eke, H., & Wyatt, K. (2017). The impact of active stakeholder involvement on recruitment, retention and engagement of schools, children and their families in the cluster randomised controlled trial of the Healthy Lifestyles Programme (HeLP): a school-based intervention to prevent obesity. *Trials*, 18(1), 378.

Lundahl, B., & Burke, B. L. (2009). The effectiveness and applicability of motivational interviewing: A practice-friendly review of four meta-analyses. *Journal of clinical psychology*, 65(11), 1232-1245.

Nagelhout, G.E., Verhagen, D., Loos, V., & Vries, H. (2018). Belangrijke randvoorwaarden bij de ontwikkeling van leefstijlinterventies voor mensen met een lage sociaaleconomische status. *Tijdschrift Gezondheidswet* 96: 37

Malambo, P., Kengne, A. P., De Villiers, A., Lambert, E. V., & Puoane, T. (2016). Built Environment, Selected Risk Factors and Major Cardiovascular Disease Outcomes: A Systematic Review. *PloS one*, 11(11), e0166846.

Martínez-González, N. A., Berchtold, P., Ullman, K., Busato, A., & Egger, M. (2014). Integrated care programmes for adults with chronic conditions: a meta-review. *International Journal for Quality in Health Care*, 26(5), 561-570.

McCaffery, K. J., Smith, S. K., & Wolf, M. (2010). The challenge of shared decision making among patients with lower literacy: a framework for research and development. *Medical Decision Making*, 30(1), 35-44.

Mendoza-Vasconez, A. S., Linke, S., Muñoz, M., Pekmezi, D., Ainsworth, C., Cano, M., ... & Larsen, B. A. (2016). Promoting physical activity among underserved populations. *Current sports medicine reports*, 15(4), 290-297.

Meppelink, C. S., Smit, E. G., Buurman, B. M., & van Weert, J. C. M. (2015). Should we be afraid of simple messages? The effects of text difficulty and illustrations in people with low or high health literacy. *Health Communication*, 30(12), 1181-1189

Meppelink, C. S., van Weert, J. C. M., Haven, C. J., & Smit, E. G. (2015). The effectiveness of health animations in audiences with different health literacy levels: An experimental study. *Journal of Medical Internet Research*, 17(1), [e11].

Mercer S, Fitzpatrick B, Guthrie B, et al. The CARE Plus study – a whole-system intervention to improve quality of life of primary care patients with multimorbidity in areas of high socioeconomic deprivation: exploratory cluster randomized controlled trial and cost-utility analysis. *BMC Medicine* 2016; 14:88

Mitchell, G. K., BurrIDGE, L., Zhang, J., Donald, M., Scott, I. A., Dart, J., & Jackson, C. L. (2015). Systematic review of integrated models of health care delivered at the primary-secondary interface: how effective is it and what determines effectiveness?. *Australian journal of primary health*, 21(4), 391-408.

Mols, F., Haslam, S. A., Jetten, J., & Steffens, N. K. (2015). Why a nudge is not enough: A social identity critique of governance by stealth. *European Journal of Political Research*, 54(1), 81-98.

Murray, K., Mohamed, A. S., Dawson, D. B., Syme, M., Abdi, S., & Barnack-Tavlaris, J. (2015). Somali perspectives on physical activity: PhotoVoice to address barriers and resources in San Diego. *Progress in community health partnerships: research, education, and action*, 9(1), 83.

Murray, R. L., Bauld, L., Hackshaw, L. E., & McNeill, A. (2009). Improving access to smoking cessation services for disadvantaged groups: a systematic review. *Journal of Public Health*, 31(2), 258-277.

Nierkens, V., Hartman, M. A., Nicolaou, M., Vissenberg, C., Beune, E. J., Hosper, K., ... & Stronks, K. (2013). Effectiveness of cultural adaptations of interventions aimed at smoking cessation, diet, and/or physical activity in ethnic minorities. A systematic review. *PloS one*, 8(10), e73373.

Olander, E. K., Fletcher, H., Williams, S., Atkinson, L., Turner, A., & French, D. P. (2013). What are the most effective techniques in changing obese individuals' physical activity self-efficacy and behaviour: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 10(1), 29.

Omlo, J. (2017). Wat werkt bij Outreachend werken. Kansen en dilemma's voor sociale wijkteams. Utrecht: Movisie

Oosterman J, Schreurs H, Groeneboom G, Hillen S, Geus de G, Goot van der K, Ameijden van E. Eindevaluatie Gezond Gewicht Overvecht. 2011

Park, J., & Zuniga, J. (2016). Effectiveness of using picture-based health education for people with low health literacy: An integrative review. *Cogent Medicine*, 3(1), 1264679.

Porter, K., Chen, Y., Estabrooks, P., Noel, L., Bailey, A., & Zoellner, J. (2016). Using teach-back to understand participant behavioral self-monitoring skills across health literacy level and behavioral condition. *Journal of nutrition education and behavior*, 48(1), 20-26.

Prestwich, A., Kellar, I., Parker, R., MacRae, S., Learmonth, M., Sykes, B., ... & Castle, H. (2014). How can self-efficacy be increased? Meta-analysis of dietary interventions. *Health Psychology Review*, 8(3), 270-285.

Sansoni, J. E., Grootemaat, P., & Duncan, C. (2015). Question prompt lists in health consultations: a review. *Patient education and counseling*, 98(12), 1454-1464.

Schoenthaler, A., Knafl, G. J., Fiscella, K., & Ogedegbe, G. (2017). Addressing the Social Needs of Hypertensive Patients: The Role of Patient–Provider Communication as a Predictor of Medication Adherence. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, 10(9), e003659.

Sheridan, K., Adams-Eaton, F., Trimble, A., Renton, A., & Bertotti, M. (2010). Community engagement using world café: The Well London experience. *Groupwork: an interdisciplinary journal for working with groups*, 20(3), 32.

Simon, C., Kellou, N., Dugas, J., Platat, C., Copin, N., Schweitzer, B., ... & Blanc, S. (2014). A socio-ecological approach promoting physical activity and limiting sedentary behavior in adolescence showed weight benefits maintained 2.5 years after intervention cessation. *International journal of obesity*, 38(7), 936.

Song, L., Tyler, C., Clayton, M. F., Rodriguez-Rassi, E., Hill, L., Bai, J., ... & Bailey, D. E. (2017). Patient and family communication during consultation visits: The effects of a decision aid for treatment decision-making for localized prostate cancer. *Patient education and counseling*, 100(2), 267-275.

Stevens, J., Pratt, C., Boyington, J., Nelson, C., Truesdale, K. P., Ward, D. S., ... & Barkin, S. (2017). Multilevel Interventions Targeting Obesity: Research Recommendations for Vulnerable Populations. *American Journal of Preventive Medicine*, 52(1), 115-124.

Tamariz, L., Palacio, A., Robert, M., & Marcus, E. N. (2013). Improving the informed consent process for research subjects with low literacy: a systematic review. *Journal of general internal medicine*, 28(1), 121-126.

Teuscher, D., Bukman, A. J., Baak, M. A., Feskens, E. J., Renes, R. J., & Meershoek, A. (2017). A lifestyle intervention study targeting individuals with low socioeconomic status of different ethnic origins: important aspects for successful implementation. *BMC public health*, 18(1), 54.

Teuscher, D., Bukman, A. J., Meershoek, A., Renes, R. J., Feskens, E. J., & van Baak, M. A. (2015). Adapting an effective lifestyle intervention towards individuals with low socioeconomic status of different ethnic origins: the design of the MetSLIM study. *BMC public health*, 15(1), 125.

Tonkens, E., Verplanke, L. & Vries, M. de (2011). Alleen slechte vrouwen klagen. Problemen en behoeften van geïsoleerde allochtone spijzorgers in Nederland. Utrecht: Movisie

Turunen, E., & Hiilamo, H. (2014). Health effects of indebtedness: a systematic review. *BMC public health*, 14(1), 489.

Valentijn, P. P., Vrijhoef, H. J., Ruwaard, D., de Bont, A., Arends, R. Y., & Bruijnzeels, M. A. (2015). Exploring the success of an integrated primary care partnership: a longitudinal study of collaboration processes. *BMC health services research*, 15(1), 32.

van Bruinessen, I. R., Leegwater, B., & van Dulmen, S. (2017). When patients take the initiative to audio-record a clinical consultation. *Patient Education and Counseling*.

van de Gaar, V. M., Jansen, W., van Grieken, A., Borsboom, G. J., Kremers, S., & Raat, H. (2014). Effects of an intervention aimed at reducing the intake of sugar-sweetened beverages in primary school children: a controlled trial. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 11(1), 98.

van den Broeke, J., van der Aa, M., Busschers, W., Stronks, K., & Plochg, T. (2015). Renewing the expertise of health and social care professionals to provide integrated care: Evaluation of an intervention in a deprived Dutch neighbourhood. *European Journal for Person Centered Healthcare*, 3(4), 442-453

Van Rooijen-Mutsaers, K. & Ince, D. (2013). Wat werkt bij migrantenjeugd en hun ouders. Utrecht: Nederlands Jeugd Instituut

Vander Ploeg, K. A., Maximova, K., McGavock, J., Davis, W., & Veugelers, P. (2014). Do school-based physical activity interventions increase or reduce inequalities in health?. *Social science & medicine*, 112, 80-87.

Wijtzes, A. I., van de Gaar, V. M., van Grieken, A., de Kroon, M. L., Mackenbach, J. P., van Lenthe, F. J., ... & Raat, H. (2017). Effectiveness of interventions to improve lifestyle behaviors among socially disadvantaged children in Europe. *European Journal of Public Health*, 27(2), 240-247.

Wolderslund, M., Kofoed, P. E., Holst, R., Axboe, M., & Ammentorp, J. (2017). Digital audio recordings improve the outcomes of patient consultations: A randomised cluster trial. *Patient education and counseling*, 100(2), 242-249.

World Health Organization (2017). Urban Green Space Interventions and Health: A review of impacts and effectiveness. WHO

Bijlage 1: Zoektermen literatuurstudie

In databases: Google (Scholar), NCBI Pubmed

Zoektermen “doelgroep”:

(Migrant OR immigrant OR ethnic* OR deprived OR disadvantaged OR underserved OR health disparities OR poverty OR poor OR low income OR socioeconomic OR literacy OR health literacy)

AND

Persoonsgerichte communicatie

(Person OR patient OR population) AND (Centered OR oriented)

Personal continuity OR Continuity of care

Individualized Medicine

Tailored information

Teach-Back Communication

Question prompt list

(Patient OR physician OR GP OR general practitioner OR provider) AND (training OR education)

(Physician–patient OR Patient–physician) AND (relationship OR communication OR interaction)

Patient AND (support OR coaching OR education)

OR

Integrale aanpak

Multilevel intervention OR Community based lifestyle interventions OR community oriented action research OR intersectional community approach OR integrated public health policy OR integrated community wide intervention OR community oriented action research OR inter sectional community approach OR integrated Health policy

Municipality OR Neighborhood OR Local community

OR

Leefstijl interventies

(essential OR effective OR important OR key OR necessary) AND (aspect OR factor OR element OR technique)

(Community OR multilevel OR multisectional OR Group-based OR Group OR school) AND (intervention OR approach)

Behavior change (techniques OR strategy OR model OR theory)

Health behavior OR Health promotion OR Intervention

Zoektermen op basis van sneeuwbal methode

“Well London” OR “Well Communities”

“Go Well Glasgow”

“Mobility Mentoring”

“Krachtwerk”

(Debt OR poverty) AND (health effects)

“self-efficacy”

Bijlage 2 Literatuuroverzicht

Ontwikkelen interventie	Samenwerking	Implementatie	Individueel niveau	Voorbeeld	Kwaliteit bewijs/ type artikel	Titel	Jaar	Auteurs
x			x		Systematic review	Does patient coaching make a difference in patient-physician communication during specialist consultations? A systematic review.	2016	Alders I, Smits C, Brand P, van Dulmen S
			x		Systematic review	The effectiveness of patient navigation to improve healthcare utilization outcomes: A meta-analysis of randomized controlled trials	2016	Ali-Faisal SF, Colella TJ, Medina-Jaudes N, Benz Scott L.
x					Systematic review	The efficacy of nudge theory strategies in influencing adult dietary behaviour: a systematic review and meta-analysis	2016	Arno A, Thomas S
x					Systematic review	Community wide interventions for increasing physical activity.	2015	Baker PR, Francis DP, Soares J, Weightman AL, Foster C.
x		x			Systematic review	How effective are interventions at reducing socioeconomic inequalities in obesity among children and adults? Two systematic reviews.	2015	Bambra CL, Hillier FC, Cairns JM, Kasim A, Moore HJ, Summerbell CD
			x		Review	Health literacy: applying current concepts to improve health services and reduce health inequalities (2016)	2016	Batterham, R. W., Hawkins, M., Collins, P. A., Buchbinder, R., & Osborne, R. H

x					Systematic review	The effect of obesity prevention interventions according to socioeconomic position: a systematic review.	2014	Beauchamp A, Backholer K, Magliano D, Peeters A
x	x				Systematisch rapport	Het terugdringen van gezondheidsachterstanden: een systematisch overzicht van kansrijke en effectieve interventies Rapport Mei, 2015	2015	Beenackers, M.A., Nusselder, W.J., Oude Groeniger, J., Lenthe, F.J. van
x					Artikel	Community Lenses Revealing the Role of Sociocultural Environment on Physical Activity	2016	Belon, A. P., Nieuwendyk, L. M., Vallianatos, H., & Nykiforuk, C. I.
					Artikel	Developing Mobile Apps for Physical Activity in Low Socioeconomic Status Youth	2016	Blackman, K. C., Zoellner, J., McCrickard, D. S., Harlow, J., Winchester III, W. W., Hill, J. L., ... & Estabrooks, P. A.
			x		Systematic review	The characteristics and effectiveness of Question Prompt List interventions in oncology: a systematic review of the literature.	2015	Brandes K, Linn AJ, Butow PN, van Weert JC.
			x		Systematic review	Type 2 diabetes patients' and providers' differing perspectives on medication nonadherence: a qualitative meta-synthesis	2015	Brundisini F, Vanstone M, Hulan D, DeJean D, Giacomini M.
				x	Artikel	Effectiveness of the MetSLIM lifestyle intervention targeting individuals of low socio-economic status and different ethnic origins with elevated waist-to-height ratio (2017)	2017	Bukman AJ, Teuscher D, Meershoek A, Renes RJ, van Baak MA, Feskens EJ
x			x	x	rct	Effect of a lifestyle intervention on adiposity and fitness in socially disadvantaged subgroups of preschoolers: A cluster-randomized trial (Ballabeina)	2012	Bürgi, F., Niederer, I., Schindler, C., Bodenmann, P., Marques-Vidal, P., Kriemler, S., & Puder, J. J.
x					Systematic review	The effectiveness of physical activity interventions in socio-economically disadvantaged communities: a systematic review.	2012	Cleland CL, Tully MA, Kee F, Cupples ME.
x					Systematic review	Effectiveness of interventions to promote physical activity among socioeconomically disadvantaged women: a systematic review and meta-analysis.	2013	Cleland V, Granados A, Crawford D, Winzenberg T, Ball K.
x	x				Artikel	Physical and mental health outcomes following housing improvements: evidence from the GoWell study.	2015	Curl A, Kearns A, Mason P, Egan M, Tannahill C, Ellaway A

x					Systematic review	Behavior Change Interventions to Improve the Health of Racial and Ethnic Minority Populations: A Tool Kit of Adaptation Approaches	2013	Davidson EM, Liu JJ, Bhopal R, White M, Johnson MR, Netto G, Wabnitz C, Sheikh A.
	x				Experts meeting	From "patient" to "person" to "people": the need for integrated, people centered health care	2012	De Maeseneer, J., Van Weel, C., Daeren, L., Leyns, C., Decat, P., Boeckxstaens, P., Avons, D., Willems, S
			x		Focus groep	Consequences of the presence and absence of empathy during consultations in primary care: A focus group study with patients	2017	Derksen F, Olde Hartman TC, van Dijk A, Plouvier A, Bensing J, Lagro-Janssen A
			x		Systematic review	The effectiveness of the teach-back method on adherence and self-management in health education for people with chronic disease: a systematic review	2016	Ha Dinh, Thi Thuy; Bonner, Ann; Clark, Robyn; Ramsbotham, Joanne; Hines, Sonia
x			x		RCT	Simple, illustrated medicines information improves ARV knowledge and patient self-efficacy in limited literacy South African HIV patients	2014	Dowse R, Barford K, Browne SH.
					Artikel	An illustrated leaflet containing antiretroviral information targeted for low-literate readers: Development and evaluation	2011	Dowse R, Ramela T, Browne SH.
			x		Systematic review	Do Interventions Designed to Support Shared Decision-Making Reduce Health Inequalities? A Systematic Review and Meta-Analysis	2014	Durand MA, Carpenter L, Dolan H, Bravo P, Mann M, Bunn F, Elwyn G
x					Kennisdocument	Nudge Database v1.2	2013	Egan M
x	x				Artikel	Proportionate universalism in practice? A quasi-experimental study (GoWell) of a UK neighbourhood renewal programme's impact on health inequalities.	2016	Egan M, Kearns A, Katikireddi SV, Curl A, Lawson K, Tannahill C

			x		RCT	Randomized trial of a question prompt list to increase patient active participation during interactions with black patients and their oncologists.	2017	Eggly S, Hamel LM, Foster TS, Albrecht TL, Chapman R, Harper FWK, Thompson H, Griggs JJ, Gonzalez R, Berry-Bobovski L, Tkatch R, Simon M, Shields A, Gadgeel S, Loutfi R, Ali H, Wollner I, Penner LA.
				x	Factsheet	Fact sheet Healthy Pregnancy 4 All	2015	Erasmus Universitair Medisch Centrum
x					Systematic review	Community-based dietary and physical activity interventions in low socioeconomic groups in the UK: A mixed methods systematic review	2013	Everson-Hock ES, Johnson M, Jones R, Woods HB, Goyder E, Payne N, Chilcott J.
					(Cross-sectioneel artikel)	Effects of Self-efficacy on Health Behavior and Body Weight	2016	Faghri, P., Simon, J., Huedo-Medina, T., & Gorin, A.
			x		Cohort study	Looking Beyond Income and Education: Socioeconomic Status Gradients Among Future High-Cost Users of Health Care	2015	Fitzpatrick T, Rosella LC, Calzavara A, Petch J, Pinto AD, Manson H, Goel V, Wodchis WP.
			x		RCT	Effects of person-centred care after an event of acute coronary syndrome: Two-year follow-up of a randomised controlled trial	2017	Fors A, Swedberg K, Ulin K, Wolf A, Ekman I
x					Systematic review	Which Behaviour Change Techniques Are Most Effective at Increasing Older Adults' Self-Efficacy and Physical Activity Behaviour? A Systematic Review	2014	French, D. P., Olander, E. K., Chisholm, A., & Mc Sharry, J.
	x	x			Review	"Health in All Policies": taking stock of emerging practices to incorporate health in decision making in the United States.	2013	Gase LN, Pennotti R, Smith KD.
x					Review	Lessons learned from two decades of research in nutrition education and obesity prevention: Considerations for alcohol education	2017	Goldberg JP, Wright CM

			x		RCT	The impact of teach-back on comprehension of discharge instructions and satisfaction among emergency patients with limited health literacy: A randomized, controlled study (2015)	2015	Griffey RT, Shin N, Jones S, Aginam N, Gross M, Kinsella Y, Williams JA, Carpenter CR, Goodman M, Kaphingst KA.
x			x	x	Longitudinaal cohort trial zonder controle groep	The association of health literacy and blood pressure reduction in a cohort of patients with hypertension: The heart healthy lenoir trial	2017	Halladay JR, Donahue KE, Cené CW, Li Q, Cummings DM, Hinderliter AL, Miller CL, Garcia BA, Little E, Rachide M, Tillman J, Ammerman AS, DeWalt D
					Artikel	The effectiveness of a motivational interviewing primary-care based intervention on physical activity and predictors of change in a disadvantaged community.	2012	Hardcastle S, Blake N, Hagger MS.
x					Review	Smart food policies for obesity prevention	2015	Hawkes, C., Smith, T. G., Jewell, J., Wardle, J., Hammond, R. A., Friel, S., ... & Kain, J
			x		Retrospectief cohort	Continuity and the costs of care for chronic disease	2014	Hussey PS, Schneider EC, Rudin RS, Fox DS, Lai J, Pollack CE
					Rapport	Mobility Mentoring® Hoe inzichten uit de hersenwetenschap leiden tot een betere aanpak van armoede en schulden	2017	Jungmann, N., Wesdorp, P.
x				x	Artikel	Using Photovoice to Understand Barriers to and Facilitators of Cardiovascular Health Among African American Adults and Adolescents, North Carolina, 2011-2012.	2015	Kowitt, S., Woods-Jaeger, B., Lomas, J., Taggart, T., Thayer, L., Sutton, S., & Lightfoot, A. F.
	x				Artikel	How does an integrated primary care approach for patients in deprived neighbourhoods impact utilization patterns? An explorative study	2016	Kringos, D. S., van den Broeke, J. R., van der Lee, A. P., Plochg, T., & Stronks, K
					Artikel	Pathways of empowerment perceptions, health literacy, self-efficacy, and self-care behaviors to glycemic control in patients with type 2 diabetes mellitus	2016	Lee YJ, Shin SJ, Wang RH, Lin KD, Lee YL, Wang YH
	x		x	X	Rapport	Overvecht Gezond! Theoretische onderbouwing van de 'krachtige basiszorg' in de Utrechtse wijk Overvecht	2016	Leemrijse C., de Bakker D., Schoenmakers T.,

				Grote longitudinale studie	Food Choices of Minority and Low-Income Employees: A Cafeteria Intervention	2012	Levy, D. E., Riis, J., Sonnenberg, L. M., Barraclough, S. J., & Thorndike, A. N.
		x		systematic review	Culture and nonverbal expressions of empathy in clinical settings: A systematic review	2017	Lorié Á, Reiner DA, Phillips M, Zhang L, Riess H
x				Systematic review	The effectiveness and applicability of motivational interviewing: a practice-friendly review of four meta-analyses	2009	Lundahl B, Burke BL.
	x			Systematic review	Integrated care programmes for adults with chronic conditions: a meta-review.	2014	Martínez-González NA, Berchtold P, Ullman K, Busato A, Egger M
			x	Artikel met aanbevelingen	The Challenge of Shared Decision Making Among Patients With Lower Literacy: A Framework for Research and Development	2010	McCaffery KJ, Smith SK, Wolf M.
x				Review	Promoting Physical Activity Among Underserved Populations	2016	Mendoza-Vasconez AS1, Linke S, Muñoz M, Pekmezi D, Ainsworth C, Cano M, Williams V, Marcus BH, Larsen BA.
x			x	artikel	Should we be afraid of simple messages? The effects of text difficulty and illustrations in people with low or high health literacy.	2015	Meppelink, C. S., Smit, E. G., Buurman, B. M., & van Weert, J. C. M.
x			x	artikel	The effectiveness of health animations in audiences with different health literacy levels: An experimental study.	2015	Meppelink, C. S., van Weert, J. C. M., Haven, C. J., & Smit, E. G.
	x			systematic review	Systematic review of integrated models of health care delivered at the primary-secondary interface: how effective is it and what determines effectiveness?	2015	Mitchell GK, Burridge L, Zhang J, Donald M, Scott IA, Dart J, Jackson CL.
x				Review	Why a nudge is not enough: A social identity critique of governance by stealth	2014	Mols, F., Haslam, S. A., Jetten, J., & Steffens, N. K.
x				artikel	Somali Perspectives on Physical Activity: PhotoVoice to Address Barriers and Resources in San Diego.	2015	Murray, K., Mohamed, A. S., Dawson, D. B., Syme, M., Abdi, S., & Barnack-Tavlaris, J.

		x			Systematic review	Improving access to smoking cessation services for disadvantaged groups: a systematic review	2009	Murray RL, Bauld L, Hackshaw LE, McNeill A.
x	x	x	x		Delphi studie	Belangrijke randvoorwaarden bij de ontwikkeling van leefstijlinterventies voor mensen met een lage sociaaleconomische status.	2018	Nagelhout, G.E., Verhagen, D., Loos, V., & Vries, H.
x					Systematic review	Effectiveness of Cultural Adaptations of Interventions Aimed at Smoking Cessation, Diet, and/or physical Activity in Ethnic Minorities. A Systematic Review	2013	Nierkens V, Hartman MA, Nicolaou M, Vissenberg C, Beune EJAJ, Hosper K, van Valkengoed IG, Stronks K
					Systematic review	What are the most effective techniques in changing obese individuals' physical activity self-efficacy and behaviour: a systematic review and meta-analysis	2013	Olander, E. K., Fletcher, H., Williams, S., Atkinson, L., Turner, A., & French, D. P.
	x				Rapport	Wat werkt bij Outreachend werken. Kansen en dilemma's voor sociale wijkteams	2017	Omlo, J.
x				x	Rapport	Eindevaluatie Gezond Gewicht Overvecht	2011	Oosterman J, Schreurs H, Groeneboom G, Hillen S, Geus de G, Goot van der K, Ameijden van E
			x		Review	Effectiveness of using picture-based health education for people with low health literacy: An integrative review	2016	Park J and Zuniga J
			x		Cross-sectioneel	Using Teach-Back to Understand Participant Behavioral Self-Monitoring Skills Across Health Literacy Level and Behavioral Condition (2016)	2016	Porter K, Chen Y, Estabrooks P, Noel L, Bailey A, Zoellner J
					Systematic review	How can self-efficacy be increased? Meta-analysis of dietary interventions	2013	Prestwich, A., Kellar, I., Parker, R., MacRae, S., Learmonth, M., Sykes, B., ... & Castle, H.
			x		Systematic review	Question Prompt Lists in health consultations: A review.	2015	Sansoni JE, Grootemaat P, Duncan C.

			x		Cohort study	Addressing the Social Needs of Hypertensive Patients: The Role of Patient-Provider Communication as a Predictor of Medication Adherence	2017	Schoenthaler A, Knafl GJ, Fiscella K, Ogedegbe G
c	x				Artikel	Community Engagement using World Café: The Well London Experience.	2010	Sheridan K, Adams-Eaton F, Trimble A, Renton A, Bertotti M
x		x		x	RCT	A socio-ecological approach promoting physical activity and limiting sedentary behavior in adolescence showed weight benefits maintained 2.5 years after intervention cessation	2014	Simon C, Kellou N, Dugas J, Platat C, Copin N, Schweitzer B, Hausser F, Bergouignan A, Lefai E, Blanc S
			x		RCT	Patient and family communication during consultation visits: The effects of a decision aid for treatment decision-making for localized prostate cancer	2017	Song L, Tyler C, Clayton MF, Rodriguez-Rassi E, Hill L, Bai J, Pruthi R, Bailey DE
x		x			Experts meeting	Multilevel Interventions Targeting Obesity: Research Recommendations for Vulnerable Populations	2017	Stevens J, Pratt C, Boyington J, Nelson C, Truesdale KP, Ward DS, Lytle L, Sherwood NE, Robinson TN, Moore S, Barkin S, Cheung YK, Murray DM
			x		Systematic review	Improving the Informed Consent Process for Research Subjects with Low Literacy: A Systematic Review	2013	Tamariz L, Palacio A, Robert M, Marcus EN.
				x	Artikel	A lifestyle intervention study targeting individuals with low socioeconomic status of different ethnic origins: important aspects for successful implementation. (2017)	2017	Teuscher D, Bukman AJ, van Baak MA, Feskens EJM, Renes RJ, Meershoek A
x	x			x	Artikel	Adapting an effective lifestyle intervention towards individuals with low socioeconomic status of different ethnic origins: the design of the MetSLIM study	2015	Teuscher D, Bukman AJ, Meershoek A, Renes RJ, Feskens EJ, van Baak MA.
	x				Rapport	Alleen slechte vrouwen klagen. Problemen en behoeften van geïsoleerde allochtone spijzorgers in Nederland	2011	Tonkens, E., Verplanke, L. & Vries, M. de
	x				Systematic review	Health effects of indebtedness: a systematic review.	2014	Turunen E, Hiilamo H

	x				Cohort study	Exploring the success of an integrated primary care partnership: a longitudinal study of collaboration processes	2015	Valentijn, P. P., Vrijhoef, H. J., Ruwaard, D., de Bont, A., Arends, R. Y., & Bruijnzeels, M. A.
			x		Artikel	When patients take the initiative to audio-record a clinical consultation	2017	van Bruinessen IR, Leegwater B, van Dulmen S.
x		x		x	RCT	Effects of an intervention aimed at reducing the intake of sugar-sweetened beverages in primary school children: a controlled trial	2014	van de Gaar VM, Jansen W, van Grieken A, Borsboom G, Kremers S, Raat H.
	x				Artikel	Renewing the expertise of health and social care professionals to provide integrated care: Evaluation of an intervention in a deprived Dutch neighbourhood.	2015	van den Broeke J, van der Aa, M., Busschers, W., Stronks, K., Plochg, T
	x				Rapport	Wat werkt bij migrantenjeugd en hun ouders	2013	Van Rooijnen-Mutsaers, K. & Ince, D.
x					Artikel	Do school-based physical activity interventions increase or reduce inequalities in health?	2014	Vander Ploeg KA, Maximova K, McGavock J, Davis W, Veugelers P
x			x		Systematic review RCT	Effectiveness of interventions to improve lifestyle behaviors among socially disadvantaged children in Europe Digital audio recordings improve the outcomes of patient consultations: A randomised cluster trial.	2017 2016	Wijtzes, A. I., van de Gaar, V. M., van Grieken, A., de Kroon, M. L., Mackenbach, J. P., van Lenthe, F. J., Raat, H Wolderslund M, Kofoed PE, Holst R, Axboe M, Ammentorp J.
	x				Review	Urban Green Space Interventions and Health: A review of impacts and effectiveness	2017	World Health Organisation
					Systematic review	Built Environment, Selected Risk Factors and Major Cardiovascular Disease Outcomes: A Systematic Review	2016	Malambo, P., Kengne, A. P., De Villiers, A., Lambert, E. V., & Puoane, T. (2016). Built Environment, Selected Risk Factors and Major Cardiovascular Disease Outcomes: A Systematic Review. <i>PloS one</i> , 11(11), e0166846.

x				Artikel	The impact of active stakeholder involvement on recruitment, retention and engagement of schools, children and their families in the cluster randomised controlled trial of the Healthy Lifestyles Programme (HeLP): a school-based intervention to prevent obesity	2017	Lloyd, J., McHugh, C., Minton, J., Eke, H., & Wyatt, K.
	x			Artikel	'We need a safe, walkable way to connect our sisters and brothers': a qualitative study of opportunities and challenges for neighborhood-based physical activity among residents of low-income African-American communities.	2017	Stephanie T. Child, Andrew T. Kaczynski, Melissa L. Fair, Ellen W. Stowe, S. Morgan Hughey, Lauren Boeckerman, Sally Wills & Yvonne Reeder



Arthur van Schendelstraat 600 2^e etage
Utrecht
030 234 98 00
www.pharos.nl

Gezondheid en kwaliteit van zorg voor iedereen