

Bevorderende en belemmerende factoren van twee best practices Hartslag Limburg en Gezonde Wijk Overvecht

Mevrouw drs. S.S. Baldewsing

Achtergrondstudie uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en
Zorg bij het advies Preventie van welvaartsziekten

Den Haag, 2011

Inhoudsopgave

	Samenvatting	4
	Inleiding	7
1	Beschrijving van Hartslag Limburg en de Gezonde Wijk Overvecht	10
1.1	Waarom Hartslag Limburg?	10
1.2	Doel van het project	11
1.3	Het bestuurlijk proces van de community benadering	11
1.4	Financieel proces van de community benadering	12
1.5	Beschrijving van de hoogrisico benadering op bestuurlijk en financieel vlak	12
1.6	De resultaten	13
1.7	Praktijkuitvoering van Hartslag Limburg	17
2	Beschrijving van de Gezonde Wijk Overvecht	19
2.1	Waarom de Gezonde Wijk Overvecht?	19
2.2	Bestuurlijk- en uitvoeringsniveau vinden elkaar	20
2.3	De motivatie van Agis om betrokken te zijn bij de Gezonde Wijk Overvecht	21
2.4	Multidisciplinaire samenwerking	21
2.5	Professionals moeten anders gaan denken en werken	23
2.6	De activiteiten	23
2.7	De financiering	24
2.8	De resultaten	25
3	Bevorderende en belemmerende factoren van Hartslag Limburg en de Gezonde Wijk Overvecht	27
3.1	Analyse Hartslag Limburg: de community benadering	27
3.2	Analyse van Hartslag Limburg: de hoogrisico benadering	31
3.3	Analyse van de Gezonde Wijk Overvecht	32
3.4	Conclusie	34
4	Conclusie	37
	Bijlagen	
1	Lijst van geconsulteerden	43
2	Bestuurlijk proces van de community benadering van Hartslag Limburg	44
3	Tabel 1 Schematische weergave van het financieringsproces van de community benadering van Hartslag Limburg	45
4	Literatuurlijst	47

Samenvatting

Deze achtergrondstudie beschrijft en analyseert de bevorderende en belemmerende factoren van twee best practices: Hartslag Limburg (HSL) en Gezonde Wijk Overvecht (GWO). Deze twee praktijkvoorbeelden gaan over het bevorderen van preventie via een integrale wijkaanpak. Ook wordt er apart gekeken welke rol de eerstelijns, gemeente, GGD, zorgverzekeraar en VWS hebben bij deze factoren.

HSL en GWO hebben beide geleid tot gezondheidswinst. HSL bleek kosteneffectief te zijn en bij de GWO zijn de zorgkosten gedaald. Ondanks de succesvolle resultaten van HSL, is het project stop gezet door een aantal belemmerende factoren. Terwijl de GWO voldoet aan alle succesfactoren. Dit neemt echter niet weg dat de GWO gevrijwaard is van problemen. Door verandering in de nationale en lokale politieke kleur, context en draagvlak, door reorganisaties en bezuinigingen ontstaat er een andere context. In een nieuwe context slaat de bestaande aanpak wellicht niet meer aan. Ook zal de financiering van preventie altijd een probleem blijven omdat preventie geen structurele financiering kent in ons zorgstelsel. Samenvattend betekent dit dat elke partij hun verantwoordelijkheid neemt in preventie, dat er politiek draagvlak moet zijn en dat er een structurele financiering komt voor preventie.

Gedurende de studie bleek dat de factoren in te delen zijn in factoren die te maken hebben met het doel, middelen en taakverdeling.

Bevorderende factoren

De gemeenschappelijke bevorderende factoren onder de categorie doel zijn: enthousiaste trekker, veel samenwerkingspartners, multidisciplinaire samenwerking (tussen zorggroepen en er buiten), langdurige samenwerking, duidelijke rolverdeling tussen partners, voldoende tijd nemen om samen invulling te geven aan het project, aansluiten bij bestaande structuren, draagvlak, vertrouwen, inzien in het belang van het doel, het nut en de noodzaak, visie hebben, elkaars wereld leren kennen, klein starten, voeren van integraal beleid en oplossingen, gebruik maken van sociaal netwerk, veelheid van activiteiten met dezelfde boodschap, onderzoek doen naar de resultaten, politiek draagvlak, inschakelen van lokale media bij de activiteiten en resultaten en nationale erkenning als best practise.

De GWO onderscheidt zich van HSL doordat: bij de GWO er een convenant is gesloten tussen de gemeente en zorgverzekeraar Agis. Agis is een van de belangrijkste samenwerkingspart-

ners. De gemeente en GGD zijn één, GWO is gevormd door een bottom-up aanpak, afspraken en investeringen lopen over de raadsperiode heen, er is continue aandacht voor relatiebeheer, er wordt gebruik gemaakt van gezondheidsprofielen en cijfers om gericht preventie activiteiten op te zetten.

De gemeenschappelijke bevorderende factoren onder de categorie middelen en taakverdeling zijn: sprake van economische groei, de GGD heeft een coördinerende rol, elke partij investeert, politiek en bestuurlijk draagvlak voor de financiën.

De GWO onderscheidt zich van HSL doordat de gemeente en zorgverzekeraar Agis een gezamenlijke inkoopkoers hebben.

Belemmerende factoren

De gemeenschappelijke belemmerende factoren onder de categorie doel zijn: het kost veel tijd en energie, de eigen belangen van de organisatie gaan ten koste van het gemeenschappelijk doel, preventie vraagt om leefstijlverandering en dat kost tijd (jaren), verandering biedt weerstand, het vraagt een andere werkwijze van de professional en de eerstelijns is nog niet goed georganiseerd.

HSL onderscheidt zich van de GWO doordat zij geen politiek draagvlak hadden van meerdere politici en dat de samenwerking tussen de GGD en gemeente slecht was.

De gemeenschappelijke belemmerende factoren onder de categorie middelen en taakverdeling zijn: bezuinigingen, recessie, reorganisaties door bezuinigingen en geen structurele financiering voor preventie. Resultaten van preventie zijn pas op langer termijn beschikbaar en de politiek heeft niet zoveel tijd.

HSL onderscheidt zich van GWO door: teveel nadruk op het doel belemmerende vraaggerichte werkwijze van professionals, er was belangenstrijd op thema's en geld binnen de gemeente/GGD, geen goede afstemming tussen de GGD en gemeente, er was ook gebrek aan leiderschap, standvastigheid en doorzettingsmacht bij de GGD en gebrek aan regierol bij de gemeente. Binnen de gemeente waren er ook veel personele wisselingen van ambtenaren en portefeuillehouders (door verkiezingen) waardoor kennis over HSL verloren ging en draagvlak opnieuw verworven moest worden. De vorderingen van HSL werden niet tijdig gecommuniceerd naar de gemeente, het werk van beleid, uitvoering en wetenschap sloten niet op elkaar aan, gaandeweg werd de politieke draagvlak en betrokkenheid minder.

Een aantal onderscheidende factoren zijn te verklaren. Ten eerste was HSL het eerste wijkbenaderingsproject van Nederland. Men had er nog geen ervaring mee, en al doende leerde men. HSL was een onderzoeksproject waarbij de Universiteit Maastricht en de GGD een grote rol hadden in de opzet hiervan. Dat de zorgverzekeraar geen rol had, is te verklaren doordat in de periode van 1994-2004 de zorgverzekeraar een andere verantwoordelijkheid had dan nu. Van de slechte samenwerking tussen gemeente en GGD is veel geleerd. Sindsdien wordt door de GGD van Zuid-Limburg veel aandacht besteed aan relatiebeheer op alle niveaus.

De rollen van de partijen

De eerstelijnsorganisaties moeten hun werkwijze aanpassen en zich als organisatie versterken. De gemeente en GGD moeten goed met elkaar samen werken en oog hebben voor elkaars cultuurverschillen. De zorgverzekeraars dienen meer te investeren in preventie en de samenwerking te zoeken met de gemeente. En het ministerie van VWS zal de randvoorwaarden moeten scheppen zodat de bovenstaande partijen incentives hebben om te gaan samenwerken en dat er een structurele financiering komt voor preventie.

Aanbevelingen

- De verhouding tussen de GGD en gemeenten moet goed zijn. Dit vraagt om een nauwere samenwerking waarbij eenheid en consensus is. Om dit te bereiken is relatiebeheer noodzakelijk op uitvoerings-, beleid- en bestuurlijk niveau.
- Zorgverzekeraars stimuleren om in preventie te investeren als ze een kleiner marktaandeel van verzekerden hebben. Een oplossing hiervoor zou zijn dat de marktleider van een regio het initiatief moet nemen (bijna elke regio heeft wel een marktleider). In regio's waar verzekeraars een even groot aandeel hebben zou de GGD een coördinerende rol kunnen spelen. Door preventie aan te wijzen als een publieke taak kan de GGD extra geld beschikbaar stellen voor zorgverzekeraars om in preventie te investeren.
- Voorbeelden als HSL, GWO en Karelië in Finland¹ bewijzen dat een community benadering voor preventie gezondheidswinst oplevert en kosteneffectief is. Door het aantonen van goede resultaten door gedegen evaluatieonderzoek moet de politiek overtuigd zijn om te investeren in preventie. De gemeente moet juist de samenwerking opzoeken om zulke soort initiatieven langdurig te stimuleren en te ondersteunen.
- Om gemeenten en zorgverzekeraars te prikkelen om in preventie te investeren zal er een structurele financiering nodig zijn. In het advies Preventie van welvaartsziekten en de ach-

tergrondstudie over de health premium wordt ingegaan op de
mogelijke oplossingen.

Inleiding

Sinds de jaren '70 wordt er aandacht besteed aan welvaartsziekten zoals diabetes, obesitas en hart- en vaatziekten. Door deze ontwikkeling worden mensen steeds meer bewust gemaakt dat door een gezonde leefstijl (een vorm van preventie) welvaartsziekten voorkomen kunnen worden, gezondheidsschade beperkt kan worden en de kans dat een behandeling succes heeft, vergroot wordt. Ook de RVZ heeft diverse malen geadviseerd om niet het genezen van ziekten centraal te stellen maar het voorkomen hiervan: een verschuiving van ziekte en zorg naar gedrag en gezondheid (RVZ, 2010). Maar de zorgsector is traditioneel gezien gericht op het genezen van ziektes en niet het voorkomen ervan. Gelukkig komt hier langzamerhand verandering in. Alleen deze veranderingen sluiten niet aan op het Nederlandse zorgstelsel. De financiering gaat uit van genezing en voor preventieve activiteiten is er nog geen structurele plaats. Preventie zou juist een onderdeel van het totale zorgproces moeten zijn, omdat dit gezondheidswinst en kostenbesparing kan opleveren. Dit is tenminste de uitkomst van twee praktijkvoorbeelden: Hartslag Limburg en de Gezonde Wijk Overvecht. In deze beide voorbeelden worden verschillende activiteiten opgezet via een wijkgerichte benadering om de inwoners gezonder te krijgen. Uit deze voorbeelden komt naar voren dat het noodzakelijk is dat de overheid (rijksoverheid, gemeente en GGD) en zorg met elkaar samenwerken. Omdat beide partijen elkaar nodig hebben, raakvlak met elkaar hebben en een gezamenlijke belang hebben. De eerstelijns is verantwoordelijk voor het behandelen van patiënten. De gemeente heeft een wettelijke taak (Wmo en Wpg) om voorzieningen te treffen om haar burgers zolang mogelijk gezond te houden. De GGD is de uitvoeringsorganisatie van de gemeente. De zorgverzekeraar heeft een maatschappelijke verantwoordelijkheid in preventie (ZN, dossier 3). En het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) is verantwoordelijk voor de juiste prikkels in de wet- en regelgeving.

Deze achtergrondstudie gaat in op de twee intersectorale voorbeelden: Hartslag Limburg en de Gezonde Wijk Overvecht. Centraal staat de vraag: wat zijn de bevorderende en belemmerende factoren van Hartslag Limburg en Gezonde Wijk Overvecht? En welke rol heeft de eerstelijns, gemeente, GGD, zorgverzekeraar en VWS bij deze factoren?

Door middel van literatuuronderzoek, interviews met experts (zie bijlage 1 voor een lijst van geconsulteerden) en bevindingen

gen van verschillende expertsessies wordt antwoord gegeven op de twee bovenstaande vragen.

Hoofdstuk 1 beschrijft Hartslag Limburg en hoofdstuk 2 de Gezonde Wijk Overvecht. In beide hoofdstukken wordt ingegaan op de doelstelling van het project, de doelgroep, de samenwerkingspartners, de uitvoering, het bestuurlijk proces, de financiën en de resultaten. In hoofdstuk 3 worden de bevorderende, belemmerende en gemeenschappelijke factoren beschreven die bijdragen aan het succes of falen van deze projecten. Deze factoren zijn geclusterd in doel, middelen en taakverdeling. In het laatste hoofdstuk worden de conclusies getrokken en aanbevelingen gegeven.

1 Beschrijving van Hartslag Limburg en de Gezonde Wijk Overvecht

In dit hoofdstuk wordt Hartslag Limburg (HSL) beschreven. Hartslag Limburg bestaat uit twee onderdelen: de community benadering en hoogrisico benadering. De community benadering richtte zich op de hele gemeenschap. De hoogrisico benadering richtte zich op mensen die al een hoog risico lopen ten aanzien van hart- en vaatziekten en mensen die een cardiovasculair incident hebben gehad. Daarom wordt in dit hoofdstuk de community benadering en hoogrisico benadering afzonderlijk beschreven.

1.1 Waarom Hartslag Limburg?

Begin jaren negentig ontwikkelde de GGD Zuidelijke Zuid-Limburg voor haar vijf gemeenten (Maastricht, Meerssen, Margraten, Valkenburg, a/d Geul en Eijsden) een nieuwe visie op preventie. Eén van de thema's was hart- en vaatziekten. Ook had de Nederlandse Hartstichting (NHS) behoefte aan een vernieuwende aanpak op preventie. De Nederlandse Hartstichting organiseerde eind 1994 daarom een landelijke expertmeeting. De conclusie van deze meeting was dat een preventieproject opgezet moet worden waarbij de gemeenten, GGD, huisartsen en het ziekenhuis zouden samenwerken. Het verdere initiatief werd genomen door de burgemeester van de gemeente Meerssen, die ook bestuurslid was van de Nederlandse Hartstichting. Nadat er consensus bereikt was tussen de GGD, het streekgewest, huisartsen, Universiteit Maastricht (UM) en ziekenhuis (eind 1994) werd een gezamenlijke visie ontwikkeld. Medio 1995 werd het raamplan ter beoordeling voorgelegd aan de Nederlandse Hartstichting. In het voorjaar van 1996 gaf de Nederlandse Hartstichting opdracht aan de GGD om het raamplan uit te werken tot een gedetailleerd projectvoorstel. De financiering van het project was eind 1997 rond, zodat begin 1998 feitelijk gestart kon worden met een nulmeting op populatieniveau (Ruland, 2008).

1.2 Doel van het project

Het doel van het project was om een blijvende vernieuwing te ontwikkelen voor de regionale preventie van hart- en vaatziekten. Het project bestond uit een community benadering en een hoogrisico benadering. De community benadering richtte zich op de hele gemeenschap. De hoogrisico benadering richtte zich op mensen die al een hoog risico lopen ten aanzien van hart- en vaatziekten en mensen die een cardiovasculair incident hebben gehad. Centraal stonden drie targets: minder vetconsumptie, meer bewegen en stoppen met roken. Hiervoor werden streefcijfers afgesproken. In het project werd vooral aandacht besteed aan de achterstandsgroepen. Ook vonden er vier promotieonderzoeken plaats, een ethische evaluatie en een evaluatierapport van het RIVM. De Hartstichting gaf aan bereid te zijn om het project financieel te ondersteunen voor de community benadering. Hierdoor raakten de gemeenten overtuigd om de inzet van GGD en welzijnswerk aanvullend te subsidiëren. Afgesproken werd dat de bijdrage van de Hartstichting overgenomen wordt door de gemeenten na drie jaar. Streven was dat gemeenten hun bijdrage vanaf 2003 zouden continueren, afhankelijk van de uitkomsten van het onderzoek. Overeenkomstige afspraken werden gemaakt met de grootste zorgverzekeraar uit de regio, VGZ, ten aanzien van het hoogrisico gedeelte (Ruland, 2008).

1.3 Het bestuurlijk proces van de community benadering

In eerste instantie verliep de samenwerking goed. Maar vanaf 2000 kwamen de eerste problemen. Het doel van de GGD was om HSL een structurele plaats te geven in het gemeentelijk beleid. Ondanks nationale en internationale erkenning en voorlopige positieve resultaten is dit helaas niet gelukt. Het werd voor de GGD elk jaar steeds moeilijker om de gemeenten te overtuigen om te investeren in HSL. Dit werd veroorzaakt door een gebrek aan politiek draagvlak, bezuinigingen in combinatie met een recessie, een slechte samenwerking en miscommunicatie tussen gemeente en GGD en een fusie tussen de GGD'en. Voor de gemeenten was het belangrijk om de bezuinigingen door te voeren en in hun ogen koste HSL veel geld. Uiteindelijk werd in 2004 HSL beëindigd. Een uitvoerige beschrijving van het bestuurlijk proces is te vinden in bijlage 2.

Uit het onderzoek van Horstman en Houtepen (2005) blijkt uit de interviews met lokale beleidsmakers dat de meeste van hen

HSL een goed initiatief vinden, maar dat het wel wat ambitieus was. Ze waarden HSL vooral op het ‘dicht bij de gewone burger’ karakter. Maar tegelijkertijd gaven ze aan dat het moeilijk was om dit type gezondheidsbevordering prioriteit te geven. Dit ligt aan de traditie van gebrekkige belangstelling voor (preventieve) gezondheid in de lokale politiek. Andere thema’s zoals veiligheid, infrastructuur en toerisme worden belangrijker gevonden. Politici richten zich op de belangrijkste belanghebbende. De GGD telt niet als belanghebbende. De politieke cultuur met haar vierjaarlijkse termijnen staat op gespannen voet met de noodzaak om langetermijnbeleid te ontwikkelen. En wetenschappelijk bewijs is niet altijd doorslaggevend voor politieke besluitvorming. Naast deze lage prioritering gaven alle gemeenten aan, behalve de gemeente Meerssen (de burgemeester was ook bestuurslid van de Hartstichting), dat continuering van HSL een probleem vormt. Dit was nog voor de periode van bezuinigingen.

1.4 Financieel proces van de community benadering

In tabel 1 van bijlage 3 vind u een schematische weergave hoe het financieringsproces van HSL is verlopen. In deze paragraaf worden de hoofdlijnen beschreven.

Alle partijen droegen financieel bij aan HSL, maar het was de Hartstichting die HSL grotendeels heeft gefinancierd in de eerste drie jaren (1997-2001). Daarna namen de gemeenten het over. Door forse bezuinigingen op het gemeentefonds in 2003 kregen de gemeente het moeilijk om hun budget rond te krijgen. De gemeenten wilden ook op de GGD bezuinigen, want de GGD had een tekort van 8 ton. Uiteindelijk heeft het geleid dat in 2004 HSL weg is bezuinigd.

1.5 Beschrijving van de hoogrisico benadering op bestuurlijk en financieel vlak

Zowel het bestuurlijk als het financieel proces voor de hoogrisico benadering verloopt veel positiever dan de community benadering.

De zorgverzekeraar VGZ nam na 2001 de bijdrage over van de Hartstichting. Maar na drie jaar (eind januari 2003, recessieperiode) laat de zorgverzekeraar weten geen extra geld beschikbaar te hebben voor de continuering na 2003.

In de tussentijd werken de GGD, academisch ziekenhuis Maastricht (azM) en de Universiteit van Maastricht (UvM) om de bestaande samenwerking te institutionaliseren. In 2003 werd het concept van de leefstijladviseur opgenomen in het regulier beleid van azM. Het azM moest ook bezuinigen, maar zorgde ervoor dat het concept van de leefstijladviseur onaangetast bleef. Er werd zelfs begin 2004 een contract ondertekent waarin de uitbreiding van de samenwerking was opgenomen (fte inzet van 1,0 naar 1,7), voor de periode januari 2004 tot en met juli 2006. Dit is mede mogelijk gemaakt door subsidie van het Fonds OGZ (Ruland, 2008). Dat er in de hoogrisico benadering geen weerstand was, had te maken met een aantal factoren. De GGD had overleg met één persoon namelijk de voorzitter van het bestuur die de besluiten nam. De cardiologen vonden dat de leefstijladviseur meerwaarde had. De investering was klein en overzichtelijk. En de implementatie was eenvoudig: het ziekenhuis had één kamer en een leefstijladviseur nodig (Ronckers, 2007).

1.6 De resultaten

In de onderstaande twee paragrafen volgt eerst de resultaten van de community benadering en daarna van de hoogrisico benadering. Er worden drie onderzoeken (Rhonda, Schuit en het RIVM) beschreven die zich richtten op de gezondheidseffecten, het vierde onderzoek was een economische evaluatie (Ronckers). Het vijfde onderzoek (RIVM) onderzocht de kosteneffectiviteit van HSL, het laatste onderzoek (Horstman en Houtepen) keek naar de ethische aspecten van de onderzoeksmethode van HSL.

Resultaten van de community benadering

In het onderzoek van Rhonda (2003) worden de resultaten gemeten van 2½ jaar HSL. De regio van HSL werd vergeleken met een controleregio. In dit onderzoek werd een positief significant verschil voor vetinname gevonden voor de regio van HSL, vooral onder de respondenten van 48 jaar en jonger. Ook waren de respondenten in Zuid-Limburg realistischer over hun vetinname dan respondenten in de controleregio, maar hadden tegelijkertijd een lagere eigen effectiviteitsverwachting van het verlagen van hun vetconsumptie. Wat betreft lichamelijke activiteit werd in Zuid-Limburg slechts een beperkt gunstig effect gevonden op de intentie om meer te gaan bewegen, wederom onder de respondenten jonger dan 49 jaar.

Er is geen significante invloed gevonden op het rookgedrag. Ook bleek uit het onderzoek dat er een toename is in het aantal organisaties dat actief is in gezondheidsbevordering vergeleken met de controlegroep. Maar toch was het totale pakket van de interventie activiteiten niet van voldoende kwaliteit (effectiviteit in verandering van psychosociale determinanten van de cardiovasculaire risico gedragingen), kwantiteit (vooral het aantal rook interventies) en intensiteit (in termen van bereik en participatie) om substantiële veranderingen in de populatie te brengen na 2½ jaar. Verder bleek dat de community principes (intersectorale samenwerking en een sociale netwerkbenadering) heel redelijk zijn toegepast. Alleen was er meer aandacht nodig voor de inzet van omgevingsstrategieën en ook de continuering van het project vereiste continue inspanning. Het opzetten van de werkgroepen was wel bevredigend verlopen. Enkele factoren kunnen verbeterd worden, zoals de kwaliteit van de communicatie, de tijd die de leiding in de werkgroep kan steken, de formatie van speciale subwerkgroepen, deskundigheidsbevordering van de werkgroepleden en het aantal leden van de werkgroepen.

In het onderzoek van Schuit (2007) wordt het effect van vijf jaar HSL onderzocht. Ook hierbij is gebruik gemaakt van een controlegroep. Vergeleken met de controlegroep bleek er een gunstig effect te zijn op de body mass index, middelomtrek, diastolische en systolische bloeddruk van mannen en vrouwen. Verder is er bij vrouwen een gunstig effect gevonden op bloedglucose, tijd besteedt aan wandelen, totale activiteit in vrije tijd, energie inneming en vetconsumptie en een ongunstig effect op serum cholesterol. Er is geen effect gevonden op het rookgedrag. Dit kan te maken hebben met dat er relatief weinig rookinterventies (minder dan 15% van het totale aanbod interventies) waren en dat stoppen met roken moeilijker is omdat rookinterventies een negatieve boodschap hebben.

Uit het onderzoek van het RIVM (2004) werd HSL na vijf jaar geëvalueerd. Daaruit bleek dat er een positief effect is op het gemiddelde gewicht (-0,2) kg, de lichamelijke activiteit (+1,6 uren/week) en de energie-inname (-51 kcal/dag) na 5 jaar. Het succes kwam door intensieve (huis aan huis) benadering, inschakelen van meer (media) kanalen en het inzetten van intermediaire werkgroepen. De ervaring leert dat uitvoering van de projecten veel tijd kost door onder meer het verwerven van draagvlak, het tot stand brengen van intersectorale samenwerking op gemeentelijk niveau en het betrekken van de private sector en andere instellingen.

Uit het onderzoek van Ronckers (2007) werd een economische evaluatie verricht. In vijf jaar tijd werden ongeveer 800 interventies geïmplementeerd. De kosten hiervan waren ongeveer €900.000. Er werd €555.000 besteed aan 361 interventies om meer te bewegen, €250.000 aan 193 interventies voor voedingsprogramma's, €50.000 aan 9 interventies om te stoppen met roken en €45.000 voor 27 interventies over leefstijl in algemene zin. Verder waren er 200 interventies op kleine schaal of eenmalig. Ook waren er kosten verbonden aan het opbouwen en onderhouden van het netwerk. De GGD had hiervoor 1.5 fte vrijgemaakt. Dit kostte €90.000 per jaar, dus €450.000 voor vijf jaren. Voor de conservatieve aannamen kosteneffectiviteitsratio kwam uit op €12.500 met een bandbreedte van €950 tot ongeveer €16.500 in de gevoeligheidsanalyse. Zelfs onder negatieve aannamen was HSL kosteneffectief. De totale besparing in gezondheid met een discontovoet van 4% was €950.000 gedurende vijf jaar.

Uit het onderzoek van het RIVM (2005) werd ook geconcludeerd dat HSL kosteneffectief was. De kosten worden bepaald door de mate waarin het aanbod verspreid wordt. De kosten variëren van zo'n €6 tot €30 per persoon per vijf jaar. Het kostte zo'n €6000 per qaly (quality adjusted life year).

Geconcludeerd kan worden dat HSL in staat was om verandering in een aantal risicofactoren voor hart- en vaatziekten gedeeltelijk tegen te gaan en kosteneffectief te zijn.

Uit het onderzoek van Horstman en Houtepen (2005) werd duidelijk dat de top-down werkwijze van HSL ook nadelen had. De nadruk lag om informatie te verzamelen voor de evaluatieonderzoeken van de universiteit van Maastricht. Dit had invloed op de werkwijze van de professionals. De welzijnswerkers (community benadering) en leefstijladviseurs (hoogrisico benadering) gingen in plaats van vraaggericht werken focussen op de drie targets: vermindering van vetinname, meer bewegen en stoppen met roken. Dit werd als belemmerend ervaren omdat de targets voor de bewoners en patiënten geen betekenis hadden. De welzijnswerkers en leefstijladviseurs trachtten de doelstelling van HSL te combineren door in te spelen op een bepaalde behoefte die bij de inwoner en patiënt aanwezig was. De mensen in de wijk beschouwden de interventieactiviteiten niet als middel om hun gezondheid te verbeteren, maar zagen het vooral als een vergroting van het sociale

contact en gezelligheid. Dat het de gezondheid baatte was alleen maar mooi meegenomen.

Resultaten van de hoogrisico benadering

Het onderzoek van Harting (2005) vond plaats op korte termijn (na vier maanden) en op lange termijn (na anderhalf jaar). Op korte termijn nam de vetinname aanzienlijk af, lag het percentage rokers iets lager, en nam de lichamelijke activiteit marginaal toe. Daarnaast waren de patiënten sterker van plan om elk van de drie gedragingen in een gezonde richting te veranderen. Op lange termijn (na anderhalf jaar) werd er geen enkel effect gevonden. Ook werd in het onderzoek gekeken naar de resultaten van de adviesgesprekken met de huisartsen. De huisartsen waren meer betrokken bij de hoogrisico benadering dan de cardiologen. Op korte termijn was er een aanzienlijke daling van de vetconsumptie die op lange termijn in mindere mate aanwezig was. Patiënten met fors overgewicht waren na anderhalf jaar vaker voldoende lichamelijk actief. Er was geen effect gevonden op roken, noch op het voornemen om zich op een van de drie gebieden gezonder te gaan gedragen. Geconcludeerd werd dat de huidige aanpak in principe werkzaam is, maar dat voor een effectieve preventie van hart- en vaatziekten grotere en langdurige gedragsveranderingen nodig zijn.

In bovenstaande paragraaf is al ingegaan op de ervaring van de leefstijladviseur. Uit het onderzoek van Harting (2005) kwam naar voren dat er meer aandacht dient uit te gaan naar hoe patiënten hun risico op hart- en vaatziekten inschatten en hoe zij die inschatting vervolgens gebruiken om al dan niet hun gedrag te veranderen. Dit geldt ook voor de weerstand tegen gedragsverandering die een aanzienlijk deel van de patiënten leek te voelen door de leefstijladviseur.

Horstman en Houtepen (2005) beschouwden ook de ervaringen van de huisartsen en cardiologen. De huisartsen en cardiologen die meededen aan HSL hadden natuurlijk meer affiniteit met preventie dan hun andere collega's. Maar ook zij verschilden van mening wat hun rol en verantwoordelijkheid is ten aanzien van de patiënt. De ene arts vond dat je informatie kan geven en dat gezondheidsbevordering voor de rest een eigen verantwoordelijkheid is van de patiënt. De andere arts confronteert zijn patiënten op een keiharde manier. Iedere arts gaf zijn eigen invulling aan de doelstelling van HSL. De autonomie van de patiënt dient voorop te worden gesteld, artsen moeten niet moraliseren (keuzevrijheid van de patiënt en het totale

welzijnsgevoel is belangrijk) en er moet niet gemedicaliseerd worden (medische problemen niet aanpraten en het hele leven in het teken van gezondheid stellen).

1.7 Praktijkuitvoering van Hartslag Limburg

De samenwerking tussen de gemeenten, welzijnswerk, GGD, huisartsen, het azM en de UM was op bestuurlijk niveau vormgegeven door middel van een stuurgroep, onder voorzitterschap van de directie van de GGD. De dagelijks leiding was gedelegeerd aan de projectleider die sturing gaf aan de voortgang via werkoverleggen met de verschillende lokale gezondheidsgroepen. De samenwerkingsafspraken bestonden bij de start in 1998 uit meerjarige contracten en subsidietoekenningen van de gemeenten. Het was een lastige taak voor de GGD om met de belangen van zoveel partijen rekening te houden, draagvlak te creëren en te behouden. Om het draagvlak te behouden probeerde de GGD de partijen (gemeente, buurtwerk, welzijnswerk, huisartsen en cardiologen) tegemoet te komen, om zo een win-win situatie voor iedereen te creëren. Geleidelijk aan werd het echter duidelijk voor de GGD dat zij niet langer in staat was om de strevingen uit praktijk en onderzoek over langere termijn te laten ‘matchen’ met de belangen vanuit het beleid (Ruland, 2008).

Hieronder wordt eerst ingegaan op de uitvoering van de community benadering en daarna van de hoogrisico benadering.

Praktijkuitvoering van de community benadering

De negen lokale gezondheidswerkgroepen organiseerden activiteiten en motiveerden een gezondere leefstijl in de wijk. Er zijn ruim 800 interventies opgezet (zie paragraaf 1.6). Dit was mogelijk dankzij het brede netwerk van HSL. De huisartsen wezen hun patiënten op de wijkactiviteiten waaraan ze meestal gratis of middels een kleine bijdrage mee konden doen. Voorbeelden van activiteiten zijn yoga, aerobics, wandelen en linedancing. Na het beëindigen van HSL, werden de onderdelen bewegen zonder zorgen, goede voeding hoeft niet veel te kosten en de wandelmaanden, voortgezet. Desondanks werden veel wijkactiviteiten stopgezet. Dit bracht een grote teleurstelling teweeg over de gebrekkige continuering van activiteiten en verspilde energie. Ook activiteiten waarbij het onderwijs, jeugd en verenigingen betrokken waren werden stopgezet (Horstman en Houtepen, 2005).

Praktijkuitvoering van de hoogrisico benadering

De hoogrisico benadering richtte zich op personen met een verhoogd risico van een hart- of vaatziekte of met een al bestaande hart- of vaatziekte. Van deze doelgroep werd eerst een compleet risicoprofiel (biomedische factoren en gedragsmatige risicofactoren) opgesteld. Daarna werd de behandeling van de biomedische behandeling geëvalueerd en geoptimaliseerd. Daarnaast werden er adviesgesprekken gevoerd over een gezonde leefstijl door een leefstijladviseur (Harting, 2005). Ook huisartsen verwezen patiënten door die aan een bepaald profiel voldeden. Er waren vier leefstijladviseurs. Twee voor het ziekenhuis (op de etage van de cardiologie) en twee die in verschillende huisartsenpraktijken hun spreekuur hielden. Deze functie is speciaal voor HSL in het leven geroepen (Horstman en Houtepen, 2005). Dit omdat artsen in het algemeen weinig leefstijladviezen geven, er onvoldoende vaardigheden hebben, te weinig tijd voor hebben en twijfelen aan de effectiviteit ervan (in 2011 zijn er nu Hbo-opleidingen voor leefstijladviseurs). De leefstijladviseurs voerden gesprekken met de patiënten. De totale lengte en het adviestraject werd bepaald in samspraak met de patiënt, maar duurde maximaal drie maanden. Ter ondersteuning konden leefstijladviseurs foldermateriaal uitdelen en een telefonisch vervolgesprek regelen. Verder stimuleerden ze de patiënten deel te nemen aan de leefstijlactiviteiten in de wijk. De leefstijladviseurs werden geacht regelmatig te overleggen met de behandelend huisarts of cardioloog (Harting, 2005). Maar in de praktijk bleek dit bijna niet mogelijk wegens tijdgebrek en werkdruk van de huisarts en cardioloog. Het grote probleem dat de leefstijladviseur hebben ervaren, was dat de meeste mensen die geen cardiologisch incident (doorverwijzing van de huisarts) hebben gehad geen probleem ervoeren waarbij ze hulp en advies nodig hebben. De intrinsieke motivatie ontbrak bij hen, ze kwamen alleen omdat de huisarts het aanbevolen had. De patiënten die wel een cardiologisch incident hebben gehad wilden vooral meer inzicht in hun ziekte en kwamen naar de gesprekken vanwege op angst gebaseerde motieven. Dat was echter geen reële motivatie om de leefstijl te veranderen. De leefstijladviseurs kwamen er ook achter dat verandering een kwestie is van lange adem. Het drie maanden traject die ze hadden per patiënt hadden opgesteld, bleek veel te kort (Horstman en Houtepen, 2005). De leefstijladviseur werd betaald met aanvullende financiering (onderzoeksbudget en later in het ziekenhuis via de zorgverzekeraar).

2 Beschrijving van de Gezonde Wijk Overvecht

2.1 Waarom de Gezonde Wijk Overvecht?

In de wijk Overvecht in Utrecht ervaren 28% van de bewoners hun gezondheid als matig of slecht. Ook leven de bewoners minder lang en zijn minder gezond dan de gemiddelde Utrechter. En is er bij relatief veel bewoners sprake minimum bestaansniveau en van een gestapelde problematiek. Deze problematiek speelt zich af in meerdere levensgebieden: medisch, maatschappelijk en psychisch. Hierbij kan gedacht worden aan verslavingen, financiële, sociaal-emotionele of relationele moeilijkheden (Happinez, 2010). Vanwege deze problematiek nam de eerstelijns initiatief om hiertegen iets te gaan doen. Ze zijn begonnen met het Big!Move programma. Bewegen stond centraal in de projecten en activiteiten die toen van start gingen. Daarnaast werd bewegen ook gezien als de basis voor het vormen van verbindingen en organisatieontwikkeling in de wijk. Hierbij kregen zij ondersteuning van ROS Raedelijk. De eerstelijns is zichzelf steeds meer gaan organiseren om gezamenlijk activiteiten te gaan doen. De visie die zij hierbij voor ogen hadden luidde, van zorg en ziekte naar gezond en gedrag (van zz naar gg). Met deze visie keken ze naar de verwachtingen die ze hebben van hun eigen patiënten, maar ook in het opzetten van hun eigen activiteiten. Hun uitgangspunt is niet dat de bewoners moeten afvallen maar dat ze als professionals ervoor zorgen dat de bewoners daadwerkelijk met elkaar in beweging komen. En zij spelen in op de intrinsieke doelen van de bewoners om in beweging te komen. Denk aan een oma die heel graag met haar kleinkinderen wil spelen. De kilo's verliezen volgt daarop.

Agis werkte al vaak samen met de gemeente. Het merendeel van hun cliënten valt namelijk onder de collectieve ziektekostenverzekering. Het zijn veelal laagopgeleide mensen die leven van een minima of een uitkering. Voor deze mensen sloot de gemeente collectiviteiten af met Agis. Uit eigen onderzoek van Agis bleek dat de zorgkosten hoog waren in de stad. Dit kwam door de populatie maar ook door de zorginfrastructuur en het handelen van de zorgverleners. Hierdoor nam Agis de stap om een aantal dingen regionaal aan te pakken. Ook de gemeente Utrecht vond dit prettig. Zij hadden als taakstelling om de gezondheidsverschillen te verminderen en hebben als visie een duurzame en gezonde stad te zijn waar inwoners zich gezond

voelen, gezond zijn en blijven. Het thema preventie en de complexe problematiek van de inwoners zitten in de verschillende domeinen en verantwoordelijkheden van de gemeente en zorgverzekeraar. Dit alles resulteerde dat de samenwerking gestructureerd werd. Agis heeft naar de gemeentelijke gezondheidsnota gekeken op welke terreinen ze zouden kunnen samenwerken. Daaruit is in 2008 een convenant uitgekomen. Het bijzondere was dat de gemeente het voor vijf jaar heeft willen aangaan zodat ze over de zittingsperiode van de raad heen gaan. De Gezonde Wijk Overvecht (GWO) werd gestart. Doordat de eerstelijns organisaties veel activiteiten in de wijk hadden opgezet konden de gemeente en Agis aansluiting vinden. Want de basis van draagvlak, netwerk en vertrouwen was er al. De doelgroep zijn inwoners van Overvecht, in het bijzonder volwassenen met langdurig vage klachten en een grote zorgvraag (www.utrechtgezond.nl). En de belangrijke samenwerkingspartners zijn Stichting Overvecht Gezond! (geïntegreerde eerstelijns Overvecht), Cumulus Welzijn, Indigo (eerstelijns GGZ), Aveant, gemeente Utrecht (inclusief GG&GD) en Agis zorgverzekeringen. Daarnaast zijn ook betrokken: wijkraad Overvecht, ROS Raedelijk, AMC, ministerie van VWS en ministerie van BZK.

2.2 Bestuurlijk- en uitvoeringsniveau vinden elkaar

Agis heeft een projectleider aangesteld en de gemeente² heeft een procesmanager aangesteld. Agis en de gemeente hebben eerst een inventarisatie gemaakt waar partijen op in zouden willen zetten en van de projecten en activiteiten die gaande waren in de wijk. Om zo de losse initiatieven met elkaar te verbinden. Voor de professional heeft deze samenwerking veel voordelen opgeleverd. Er ontstaat meer vertrouwen tussen de verschillende partijen. Ze hebben ook gezamenlijk als gelijkwaardige partners aan tafel gezeten om de projecten te bespreken. Het wordt steeds makkelijker om afspraken te maken. Ook wordt de zz naar gg visie door alle partijen op alle niveaus gedragen. Die visie is groeiende.

De basis, inzet, verantwoordelijkheid en sturing ligt voor een deel bij de organisaties en professionals in de wijk zelf. De GWO is opgezet als een proces waarin ze met elkaar de vorm bepalen. Het heeft geen afgebakend begin en eind. Maar er zitten wel onderdelen in waar dit wel het geval is. Toen de GWO van start ging is er een platform opgezet waarbij organisaties elkaar tegen kwamen. En later is er een regiegroep inge-

steld op bestuurlijk niveau. De GWO is van bottom-up verder gegroeid. Agis en de gemeente zorgen voor afstemming op het bestuurlijk-, tactisch/midden niveau (coördineren en faciliteren) en het uitvoeringsniveau doet zijn werk. Zowel de professionals als de gemeente en Agis erkennen dat alle drie de niveaus nodig zijn om verder te komen.

2.3 De motivatie van Agis om betrokken te zijn bij de Gezonde Wijk Overvecht

Agis heeft van oudsher een maatschappelijke visie en richten zich meer op gezondheid dan alleen op zorgen. Ook vinden ze de samenwerking met de eerstelijns organisaties belangrijk. Naast hun visie en belang van samenwerking kijken ze natuurlijk ook naar hun eigen belang als verzekeraar. Als verzekeraar willen ze dat hun rendement wordt verhoogd. Dit wordt bereikt door de zorgkosten omlaag te brengen, meer inkomsten vanuit de centrale kas of door meer verzekerden te hebben in een gebied. Als er veel verzekerden zijn in een bepaalde regio die veel zorg consumeren zoals in Utrecht is er een gezamenlijke basis gelegd en daarna volgt het doel. De investering die zij doen in de GWO is vooral veel tijd, energie en menskracht (fte). Ook gebruiken ze de declaraties om gegevens te filteren of er resultaat geboekt wordt. Ze werken niet uitsluitend op basis van cijfers. Soms nemen ze ook risico's. Als zij horen van hun partners dat bepaalde activiteiten goed aanslaan, maar het is niet onderbouwd met cijfers, willen ze wel het risico nemen om daarin te investeren. Vooraf maken ze dan een businesscase om uit te werken wat voor verwachtingen er zijn en te benoemen waarop er beoordeeld wordt. Er moet dan wel gekeken worden waarom (de oorzaken) een bepaalde verwachting niet uitkomt.

2.4 Multidisciplinaire samenwerking

Er wordt op verschillende niveaus integraal samengewerkt. Van oudsher is de GGD onderdeel van de gemeente (gg&gd) in Utrecht stad. Dat brengt veel voordelen met zich mee. Bijvoorbeeld het snel in contact komen met de juiste mensen omdat ze in één gebouw zitten. De gg&gd adviseert bij ruimtelijke plannen over gezondheidsaspecten van milieufactoren en het onderwerp gezondheid wordt in veel beleidsthema's meegenomen. Er worden praktische wijkafspraken gemaakt met de Dienst Stadsontwikkeling. Zij vragen in een vroeg stadium de

gg&gd om gezondheidsadvies zodat de gezondheidsaspecten integraal meewegen met alle andere aspecten (Gout, 2010).

De gg&gd en Agis bundelen hun informatie. Door deze informatie zijn er voor de vijf aandachtswijken in Utrecht wijkgezondheidsprofielen³ opgesteld. Met dit product kunnen ze het gesprek in de wijk aangaan en tot betere inzichten en interventies komen (Utrecht Gezond!, 2010).

Een andere doelstelling van de GWO is om de eerstelijns beter te organiseren en te versterken. Sinds 2010 is de Stichting Overvecht Gezond! opgericht. Momenteel bestaan deze uit vier multidisciplinaire gezondheidscentra uit de wijk, een vijfde gaat aansluiten. Ook de komst van de zz naar gg visie heeft gevolgen voor de praktijkorganisatie en bedrijfsvoering. Hierbij speelt ROS (Regionaal Ondersteuning Structuren) Raedelijk een belangrijke rol. Door de praktijkvoering en onderlinge samenwerking in verschillende huisartsen- en fysiotherapiepraktijken en apotheken te ondersteunen wordt de onderlinge samenwerking verbeterd en de patiëntenzorg efficiënter georganiseerd (www.raedelijk.nl).

Sinds het convenant zijn er veel stappen gemaakt. Ze beginnen het plezier in te zien. Hier dient in gestimuleerd en geïnvesteerd worden (menskracht). Samen brengen ze een verandering tot stand. Alle partijen herkennen de urgentie en beseffen dat ze geen verandering kunnen brengen als ze vanuit hun eigen kokers blijven werken. Maar samenwerking is niet maakbaar. Mensen moeten er tijd voor krijgen om het met elkaar uit te vinden. Als het probleem op tafel is gelegd zien mensen ook de meerwaarde om de samenwerking te gaan zoeken. Ook is het belangrijk dat organisaties hun medewerkers stimuleren om multidisciplinair samen te werken. Deze samenwerking heeft continue aandacht nodig op alle niveaus, tussen de professional en de patiënt, in de samenwerking tussen hulpverleners en organisaties en tussen uitvoering en bestuurlijk niveau. Om het samenwerkingsproces in gang te houden moeten er dingen geïnitieerd worden. Zoals het organiseren van bijeenkomsten waar men elkaar kan ontmoeten en kennis uitgewisseld wordt. Als er geen aandacht wordt besteed, zakt de continuïteit weer in. Verder is het belangrijk dat er voor elke partij één aanspreekpunt is.

Sinds vorig jaar onderzoekt en vergelijkt de Universiteit van Amsterdam de GWO met de aanpak in Amsterdam (Beter Samen in Amsterdam Noord) (www.utrechtgezond.nl). De

GWO heeft zich ook aangesloten bij het onderzoek van de urban40 dat uitgevoerd wordt door het AMC en de Universiteit Maastricht in het kader van de krachtwijken. Daarnaast voert de gg&gd elke twee jaar een gezondheidspeiling uit onder inwoners van de stad. Deze leveren een schat aan informatie over de gezondheid van de inwoners. De gg&gd en Agis spelen een actieve rol bij de terugkoppeling van de resultaten aan de intermediairs (van der Goot, 2010).

2.5 Professional moeten anders gaan denken en werken

De wijkgerichte aanpak, de visie van zz naar gg en het ondersteunen van mensen met vage lichamelijke klachten vraagt om een andere werkwijze en houding van professionals. Ze hebben in hun opleiding geleerd om vanuit hun eigen professie te kijken. Nu draait het om gezondheidsbevordering, multidisciplinair samenwerken en verder kijken dan de medische zaken. Het is belangrijk dat de professional cliënten in hun context beschouwt, de regie bij de cliënt ondersteunt en bewust is dat zij onderdeel zijn van een keten. Bij de doelgroep is er sprake van gestapelde problemen waarvoor andere professionals aan zet zijn. Vroegtijdige signalering en begeleiding naar de juiste (preventieve) hulpverlener is van belang (www.utrechtgezond.nl). Maar niet iedere professional ervaart dit als zijn verantwoordelijkheid. De visie van zz naar gg is nog groeiende, maar nog niet vanzelfsprekend. De competenties die nodig zijn staan los van de vakinhoud. Men moet een goed gevoel hebben voor communicatie, in staat zijn om buiten het eigen domein te kijken, in staat zijn verbindingen te leggen en de tijd ervoor nemen om het te kunnen doen. Buiten het directe cliëntencontact is er tijd nodig om de patiënt en een collega te bellen. Professionals hebben minder tijd en wordt steeds meer beperkt tot de directe patiënten tijd. In de GWO wordt hiervoor een financiering gegeven door de gg&gd en Agis. Hierdoor wordt er meer tijd gecreëerd voor deze punten en ook voor afstemming met collega's.

2.6 De activiteiten

Er worden verschillende activiteiten opgezet. Belangrijk is dat de activiteiten een structurele borging krijgen. Deze structurele borging kan plaats vinden in een organisatie, maar ook op politiek niveau. In de collegeperiode 2007-2010 waren een

aantal speerpunten vastgesteld. Hieronder vielen ook de activiteiten van bepaalde projecten.

Jaarlijks is er een evaluatiemoment Gezonde wijk Overvecht over de ingezette koers met betrokken partners om te kijken waar ze nu staan en hoe nu verdergegaan dient te worden. De verantwoordelijkheid van projecten en activiteiten ligt bij de professionals in de wijk zelf. De procesmanagers (gg&gd) en Agis) zorgen voor de verbinding. Soms nemen de procesmanagers in het begin het voortouw en vervolgens krijgt de activiteit een plek in een organisatie. Er wordt gebruik gemaakt van de expertise van intermediairs. De kansen en belemmeringen worden inzichtelijk gemaakt om zo tijdig aanpassingen te doen. De gg&gd en Agis hebben een actieve rol bij terugkoppeling van de resultaten aan de intermediairs (van der Goot, 2010).

Een succesvol project is Gezond Gewicht Overvecht (GO). GO richt zich op kinderen van 0 tot 19 jaar. De aanleiding van het project was dat 27% van de kinderen te zwaar was. Er werd een fruitbeleid, aandacht voor ontbijten en bewegen, geïntroduceerd door tal van activiteiten op te zetten waarbij de ouders ook werden betrokken. Dit gebeurde van de voor-school tot en met de middelbare school. De resultaten zijn na vijf jaar veelbelovend. Het percentage kinderen in de basisschoolleeftijd met overgewicht is afgenomen van 27% naar 20% (Kreule, 2010).

2.7 De financiering

Agis en de gemeente Utrecht bepalen ieder jaar een gezamenlijke inkoopkoers. Ze kijken waar de prioriteiten liggen en op basis van die koers kunnen de betrokken instellingen uit de stad hun budgetaanvragen indienen. Zo wordt zowel voor de gemeentelijke budgetten, de AWBZ-inkoop als de Zorgverzekeringswet dezelfde koers aangehouden (Utrecht Gezond!, 2011). De partners van de gezonde wijk Overvecht proberen vanuit de reguliere middelen zaken in gang te zetten: uit de zorgverzekeringswet, aanvullende verzekering, uit de gemeente. Ze maken gebruik van projectsubsidies zoals de ZonMw subsidie. De gemeente maakt wel veel gebruik van de vogelaargelden en met de huidige politieke wind zal dat minder worden. De gemeente en Agis hebben menskracht (fte) ingezet. Het convenant vormde een goede basis om afspraken te maken over de financiën.

Agis maakt met de eerstelijnsamenwerkingspartner Overvecht Gezond! afspraken volgens de GES (geïntegreerde eerstelijns samenwerking). Deze bestaat uit een schijf van zes. Namelijk: chronische zorg, eerstelijnspsychologische zorg, doelmatigheid, multidisciplinair gebiedsgericht, patiëntgerichtheid en innovatie/bijzonder aanbod. En op elke schijf moet een invulling worden gegeven. Daar wordt een resultaat aangehangen. Als ze dat resultaat behalen, krijgen ze een hogere GES vergoeding. Er is een vast en een variabel deel. Dat variabele deel is afhankelijk van de resultaten.

Er komt geleidelijk aan verandering in de samenwerking en organisaties, maar het systeem blijft hetzelfde. Namelijk dat de zorg is gefinancierd op consulten en niet op preventie. Deze belemmeringen in de financiën hebben invloed op de werkwijze. In deze tijden van bezuiniging is het belangrijk om open te zijn, te delen en begrip voor elkaar hebben. In deze situatie bekijken ze met elkaar wat de mogelijkheden zijn en hoe verder te gaan. De partners geven de organisaties de tijd om te stabiliseren. Het is wisselend per persoon hoe zij reageren op verandering. Maar ze zijn ver genoeg in de samenwerking om begrip voor elkaar te hebben en te beseffen dat ze afhankelijk zijn van elkaar.

2.8 De resultaten

Als er gekeken wordt naar het verloop van de zorgkosten heeft er een trendbreuk plaats gevonden. Als dat vergeleken wordt met andere achterstandswijken, is dat aanzienlijk. Daar zijn de kosten omhoog gegaan en in Overvecht naar beneden. Dat is een verschil van 4% in een periode van vier jaar (2006-2010). Overgewicht onder kinderen is afgenomen van 26% tot 20%, de beweegnorm van volwassenen is gestegen tot het Utrechtse gemiddelde van 54% naar 65% (www.utrecht.nl). Alle partners zijn er trots op, maar niemand heeft er financieel voordeel mee behaald. Als er een financieel voordeel wordt behaald is het alleen voor Agis met de kanttekening dat de kosten voor deze populatie is afgenomen. Maar het ziekenhuisbed is niet leeg komen te staan. Dus vanuit een andere groep blijven de kosten bestaan. Hun kosten zijn niet in totaal met 4% naar beneden gegaan.

De resultaten tonen aan dat de intensieve samenwerking tussen zorgverleners in de eerstelijns, zoals de huisarts, fysiothera-

peut en welzijnsorganisaties en preventie, leidt tot zinnige en zuinige zorg. Alhoewel er een toename is van consulten, wordt juist door ruimer de tijd te nemen het zorgaanbod veel preciezer afgestemd op de zorgbehoefte van een patiënt. Ook blijkt dat geneesmiddelen veel doelmatiger worden voorgeschreven en is het zorggebruik in het ziekenhuis gedaald. Schatting op basis van Agis-gegevens laat zien dat de geïntegreerde eerste-lijnszorg over de periode 2006-2009 op jaarbasis leidt tot een besparing. Als er geen interventies hadden plaatsgevonden waren de zorgkosten volgens de trendanalyse €750.000 hoger uitgevallen (4%) (www.agisweb.nl).

3 Bevorderende en belemmerende factoren van Hartslag Limburg en de Gezonde Wijk Overvecht

In dit hoofdstuk wordt beschreven wat de bevorderende, belemmerende, overeenkomstige en onderscheidende factoren zijn van Hartslag Limburg (HSL) en de Gezonde Wijk Overvecht (GWO). De factoren worden onderverdeeld in drie thema's: doel, middelen en taakverdeling. Eerst wordt HSL behandeld en daarna de GWO.

3.1 Analyse Hartslag Limburg: de community benadering

Doel (bevorderende factoren)

Er is een enthousiaste trekker geweest om het project te starten. Dit was de burgemeester Van Meerssen die ook bestuurslid was van de Hartstichting. Door zijn functies was hij in staat om politiek draagvlak te creëren. Daarna is ruim de tijd genomen om invulling te geven aan HSL. Dit werd gekoppeld aan een aantal promotieonderzoeken om HSL evidence-based te maken. Verder is er veel tijd en zorg besteed om zoveel mogelijk samenwerkingspartners aan te trekken. De partners kenden elkaar al een langere tijd. Hierdoor kon gebruik worden gemaakt van de bestaande structuren, zodat er een basis lag voor draagvlak en vertrouwen. Iedereen zag ook het belang in van het doel. Het doel werd redelijk tot hoog gewaardeerd. Door de veelheid van samenwerkingspartners werd ook een grote doelgroep bereikt. Omdat HSL een wijkgerichte benadering had, is er succesvol gebruik gemaakt van het sociale netwerk en de lokale media. Voor beide groepen (hoog risico gedeelte en community gedeelte) zijn er bemoedigende resultaten behaald. Geconcludeerd kan worden dat de interventies een groter effect hadden toen de activiteiten nog gaande waren. Na vijf jaar bleek er nog steeds een positief effect te zijn, al was dat geringer. Alleen op het stoppen met roken was er geen verandering opgetreden. Hierbij moet wel rekening worden gehouden dat HSL begonnen is in 1994. Toen was er nog geen antirookbeleid en aandacht voor een gezondere leefstijl als nu.

Doel (belemmerende factoren)

Het grote aantal samenwerkingspartners werkte als een belemmerende factor. Bij elke partner moest gekeken worden hoe het doel van HSL paste bij de doelstellingen van de eigen

organisatie (win-win situatie creëren). Bijvoorbeeld: de gemeenten hadden geen helder beleidskader en hadden relatief weinig belang bij HSL. De gemeenten moesten echt overtuigd worden dat inzet noodzakelijk was voor HSL. Dat kostte veel tijd en energie. In HSL waren vijf burgemeesters betrokken. Maar er was maar één die echt achter HSL stond. Helaas was hij de burgemeester van een kleinere gemeente. Om politiek draagvlak te behouden is het nodig dat er meerdere personen met politieke invloed achter het project staan.

Middelen en taakverdeling (bevorderende factoren)

Er zijn voor HSL verschillende middelen gebruikt. De inzet van de GGD voor de uitvoering, de inzet van de gemeente voor de financiën en de inzet van de Universiteit Maastricht voor het wetenschappelijk onderzoek. De GGD nam de uitvoering op zich van HSL en coördineerde alles. De GGD heeft veel activiteiten laten ontplooiën op operationeel niveau. De ervaring die werd opgedaan met andere partners was positief, men stond open en nam de tijd om elkaars wereld te leren kennen. Omdat de GGD aansloot bij de bestaande structuren in het veld was er geen weerstand. In een positief economisch klimaat stonden de gemeenten open om HSL financieel te steunen. Vooral de gemeente Meerssen. In Nederland werd er voor het eerst op zo'n groot niveau een wijkbenadering-interventie geïntroduceerd. Het was van belang om onderzoek hiernaar te doen omdat er nog geen gegevens waren van zo'n type interventie. HSL kreeg nationale erkenning van onder andere de minister van VWS en ontving de prefi prijs van WHO als best practice. Toen eenmaal de resultaten bekend waren kreeg HSL ook positieve aandacht van de media.

Middelen en taakverdeling (belemmerende factoren)

Op uitvoeringsniveau ervaren sommige partners dat er teveel nadruk werd gelegd op de targets (meer bewegen, minder vetconsumptie en stoppen met roken) door de GGD. Ze misten hier bewegingsvrijheid om vraaggericht te werken. Tussen de gemeente en GGD was er een stroeve relatie te bespeuren, er was geen goede afstemming, en er heerste een belangenstrijd op bepaalde thema's en ten aanzien van de financiën. Afspraken werden niet nagekomen door de gemeente of anders geïnterpreteerd. Er was gebrek aan leiderschap bij de GGD waardoor standvastigheid en doorzettingsmacht te weinig getoond werd. Ze hadden te weinig oog voor het belang van het bestuurlijk niveau. Op een gegeven moment werd ervoor gekozen dat de fusie tussen de drie Zuid-Limburgse GGD'en het belangrijkste was. De GGD werd hierdoor gedwongen om

terug te keren naar de kern van hun werk. De gemeente had een gebrekkige regierol, ze hadden beperkte fte beschikbaar, er waren veel personele wisselingen waardoor kennis verloren ging. Drie portefeuillehouders vertrokken voordat hun termijn afliep. Na de verkiezingen in 2002 traden er nieuwe wethouders aan. De GGD moest als gevolg hiervan opnieuw draagvlak proberen te winnen. Uiteindelijk bleek dat de portefeuillehouders en ambtenaren te weinig kennis hadden over HSL. Betrokkenheid en politiek draagvlak werd gaandeweg minder. Door de recessie en bezuinigingen op het gemeentefonds heeft de gemeente Maastricht de benodigde middelen van HSL wegbezuinigd. Dit zorgde ervoor dat de samenwerkingsrelatie met de GGD steeds meer op gespannen voet kwam te staan. De uitkomsten van de onderzoeken kwamen te laat voor de besluitvorming in de gemeente Maastricht. Een les die hieruit getrokken werd was dat beleid, wetenschap en uitvoering beter op elkaar moeten aansluiten en beter op elkaars dynamiek moeten inspelen. Het nadeel van preventieprojecten is dat de resultaten pas op langere termijn zichtbaar zijn. En in de tussentijd moet de gemeente toch een beeld krijgen hoe de activiteiten van HSL verlopen. Om ze te overtuigen zijn er tussentijdse cijfers en resultaten nodig. De presentatie van zulke gegevens moet ook aansluiten binnen de gemeentelijke processen. In de tijd van HSL werd pas later door het ministerie van VWS de nieuwe WCPV geïntroduceerd. In de kernboodschap van de VTV 2002 werd duidelijk dat gemeenten meer taken kregen met minder geld. Dit was ook een zoektocht voor de gemeente hoe ze dit moesten aanpakken. Preventie werd pas later een speerpunt in het gemeentelijk beleid. Uiteindelijk heeft de verandering van de politieke context en de bezuinigingen een negatieve invloed gehad op de continuering van HSL.

HSL laat grote overeenkomsten zien met de aanpak in Noord-Karelië in Finland (zie box 1). Het grote verschil is dat Noord-Karelië van regionale schaal op landelijke schaal is geïmplementeerd, terwijl HSL gestopt is. Uit de casus van HSL kan geconcludeerd worden dat ondanks inhoudelijk succes, het ontbreken aan politiek draagvlak en structurele financiering. Deze twee factoren zijn onmisbaar voor een succesvolle langdurige implementatie van een community benadering.

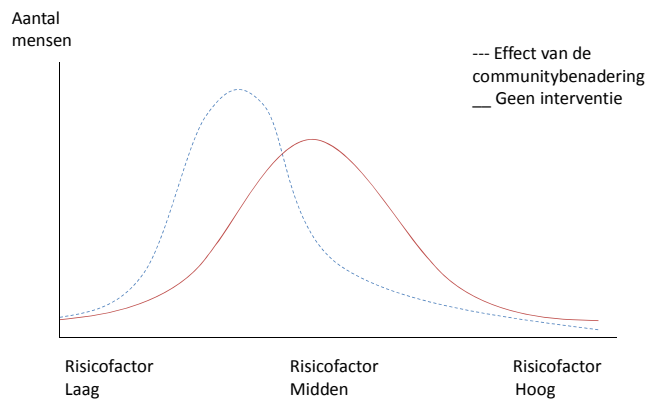
Box 1

Finse regio Noord-Karelië

In de jaren '70 was er in deze regio een extreem hoge sterfte onder jonge mannen door hart- en vaatziekten. De gemeenschap zelf gaf aan dat dit niet zo langer door kon gaan (bottom-up). En er werd een petitie opgesteld die aangeboden werd aan de premier. Dit was het begin van het project. Het doel van het project was in eerste instantie het terugdringen van het aantal doden door hart- en vaatziekten. Later werd dit uitgebreid naar andere chronische aandoeningen en het promoten van gezondheid in het algemeen. Er werd gekozen om zich te richten op primaire preventie om de ziekte te voorkomen door het wegnemen van de oorzaak. Om dit te bereiken werd ingezet op roken, voeding, cholesterol en bloeddruk. Om een groot maatschappelijk effect te bereiken werd gekozen voor een doelgroep van 70% van de bevolking met een gemiddeld risico (community benadering). Om de bevolking te bereiken werd gebruik gemaakt van sociale marketing, gedragsbeïnvloeding en communicatie. Er werden afspraken gemaakt met supermarkten, voedselindustrie, scholen en werkgevers. Huisartsen en specialisten overtuigden hun patiënten van een dieetverandering. Deze aanpak werd ondersteund door scholen, werkgevers en wijkverpleegkundigen (multidisciplinaire samenwerking). Er werd ook veel aandacht besteed aan de economische belangen van verschillende partijen in de regio. De boeren wilden geen verandering in het voedingspatroon (roomboter, eieren en melk). Omdat de overgang op plantaardige olie en margarine een faillissement voor hen betekende. Om de boeren tegemoet te komen zijn landbouwhervormingen doorgevoerd. De boeren werden economisch gestimuleerd om bessen te verbouwen en over te gaan op de productie van koolzaadolie. En de overheid zorgde voor financiële steun voor campagnes om de consumptie van bessen te stimuleren (politieke draagvlak en financiering). Ook werd de voedingsindustrie nauw betrokken. Er werden afspraken gemaakt met de grootste bakkerij in de regio om margarine en plantaardige olie in hun producten te gebruiken in plaats van roomboter. En met de fabrikanten werd afgesproken om het zoutgehalte in voeding terug te dringen (samenwerking met private partijen). Deze integrale aanpak heeft in 15 jaar tijd (1982-1997) (langdurige investering) geleid tot een sterke daling in sterfte (positief resultaat).

In figuur 3.1 hieronder is aangegeven wat het effect is van de communitybenadering: de risicofactor gaat omlaag bij meer mensen.

Figuur 3.1



3.2 Analyse van Hartslag Limburg: de hoogrisico benadering

Doel (bevorderende factoren)

De samenwerking tussen de GGD, huisartsen, het academisch ziekenhuis Maastricht (azM) en de Universiteit Maastricht liep goed. Het was vooral een tweedelijns-setting afgebakend met de afdeling cardiologie en de huisartsenpraktijken. Het was kleiner en overzichtelijker. De betaling voor de leefstijladviseur liep via het azM en de zorgverzekeraar VGZ (nu CZ). De zorgverzekeraar was destijds pionier om mee te betalen aan een preventie interventie. Er is zelf een HSL 2 daar opgezet om de behandelingen te continueren en ook dat heeft VGZ betaald. De resultaten waren op korte termijn positief, op lange termijn was dit in mindere mate het geval.

Doel (belemmerende factoren)

De leefstijladviseurs vonden het moeilijk om op een neutrale manier gesprekken te voeren en adviezen te geven zonder

paternalistisch te zijn. Dit was te merken bij de patiënten. Bij een aanzienlijk deel van de patiënten was er namelijk een weerstand tegen gedragsverandering te constateren. Er was meer aandacht nodig voor de kwaliteit van de uitvoering van de gesprekken met de leefstijladviseur, en voor hoe patiënten hun risico van hartvaatziekte inschatten en hoe zij die inschatting vervolgens gebruikten om al dan niet hun leefstijl te veranderen. Men moet ervan bewust zijn dat mensen van nature weerstand hebben tegen verandering. Al komt dit hun gezondheid ten goede, ze zullen niet gauw gemotiveerd zijn om anders te gaan leven. Daar is meer voor nodig. De aanpak was op korte termijn werkzaam, maar voor de lange termijn zijn er grotere en langdurige gedragsveranderingen nodig voor een effectieve preventie van hart- en vaatziekten.

Middelen en taakverdeling (bevorderende factoren)

De GGD en azM werkte intensief samen wat uiteindelijk heeft geleid tot een verankering van de bestuurlijke samenwerking tussen GGD en azM. Ondanks de bezuinigingen van het azM was de samenwerking met de GGD zo stabiel dat de bezuinigingen geen invloed hadden op de samenwerking. Dit heeft te maken met het bestuur en de visie van azM. De voorzitter van het bestuur nam de besluiten. Hun visie was dat er niet bezuinigd moest worden op noodzakelijke vernieuwingen. En de investering was klein en overzichtelijk. De samenwerking met de Universiteit Maastricht heeft geleid tot vier proefschriften. Door de GGD werden ook twee ethici betrokken die een boek hebben geschreven over HSL. En later hebben ze door het RIVM een evaluatieonderzoek laten doen. Hiermee heeft de GGD wel het doel bereikt dat HSL op verschillende gebieden goed is geëvalueerd.

Middelen (belemmerende factoren)

Er was geen intensieve samenwerking tussen de GGD en de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar had na 2003 geen extra geld beschikbaar voor de continuering. Als er meer betrokkenheid was geweest zou de zorgverzekeraar naar een oplossing gezocht hebben om langer te kunnen investeren.

3.3 Analyse van de Gezonde Wijk Overvecht

Doel (bevorderende factoren)

De dynamiek in de wijk Overvecht is ontstaan doordat een enthousiaste huisarts een visie had en anderen mee kreeg. De professionals in de wijk waren zich heel goed bewust dat er

geen verandering komt als ze vanuit hun eigen kokers blijven werken. En verandering was noodzakelijk. De gg&gd en Agis hebben hierop ingehaakt omdat hun visie hierop aansloot. En gezamenlijk is bekeken wat ze konden doen qua samenwerking en activiteiten. Het grote voordeel van Utrecht is dat de gemeente en GGD één zijn. Naast het politiek netwerk zorgt de samenwerking met Agis ook voor een landelijk netwerk. Voor de samenwerking en uitvoering van activiteiten is er gebruik gemaakt van de bestaande structuren. De partners hebben veel tijd besteed om elkaars wereld te leren kennen en kennis uit te wisselen. Ze zijn klein gestart en gaandeweg zijn er steeds meer samenwerkingspartners bijgekomen. Iedereen heeft belang bij de GWO en er is voldoende draagvlak en vertrouwen in de loop der tijd ontstaan. Ze zijn zich ervan bewust dat een goede en stabiele samenwerking niet over één dag ijs gaat en tijd nodig heeft. Hieraan moet wel continu aandacht besteedt worden. De GWO is ingestoken als een proces en niet als een project. De ontwikkeling om de zz naar gg visie over te brengen op de professionals en inwoners, staat voorop. Met deze multidisciplinaire samenwerking is het haalbaar gebleken om gezondheidswinst te boeken, en om integrale oplossingen te zoeken en integraal beleid te voeren. Aan de andere kant is er ruimte voor professionals om bottom-up activiteiten te ontwikkelen. De veelheid van activiteiten en dat de verschillende organisaties dezelfde boodschap uitdragen zorgt voor een groter effect op de inwoners. Het gaat om de totale aanpak. Ook de niet meetbare aspecten zoals elkaar leren kennen tussen professionals zorgt voor meerwaarde. Wat ook meerwaarde brengt is dat cijfers en de gezondheidsprofielen worden gebruikt om een beter beeld te krijgen wat er in de wijk speelt. Hierdoor kunnen professionals inspringen waar het echt nodig is. Agis en gg&gd werken niet met vooropgezette modellen om de GWO uit te rollen en te verspreiden. Ze zetten in op het proces omdat elke wijk een andere dynamiek, kansen en belemmeringen heeft. Het doel is om de activiteiten structureel in te zetten en te borgen. Verder vormt het convenant tussen de gg&gd en Agis ook een goede basis. Ze zijn zich ervan bewust dat veranderen tijd kost. Het convenant is voor vijf jaar aangegaan over de zittingsperiode van de raad heen. Tevens is afgesproken om langjarig te investeren. Dit is voor de GWO een zekerheid dat ze niet geheel afhankelijk zijn van nieuwe politieke agenda's en belangen.

Doel (belemmerende factoren)

De GWO is een cultuuromslag voor organisaties en professionals. Ze moeten anders kijken, denken en doen, wat ze niet in

hun opleiding hebben meegekregen. Er zijn professionals die gemotiveerd zijn in de nieuwe werkwijze. Maar door de drukte vallen ze snel terug in hun oude patroon. Voordat deze nieuwe werkwijze goed in de vingers zit, is het belangrijk dat de eerstelijns goed georganiseerd is. Dit proces is zich nog aan het ontwikkelen, de ROS speelt hier een belangrijke rol bij. Middelen en taakverdeling (bevorderende factoren). Voor de GWO zijn er verschillende middelen gebruikt. De partners van de GWO uit eerstelijns, welzijn en preventie zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van de activiteiten. Onderzoeken worden gedaan door de universiteit van Amsterdam, de Universiteit van Maastricht en door de gg&gd zelf. De gg&gd en Agis hebben fte ingezet en gebruiken hun politieke en landelijk netwerk. De gg&gd zorgen ervoor dat op bestuurlijk en politiek niveau de projecten van de GWO geborgd blijven. Ze stellen zich flexibel op door open te staan voor aanpassingen van een nieuw gemeentebestuur die een andere visie en insteek heeft op gezondheid. Door de aangekondigde wijzigingen in wet- en regelgeving komen de taken van de gemeente en Agis dichterbij elkaar te liggen. Hierdoor zal het samenwerkingsverband in Utrecht zich nog verder ontwikkelen. Agis en de gg&gd bepalen ieder jaar een gezamenlijke inkoopkoers. De inkoop van selectieve en geïndiceerde preventie wordt door de gg&gd en Agis op elkaar afgestemd.

Middelen en taakverdeling (belemmerende factoren)

Momenteel zijn er veel landelijke ontwikkelingen gaande die vooral gaan over de bezuinigingen en dat de gemeente steeds meer taken krijgt op preventiegebied. Deze ontwikkelingen brengen veel onrust mee bij de organisaties. De prioriteiten binnen de organisaties verschuiven, waardoor er minder belang is voor de activiteiten van de GWO. De financiering van de activiteiten van de GWO is flexibel en creatief verzameld uit verschillende financieringsstromen. Als er op één van die stromen bezuinigd wordt, heeft dat weer invloed op de GWO. En moet er opnieuw naar oplossingen gezocht worden.

3.4 Conclusie

Het is moeilijk om HSL en de GWO met elkaar te vergelijken. HSL speelde zich af in een andere tijd met een andere context dan de GWO. Wanneer we toch proberen te kijken naar de overeenkomsten vallen er twee dingen op. Ondanks dat er positieve resultaten zijn behaald, zijn de projecten erg afhankelijk van de politiek, investeringen en bezuinigingen. Dit komt

doordat de zorg gefinancierd wordt op consulten en niet op preventie. Voor de continuering van zulk soort projecten is er voor preventie een structurele financiering nodig. Een andere overeenkomst is dat uitvoering, beleid en wetenschap allen betrokken zijn en met elkaar moeten samenwerken. Dit vergt dat ze buiten hun eigen kokers moeten gaan werken. Ook dient bij elke sector op alle niveaus (strategisch, tactisch en operationeel niveau) afgestemd en samengewerkt te worden.

Er zijn ook enkele onderscheidende kenmerken die opvallen. De tijd waarin HSL zich afspeelde was niet zo gunstig als bij de GWO het geval was. Nu wordt er veel aandacht besteed aan een gezonde leefstijl, gezond eten, bewegen en stoppen met roken. Ook in de media is er aandacht voor afvallen en risicofactoren. Voorheen was het nog heel normaal om te roken tijdens vergaderingen. Een tweede kenmerk is dat gemeenten nu verantwoordelijk zijn voor gezondheidsbevordering. Dit houdt in dat gemeenten en zorgverzekeraars meer met elkaar moeten samenwerken. Deze verandering in politieke context komt door landelijke politieke ontwikkelingen. Een derde kenmerk is dat bij HSL de zorgverzekeraar zijdelings betrokken was. Bij de GWO speelt de zorgverzekeraar juist een grote rol. Helaas moeten we constateren dat de samenwerking tussen zorgverzekeraars en gemeenten nog niet veelvuldig voorkomt. Als argument wordt gebruikt dat zorgverzekeraars kijken naar hun belangen in een bepaalde regio. Wanneer hun marktaandeel voldoende is in een regio staan ze open voor investeringen. Ook wordt aangegeven dat het voor zorgverzekeraars moeilijk is om met alle gemeenten (418) in Nederland samenwerkingsverbanden aan te gaan. Hier kan de GGD een rol spelen want zowel zij als de zorgverzekeraar zijn regionaal georganiseerd. Een vierde kenmerk is de samenwerking tussen de GGD en gemeente. In HSL was de relatie tussen de gemeenten en GGD slecht, in Utrecht zijn die twee één wat veel voordelen met zich meebrengt. Wel is door de GGD Zuid-Limburg aangegeven dat er sindsdien vele stappen zijn gemaakt in relatiebeheer en dat van beide kanten meer initiatief wordt getoond om elkaar op te zoeken en te gebruiken. Er is lering getrokken uit de gebeurtenissen omtrent HSL. De volgende onderscheidende factor is dat in de GWO integraal samengewerkt wordt op verschillende beleidsterreinen en op een structurele manier. Om mensen met een gestapelde problematiek te helpen is dit noodzakelijk. Zowel de eerstelijns, welzijn, de gg&gd als Agis investeren hierin. In HSL werd met een aantal projecten de samenwerking gezocht met andere sectoren zoals onderwijs, schuldhulpverlening, sportscholen

etc. Maar in de GWO is dit de structurele manier van werken. De laatste factor is dat HSL een onderzoeksproject was en dat de GWO begonnen is bij de professional. In HSL zijn er vanaf het begin metingen gedaan en bij de GWO wordt sinds vorig jaar wetenschappelijk onderzoek gedaan.

4 Conclusie

In hoofdstuk 1 en 2 zijn de twee best practices (Hartslag Limburg (HSL) en Gezonde Wijk Overvecht (GWO)) beschreven. In het volgende hoofdstuk zijn de bevorderende en belemmerende factoren weergegeven. En in dit laatste hoofdstuk worden de conclusies getrokken. In deze achtergrondstudie staan twee vragen centraal: wat zijn de bevorderende en belemmerende factoren van deze voorbeelden? En welke rol heeft de eerstelijns, gemeente, GGD, zorgverzekeraar en VWS bij deze factoren? Hieronder wordt antwoord gegeven op de bovenstaande vragen.

Multidisciplinaire samenwerking is een succesfactor

Voor een succesvolle aanpak is het nodig dat er goed en multidisciplinair samengewerkt wordt. Multidisciplinaire samenwerking is nodig om tot een basisoniveau van samenwerking te komen om de verschillen tussen mensen en organisaties te overbruggen. Maar wat houdt deze samenwerking in (A en B) en wat is er voor nodig (C)?

A) Samenwerking tussen domeinen en op verschillende niveaus

De samenwerking moet plaatsvinden tussen zorggroepen (huisarts, fysiotherapeut, diëtist, cardioloog etc.), maar ook buiten de zorgdomeinen. Bijvoorbeeld met de gemeente, GGD, zorgverzekeraar, welzijn, onderwijs, sportscholen etc.. De samenwerking moet ook tussen verschillende niveaus plaatsvinden. Op praktisch, management en op bestuurlijk niveau in een organisatie, tussen organisaties, die zowel binnen als buiten de zorgdomeinen vallen. Er is continue relatiebeheer nodig om deze samenwerkingsvormen in stand te houden.

B) Gemotiveerde professional en vele samenwerkingspartners

Een voorwaarde voor succes is dat de professionals in de wijk het nut en de noodzaak inzien voor multidisciplinair samenwerking om samen veranderingen in de wijk te brengen. Met gemotiveerde professionals kunnen de vele obstakels overwonnen worden. Om zoveel mogelijk mensen te kunnen bereiken in een wijk of regio zijn er veel samenwerkingspartners nodig.

C) Overige eisen voor een succesvolle samenwerking

Multidisciplinaire samenwerking vergt ook het volgende: bottom-up aanpak, tijd, doel, visie, gemeenschappelijk belang,

duidelijkheid over het eigen belang, draagvlak, vertrouwen, regie, kennisuitwisseling, informatie-uitwisseling, aansluiting bij bestaande structuren, overleggen, afstemming, netwerk, begrip, respect, luisteren naar elkaar, relatiebeheer en bewust zijn van cultuurverschillen.

Belemmeringen en de rolverdeling

Hieronder wordt beschreven wat de belemmeringen zijn van de eerstelijns, gemeente, GGD, zorgverzekeraar en van VWS. Daarnaast wordt aangegeven welke verantwoordelijkheid ze moeten nemen om deze belemmeringen op te lossen.

De eerstelijnsorganisatie

De belemmeringen binnen de eerste lijn zijn:

- de geleerde werkwijze past niet meer bij de huidige problematiek,
- ze zijn erg gericht op hun eigen praktijk;
- ze zijn niet goed georganiseerd.

De rol van de eerstelijnsorganisatie is om hun werk op een andere manier uit te voeren. Werken vanuit een andere visie met het oog op de gezamenlijke doelstelling en met andere partijen. Hiervoor is het belangrijk om zich goed te organiseren zodat hun netwerk versterkt wordt en dat er één aanspreekpunt komt voor de andere partners. Met één aanspreekpunt kunnen problemen vlug worden opgepakt en besproken.

GGD en gemeente

De belemmeringen van de GGD en gemeente zijn:

- geen eenheid en consensus in de samenwerking wanneer de GGD meerdere gemeenten bedient;
- geen politiek draagvlak voor de preventie activiteiten van de GGD;
- de GGD mist een politiek bestuurlijke antenne;
- politieke besluitvorming is gericht op korte termijn, terwijl preventie gericht is op lange termijn.

Bijvoorbeeld de GGD Rotterdam-Rijnmond bedient 19 gemeenten, terwijl de GGD van Utrecht alleen werkzaam is voor de gemeente Utrecht. Het werkgebied van GGD Rotterdam-Rijnmond valt samen met de veiligheidsregio Rotterdam-Rijnmond. En uiteindelijk zullen er 25 regionale GGD'en komen die gekoppeld zijn aan de veiligheidsregio. Daarom is het van belang dat de GGD en gemeente een goede samenwerking hebben en dat zij op één lijn zitten. De afstand tussen

de GGD en gemeente en het feit dat de GGD meerdere gemeenten bedient, moet geen rol spelen. Er moet actief gewerkt worden aan eenheid en consensus in de samenwerking. De gemeente moet zich meer richten op preventie en daarvoor is er politiek draagvlak nodig. Dit draagvlak moet niet afhankelijk zijn van de politieke agenda van wethouders. Van de GGD wordt verwacht dat zij de gemeente tijdig en frequent informeren over de voortgang en resultaten, oog hebben voor de beleidscyclus en een antenne hebben voor de politiek bestuurlijke sensitiviteit. Anderzijds moet de gemeente zich bewust zijn dat de resultaten van preventie pas op langer termijn zichtbaar worden. En hiermee moet rekening worden gehouden in de politieke besluitvorming.

De zorgverzekeraar

De belemmeringen van de zorgverzekeraar zijn:

- ze zijn niet verplicht te investeren in preventie;
- ze investeren alleen als ze een groot marktaandeel van verzekerden hebben in een regio.

Gelukkig nemen zorgverzekeraars steeds meer hun maatschappelijke verantwoordelijkheid in preventie, maar dit is nog te vrijblijvend. Helaas zijn ze niet geneigd te investeren in een gebied met een klein marktaandeel omdat andere verzekeraars zullen profiteren van hun investering. Maar dit zou geen belemmering moeten zijn.

Rol van VWS

Een ander probleem dat voor de hele zorg geldt, is dat de incentives voor preventie ontbreken in ons zorgstelsel. En hiervoor zal VWS ruimte moeten maken in de wet- en regelgeving.

Conclusie

Uit het bovenstaande kunnen we concluderen dat multidisciplinaire samenwerking, politiek draagvlak en structurele financiering voor preventie noodzakelijk zijn. Ze zijn met elkaar verweven en even belangrijk.

Aanbevelingen

- Uit de studie komt naar voren dat een GGD die meerdere gemeenten bedient, meer belemmeringen heeft dan een GGD die onderdeel is van één gemeente en dus één gemeente bedient. Om deze belemmeringen tegen te gaan is het belangrijk dat er meer samenhang komt in de verhouding tussen GGD en gemeenten. Dit vraagt om een nauwere samenwerking

waarbij eenheid en consensus is. Om dit te bereiken is relatie-beheer noodzakelijk op uitvoerings-, beleid- en bestuurlijk niveau.

- Het blijkt ook dat zorgverzekeraars niet in preventie willen investeren als ze een kleiner marktaandeel van verzekerden hebben. Een oplossing hiervoor zou zijn dat de marktleider van een regio het initiatief moet nemen (bijna elke regio heeft wel een marktleider). In regio's waar verzekeraars een even groot aandeel hebben zou de GGD een coördinerende rol kunnen spelen. Door preventie aan te wijzen als een publieke taak kan de GGD extra geld beschikbaar stellen voor zorgverzekeraars om in preventie te investeren.
- Voorbeelden als HSL, GWO en Karelle in Finland⁴ bewijzen dat een community benadering voor preventie gezondheids-winst oplevert en kosteneffectief is. Door het aantonen van goede resultaten door gedegen evaluatieonderzoek moet de politiek overtuigd zijn om te investeren in preventie. De gemeente moet juist de samenwerking opzoeken om zulke soort initiatieven langdurig te stimuleren en te ondersteunen.
- Om gemeenten en zorgverzekeraars te prikkelen om in preventie te investeren zal er een structurele financiering nodig zijn. In het advies Preventie van welevaartsziekten en de achtergrondstudie over de health premium wordt ingegaan op de mogelijke oplossingen.

Noten

- ¹ Zie box 1 op blz. 31.
- ² In Utrecht stad is de GGD en gemeente nog één. De GGD is onderdeel van de gemeente. Het is één en dezelfde organisatie. Ze zitten ook in één gebouw. Deze GGD werkt ook voor één gemeente (Utrecht stad).
- ³ De wijkgezondheidsprofielen geven informatie over thema's als lichamelijke en psychosociale gezondheid, leefstijl, fysieke en sociale leefomgeving, behoefte aan gezondheidsinformatie en voorzieningen in de buurt en het zorggebruik. (www.utrechtgezond.nl).
- ⁴ Zie box 1 op blz. 31.
- ⁵ HSL won in maart 2001 de nationale Preffi-prijs en een internationale prijs van de WHO.
- ⁶ Gedetailleerde beschrijving is te vinden in het proefschrift van Ruland (2008).
- ⁷ Grote Stedenbeleid: landelijk beleidskader gericht op de problematiek van de circa dertig grootste steden (minimaal 100.000 inwoners met financiering en uitgebreide regelgeving vanuit Den Haag).

Bijlage 1

Lijst van geconsulteerden

de heer Jos Breit - Verbond van verzekeraars
mevrouw Anne Derksen - VNG
mevrouw Gertrude van Driesten - VNG
de heer Arthur Eyck - ZonMW
mevrouw Margriet Germing - VWS
de heer Geert van Hoof - CZ
mevrouw Nienke Hulshof - ROS Raedelijk
mevrouw Anja Koornstra - GGD Nederland
de heer Fons Prince
mevrouw Sabine Quak – Gemeente Utrecht/gg&gd
mevrouw Jantine Schuit - RIVM
mevrouw Mieke Steenbakkers - GGD Zuid Limburg
mevrouw Katinka Vissher - ROS Raedelijk
mevrouw Ellen van der Vorst - AGIS Zorgverzekeringen
mevrouw Petra van Wezel - Overvecht Gezond

Bijlage 2

Bestuurlijk proces van de community benadering van Hartslag Limburg

HSL was gestart en de samenwerking verliep vlot, totdat begin 2000 de eerste obstakels op de weg kwamen. Een steeds terugkerend obstakel was dat de gemeenten aangaven dat zij onvoldoende financiën hadden. Er werden allerlei pogingen gedaan om tot een oplossing te komen. De Hartstichting heeft zich in stilte garant gesteld voor een half jaar. Uiteindelijk in de zomer van 2001, stemden de gemeenten alsnog in met aanvullende subsidie voor de periode 2001-2003.

Begin 2003 kondigde het kabinet forse bezuinigingen aan op het gemeentefonds. Dit heeft ertoe geleid dat in vele gemeenten de financiering van de GGD ter discussie kwam te staan. In het voorjaar van 2003 lukt het de GGD om HSL opgenomen te krijgen in de conceptnota van de gemeente Maastricht, waarin staat dat de preventieactiviteiten ondergebracht worden in de reguliere taken van de GGD. De andere gemeenten namen dit ook over. Maar vooral twee andere onderwerpen hielden de gemeenten bezig: het financieel rond krijgen van hun begroting en de groeiende consensus over een fusie tussen de drie Zuid-Limburgse GGD' en. In mei 2003 vertrekt de directeur van de GGD en wordt hij opgevolgd door een interim-directeur. De belangrijkste taak voor de directeur was het voorbereiden van de fusie.

In de tweede helft van 2003 vindt er een negatieve wending plaats voor HSL. Tijdens de bezuinigingsvoorstellen wordt besloten om een gedeelte van het budget te schrappen. Ook wordt gemeld dat de gemeente Maastricht minder geld beschikbaar zal hebben voor de GGD als geheel. Besloten wordt om de beschikbare energie in te zetten op de gemeenten, het welzijnswerk en het ziekenhuis. De samenwerking van HSL met de huisartsen wordt afgerond. Op een andere bijeenkomst wordt ook voorgesteld om op HSL te bezuinigen. Maar door toeval is de GGD niet op de hoogte van deze bijeenkomst. Hierna heeft de directeur van de GGD in een spoedoverleg dit bestreden, en gewezen op (inter)nationale erkenning⁵ en het lokale belang van HSL.

De directeur van de GGD en de projectleider hebben een gesprek met een portefeuillehouder die in het dagelijks bestuur kritisch is vooral over de steeds maar toenemende financiële claims van HSL. Uit het gesprek blijkt dat de portefeuillehouder een verkeerd beeld heeft gekregen door foutieve informatie die onder andere aangereikt is door de afdeling financiën van de GGD. De misverstanden worden uit de wereld geholpen.

In een volgend raadsvergadering van Maastricht wordt besproken om op de bijdrage vanuit het welzijnswerk aan HSL te bezuinigen. De plaatsvervangend portefeuillehouder geeft aan dat hij overtuigd is dat de GGD door de inhoud van haar werk de functie van het welzijnswerk goedkoper kan vervullen. Uiteindelijk keurt de gemeenteraad het bezuinigingspakket definitief goed. Een dag later wordt in het Algemeen Bestuur het productenboek 2004 van de GGD juist feestelijk aanbeveelt. In één van de presentaties wordt uitgebreid ingegaan op de redenen achter het GGD-voorstel om de methode van HSL als nieuwe standaard binnen het wettelijk product GVO (gezondheidsvoorlichting en opvoeding) op te nemen. De directeur van de GGD beslist dat er geen protestsignaal (ook niet gezamenlijk met het welzijnswerk) over de bezuiniging wordt afgegeven. Ook wordt het voorstel voor een nieuwsbrief over HSL afgewezen. In zijn ogen is de relatie met de gemeente Maastricht gespannen vanwege een aantal belangrijkere dossiers (fusie en de herziening van de tariefstructuur vanwege de omschakeling van input- naar productbegroting). Het is allemaal te gevoelig in de huidige situatie.

Verder heeft de GGD intensief contact met de gemeente Margraten, omdat er veel kritiek was vanuit het CDA dat HSL weggegooid geld is. De nota wordt aangepast aan de kritiek uit de commissie. In die periode brengt VWS een concept preventienota uit. Op deze nota wordt op landelijk niveau scherp gereageerd. Het commentaar van VNG en GGD Nederland is dat landelijk en gemeentelijk beleid onvoldoende op elkaar aansluiten. Landelijk zijn er meer ambities, maar voor de uitvoering door gemeenten is geen extra geld. Ook brengt de Inspectie voor de Volksgezondheid een algemeen toezichtbezoek aan de GGD. Het rapport vermeldt dat de GVO functie binnen de GGD is uitzonderlijk goed ontwikkeld is, maar dat de relatie met de gemeenten stroef verloopt. De inspectie geeft aan dat hier een taak ligt voor de GGD om de gemeentebestuurders op een politiek sensitieve manier duidelijk te maken wat het belang is van de activiteiten van de GGD.

De relatie tussen de GGD en de gemeente Maastricht blijft moeizaam. In maart keurt de raadscommissie de begroting voor 2004 af. Ook de andere gemeenten willen op HSL gaan bezuinigen. In maart krijgt HSL plots de wind in de rug. Begin april meldt het RIVM vertrouwelijk dat er mooie effectresultaten zijn gevonden. De resultaten worden onder de aandacht gebracht van bestuurders en ambtenaren en is voorpagina nieuws van de Volkskrant. Voor de vergadering van de raadscommissie van Margraten komen de cijfers nog net op tijd. Het lokale CDA blijft kritisch, maar is uiteindelijk overtuigd van de resultaten.

Begin juni 2004 stapt de portefeuillehouder van Maastricht op na aanhoudende conflicten met de gemeenteraad. In juli maakt de directeur tegelijk met de komst van de opvolger bekend dat de GGD zwaar in de problemen zit. De boodschap van het bestuur is om gezond de fusie in te gaan. Dit betekent dat de GGD zich alleen moet richten op de kerntaken. Het product lokale gezondheidsbevordering komt in de plaats van HSL en wordt meegenomen in de fusieplannen.

Op 20 januari 2005 sluiten VNG, GGD Nederland en NIGZ een convenant ter ondersteuning van gezondheidsbevordering op lokaal niveau. De regio Zuid-Limburg wordt gekozen als één van de drie voorbeeldregio's waar men een vierjarige samenwerking mee wil opbouwen. Begin april 2005 worden ook de uitkomsten bekend van de kosteneffectiviteitsstudie. Ook deze cijfers blijken gunstig. In de loop van juli 2005 keuren de betrokken 19 gemeenten het fusiebesluitdocument voor het samengaan van de drie Zuid-Limburgse GGD' en goed (Ruland, 2008).

Bijlage 3

Tabel 1 Schematische weergave van het financieringsproces van de community benadering van Hartslag Limburg⁶

Periode	Financiële ontwikkeling
Eind 1997	Een schriftelijke intentieverklaring van de Hartstichting overtuigde de gemeente om de inzet van GGD en welzijnswerk aanvullend te subsidiëren. Als de samenwerking haalbaar en productief zou zijn, dan zouden de gemeente en regionale partners na drie jaar de bijdrage van de Hartstichting overnemen.
Eind 1997	Gemeente Maastricht gaf vanaf het begin aan dat zij onvoldoende middelen hadden, dus werd er gebruik gemaakt van tijdelijke regelingen en tijdelijke gelden van het Grote Stedenbeleid ⁷ .
2000	De gemeenten gaven aan geen voldoende gelden te hebben om de gezondheidswerkgroepen in stand te houden. De Hartstichting stelde zich in stilte garant.
Zomer 2001	De gemeenten stemden toe tot een aanvullende subsidie voor 2001-2003.
2001	De bijdrage van de Hartstichting stopte en werd overgenomen door de gemeenten.
Begin 2003	Het kabinet kondigt forse bezuinigingen aan op het gemeentefonds.
Begin maart 2003	Gemeente Maastricht moet €33 miljoen bezuinigen.
Eind maart 2003	Alle gemeenten melden dat ze moeite hebben om hun begroting rond te krijgen.
9 juli 2003	Het budget van welzijnswerk van HSL wordt geschrapt: €91.000 (jaarlijks) en ook de subsidie van het Grote Stedenbeleid.
Zomer 2003	Op landelijk niveau is er geen duidelijkheid over de continuering van de financiering van praktijkondersteuners.
29 september 2003	In de raadscommissie Breed Welzijn hebben enkele portefeuillehouders voorgesteld om op HSL te bezuinigen.
Oktober 2003	De totale bezuiniging voor HSL komt uit op €160.000. Dat is het totale budget voor de uitvoering van HSL in de gemeente Maastricht. Oorzaak hiervan is, dat de gemeente HSL heeft geschrapt uit de lijst van doorlopende Grote Stedenbeleid-projecten zonder overleg met de GGD.

14 oktober 2003	De gemeenteraad keurt het bezuinigingspakket goed.
Oktober 2003	In de conceptbegroting is het voorgestelde investeringsbedrag €51.000.
19 november 2003	In een overleg met de GGD en gemeente ambtenaren komt naar voren dat de bezuiniging van €91.000 niet had gemogen. Er wordt een brand-brief gestuurd, maar de wethouder Maastricht komt niet terug op de begroting die door de raad is vastgesteld.
Januari 2004	De gemeente Maastricht wil graag een aangepast product van HSL af-nemen. De GGD stelt een compromis voor waarin €65.000 van de €160.000 bezuiniging opgevangen wordt.
17 februari 2004	De gemeente Maastricht meldt dat ze geen extra middelen hebben, maar wel het product willen afnemen ondanks de bezuinigingen.
15 maart 2004	De raadscommissie keurt de GGD begroting voor 2004 af, vanwege onvoldoende financiële transparantie.
Maart 2004	De gemeente Valkenburg wil bezuinigen op de GGD en noemt daarbij HSL. Het tekort loopt op tot €180.000. Als reactie hierop wil de ge-meente Meerssen en Eijsden niet als enige buitenproportioneel gaan bijdragen.
April 2004	De raadscommissie stemt toe met het Lokaal Gezondheidsbeleid 2003-2007 met daarin €48.000 voor lokale gezondheidsbevordering.
11 mei 2004	De raad van de gemeente Margraten geeft goedkeuring aan de begroting van 2004, het productenboek en de nota lokaal gezondheidsbeleid.
Eerste helft 2004	In de lente en zomer 2004 vinden moeizame onderhandelingen plaats met de gemeenten over het product lokale gezondheidsbevordering in de begroting van 2005.
22 juli 2004	Er wordt bekend gemaakt dat de GGD zwaar in de problemen zit: door verschillende oorzaken is er een tekort van €800.000. Voor HSL wordt op het budget van €419.000 in totaal €180.000 ingekrompen. Het pro-duct lokale gezondheidsbevordering komt in plaats van HSL.

Bijlage 4

Literatuurlijst

- Bemelmans, W.J.E., et al. Interventies ter preventie van overgewicht in de wijk, op school, op het werk en in de zorg: Een verkennende studie naar de effecten. Rapport RIVM 260301005/2004. Bilthoven: RIVM, 2004.
- Bransen, A., et al. ZN dossier 3. S.I.: s.n., 2011.
- Goot, K. van der, et al. Gezond gewicht Overvecht: Resultaten van een uniek samenwerkingsproject. S.I.: s.n., 2010.
- Gout, A.M. Gezonde leefomgeving. Gezondschift, 20, 2010, no. 3, p. 7-8.
- Harting, J. Individual lifestyle advice: development, implementation, and evaluation within the Hartslag Limburg cardiovascular prevention project. Proefschrift, Maastricht. S.I.: s.n., 2005.
- Horstman, K en R. Houtepen. Worstelen met gezond leven: ethiek in de preventie van hart-en vaatziekten. Amsterdam: Het Spinhuis, 2005.
- Kreule, J. Gezond Gewicht Overvecht. Gezondschift, 20, 2010, no. 3, p. 1-3.
- Utrecht gezond!: actieplan fase 2, 2011-2013. Utrecht: s.n., 2011.
- Utrecht gezond! 2008-2013: Utrecht Overvecht wijkgezondheidsprofiel 2010. S.I.: s.n., 2010.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Zorg voor je gezondheid! Gedrag en gezondheid: de nieuwe ordening. Den Haag: RVZ, 2010.
- Rhonda, G.M. The Dutch Heart Health Community Intervention 'Hartslag Limburg': An Evaluation. Proefschrift Maastricht. S.I.: s.n., 2003

Ronckers, E.T. Economic evaluation of prevention programs for cardiovascular diseases. Proefschrift Maastricht. S.I.: s.n., 2007.

Ruland, E.C. Bestuurlijke verankering van innovaties in de openbare gezondheidszorg: lessen uit de casus Hartslag Limburg. Proefschrift Maastricht. Woerden: Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie, 2008.

Schuit, A. J., et al. Effect van 5 jaar community interventie Hartslag Limburg op risicofactoren voor hart- en vaatziekten. Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen, 85, 2007 no. 1, p. 32-36.

Wendel-Vos, G.C.W., et al. Kosteneffectiviteit en gezondheidswinst van behalen beleidsdoelen bewegen en overgewicht: Onderbouwing Nationaal Actieplan Sport en Bewegen. Rapport RIVM 260701001/2005. Bilthoven: RIVM, 2005.

Wiersma, S en P. van Wezel. Happinez: Zorg- en welzijnsprofessionals in de Utrechtse wijk Overvecht geven opnieuw richting aan complexe, vastgelopen of belastende hulpverleningssituaties. Utrecht: s.n., 2010.

www.raedelijn.nl

www.utrechtgezond.nl

www.agisweb.nl

www.utrecht.nl