

SAMEN WERKEN

aan gezondheids-
bevordering

Mini-toolkit
voor gemeenten en zorgkantoren

Samenwerken aan zorg en ondersteuning



INHOUDSOPGAVE

1. Introductie	2
2. Het preventiedebat	3
Methoden om de gezondheid te bevorderen	3
De effectiviteit van maatregelen	4
De institutionele context en beleidsmatige ontwikkelingen rondom gezondheidsbevordering	5
Gezondheidsbevordering als samenwerkingsvraagstuk	7
3. Mogelijkheden en aanrijpingspunten	9
Kennisdeling	9
Afstemming van beleid	10
4. Goede voorbeelden	11
4.1 Utrecht & Agis	11
4.2 Rotterdam & Achmea	12
4.3 Zwolle & Achmea	13
4.4 Enschede/Twente & Menzis	14

1



SAMEN WERKEN
aan zorg en ondersteuning

versie 1 - maart 2011

1. INTRODUCTIE

Preventie en gezondheidsbevordering is 'in'. Om de volksgezondheid te bevorderen en ook de uitdijende kosten van de gezondheidszorg terug te dringen pleiten velen ervoor om niet alleen zieke mensen beter te maken, maar ook om ernaar te streven gezonde mensen zo lang mogelijk gezond te houden. Dat kan door de maatschappelijke randvoorwaarden voor een goede gezondheid op orde te brengen, inspanningen te verrichten om het ontstaan en de verspreiding van ziektes te voorkomen en een gezonde leefstijl te bevorderen.

Het bevorderen van een gezonde leefstijl is echter niet gemakkelijk, stelt het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM, 2010) in haar vierjaarlijkse Volksgezondheid Toekomst Verkenning. Volgens het RIVM, het overheidsinstituut dat het volksgezondheidsbeleid van wetenschappelijke onderbouwing en evaluatie voorziet, speelt een aantal dilemma's een rol:

- burgers zijn vrij in hun keuzes,
- er zijn maar weinig interventiemethoden waarvan het effect is bewezen,
- de verschillende partijen die iets kunnen om de gezondheid te bevorderen weten elkaar maar moeizaam te vinden terwijl juist een aanpak nodig is die aansluit bij de (domeinoverstijgende) leefwereld van mensen.

Door deze problemen zijn volgens het RIVM de eerder op Rijksniveau vastgestelde preventiedoelen, zoals het terugdringen van het aantal rokers en het bevorderen van een gezonde leefstijl, nog maar zeer beperkt gerealiseerd.

Samenwerking tussen gemeenten (verantwoordelijk voor de Wmo en Wpg en traditioneel goed op de hoogte van de leefwereld van de bevolking van wijken, dorpen en steden) en zorgkantoren/zorgverzekeraars (verantwoordelijk voor de AWBZ en ZvW en met veel kennis over de zorg) kan een domeinoverstijgende aanpak dichtbij brengen. Beide partijen hebben hun eigen taken op het gebied van een gezonde leefstijl en door samenhang aan te brengen in hun beleid en activiteiten zijn betere resultaten te boeken bij bevordering van een gezonde leefstijl. Beide partijen hebben ieder eigen kennis op het gebied van de volksgezondheid en effectieve interventies. Met gebruikmaking van deze gezamenlijke kennis is een gebieds – en/of doelgroepgerichte aanpak mogelijk ter voorkoming van gezondheidsproblematiek. Tenslotte kan samenwerking helpen om het probleem te overkomen dat de baten van inspanningen van de één neerdalen bij de ander: door gezamenlijke afspraken te maken kunnen activiteiten ondernomen waar soms de één, soms de ander, maar uiteindelijk beide partijen van profiteren.

Deze mini-toolkit biedt daarom een handreiking aan gemeenten en zorgkantoren/zorgverzekeraars voor gezamenlijke inspanningen om de gezondheid te

bevorderen. Eerst wordt het debat over gezondheidsbevordering beschreven: wat wordt onder preventie begrepen, wat is de wettelijke context, wat zijn beleidsontwikkelingen en welke dilemma's spelen. Vervolgens wordt voor een tweetal thema's een aantal aanknopingspunten voor gezondheidsbevordering aangegeven: een gezonde leefstijl en de geestelijke gezondheid (GGz). Daarna volgt een aantal goede voorbeelden. Deze toolkit eindigt met een gespreksagenda voor het gezamenlijke gesprek tussen zorgkantoor/zorgverzekeraar en gemeente.

2. HET PREVENTIEDEBAT

3

Het gaat redelijk goed met de gezondheid van de Nederlandse bevolking, zo blijkt uit de meest recente Volksgezondheid Toekomst Verkenning (RIVM, 2010) die iedere vier jaar door het RIVM wordt gemaakt als grondslag voor het Nederlandse volksgezondheidsbeleid. Zo steeg de levensverwachting tussen 2003 en 2008 met 2 jaar (tot 78,3 jaar en 82,3 voor respectievelijk mannen en vrouwen). Toch is er geen enkele reden om gas terug te nemen in het gezondheidsbeleid. Want waar Nederland eerder tot de gezondste landen van Europa behoorde zijn we op achterstand geraakt. Zo ligt de levensverwachting in Nederland lager dan in omliggende landen en is sprake van relatief veel ongezond gedrag (roken, ongezonde voeding en weinig beweging). Ook zijn er grote gezondheidsverschillen tussen hoger opgeleiden en lager opgeleide burgers: laag opgeleiden leven gemiddeld 14 jaar (!) korter zonder beperkingen dan hoog opgeleiden. Het terugdringen van deze problemen is niet alleen in het belang van de volksgezondheid, maar volgens het RIVM ook onontbeerlijk voor de economische slagkracht van ons land, mede gelet op de vergrijzing. Ongezondheid kost immers geld in de (toch al immer duurder wordende) gezondheidszorg, gezondheid levert geld op dankzij een hogere arbeidsparticipatie en -productiviteit.

METHODEN OM DE GEZONDHEID TE BEVORDEREN

Als wordt gesproken over maatregelen om de gezondheid te bevorderen is vaak sprake van begripsverwarring: een breed scala aan maatregelen wordt ermee bedoeld. In tabel 1 zijn een aantal gangbare indelingen weergegeven, ontleend aan een indeling van definities van preventie zoals omschreven door het RIVM (2010: p.66). De indeling laat zien dat onder het beleid om de gezondheid te bevorderen een rijk apparaat van begrippen en methoden schuilgaat; in het vervolg van deze mini-toolkit worden al deze begrippen aangeduid onder de noemer gezondheidsbevordering.

Tabel 1. Indelingen van preventie.

Indeling naar...	Titel	Omschrijving
Type maatregel	Gezondheidsbescherming	Maatregelen die, zonder betrokkenheid van burgers, systematisch en routinematig worden genomen
	Ziektepreventie	Maatregelen die specifiek zijn gericht op het voorkomen van bepaalde gezondheidsproblemen
	Gezondheidsbevordering	Maatregelen die zijn gericht op de fysieke en maatschappelijke omgeving en leefwijze van individuen en groepen
Fase in het ziekteproces	Primaire preventie	Heeft als doel het ontstaan van een ziekte te voorkomen
	Secundaire preventie	Heeft als doel ziekte in een vroeg stadium op te sporen en te behandelen
	Tertiare preventie	Heeft als doel verergering van een ziekte te voorkomen en nadelige gevolgen te compenseren
Doelgroep	Universele preventie	Richt zich op de gehele bevolking
	Selectieve preventie	Richt zich op groepen die een verhoogd risico lopen op het ontstaan van ziektes
	Geïndiceerde preventie	Richt zich op individuen die nog geen ziekte hebben maar daar wel een verhoogd risico op lopen
	Zorggerelateerde preventie	Richt zich op individuen die reeds een ziekte hebben

4

DE EFFECTIVITEIT VAN MAATREGELEN

Volgens het RIVM kan elk van de verschillende methoden een effectieve bijdrage leveren aan het bevorderen van de gezondheid; een aantal maatregelen is ook bewezen effectief. Met betrekking tot *gezondheidsbescherming*, hebben maatregelen op het gebied van hygiëne, schoon drinkwater en betere huisvesting een belangrijke bijdrage geleverd aan het voorkomen van infectieziekten; dat is natuurlijk nog steeds zo. Met betrekking tot *ziektebescherming* pleit men voor blijvende inzet op screening en vroegtijdige vaccinatie om zo het ontstaan en de verergering van ziekten, zoals hart- en vaatziekten en bepaalde vormen van kanker, te voorkomen. En met betrekking tot de *gezondheidsbevordering*

hebben (op lokaal niveau) omgevingsinterventies en gerichte leefstijlinterventies ("geïndiceerde" en "selectieve preventie") de beste papieren. Het RIVM pleit er daarbij voor om aan te sluiten bij cruciale momenten in de levensloop van mensen, zoals de zwangerschap, de overgang van studeren naar werken en de pensionering. Daarnaast pleit men voor de identificatie van hoogrisicogroepen om daar selectieve interventies op te richten. Ook is het belangrijk om aan te sluiten bij de leefwereld van die risicogroepen en daarom ook private partijen (producenten van etenswaren; werkgevers) en semi-publieke partijen (onderwijsinstellingen; sportverenigingen) bij de aanpak te betrekken.

Pricewaterhouse Coopers (2010) toonde onlangs aan dat beleid om de gezondheid te bevorderen lonend kan zijn voor de samenleving als geheel. Op basis van internationaal wetenschappelijk onderzoek naar leefstijlinterventies woog men de positieve effecten (lagere zorgconsumptie; hogere arbeidsproductiviteit) en negatieve effecten (kosten van interventies; hogere zorgconsumptie als gevolg van langere levensduur) tegen elkaar af. Men stelt dat iedere euro die wordt geïnvesteerd in interventies om roken, overmatig alcoholgebruik en een ongezonde levensstijl tegen te gaan, op collectief niveau respectievelijk 2,20, 2,80 en 1,30 euro oplevert. Wel geldt een aantal randvoorwaarden: een scherpe doelgroepselectie en een brede benadering waarbij meerdere maatregelen worden genomen.

5

DE INSTITUTIONELE CONTEXT EN BELEIDSMATIGE ONTWIKKELINGEN RONDOM GEZONDHEIDSBEVORDERING

Voor succesvolle gezondheidsbevordering is een brede aanpak noodzakelijk en dat impliceert de betrokkenheid van veel partijen. Het betreft partijen binnen het domein van de volksgezondheid (gemeenten, zorgverzekeraars en zorgkantoren) maar ook partijen erbuiten.

Gemeenten zijn, sinds de invoering van de Wet publieke gezondheid (Wpg), verantwoordelijk voor de publieke gezondheidszorg. De publieke gezondheidszorg heeft tot doel de gezondheid van (nog) gezonde burgers te bevorderen en beschermen. Het kan daarbij gaan om collectieve preventie gericht op de algehele bevolking (universele preventie) of gericht op specifieke groepen daarbinnen (selectieve preventie). Gemeenten moeten op deze beleidsterreinen hun prioriteiten bepalen en zijn daarom verplicht iedere vier jaar een lokaal gezondheidsbeleid op te stellen. Het Rijk biedt houvast voor dat beleid door iedere vier jaar een landelijke nota voor de Publieke Gezondheidszorg op te stellen, waarin landelijke prioriteiten in een landelijk actieprogramma zijn vertaald. De laatste editie stamt uit 2007 onder de titel "Kiezen voor gezond leven". In die nota is een vijftal speerpunten voor het gezondheidsbeleid vastgesteld: roken, schadelijk alcoholgebruik, depressie, diabetes en overgewicht. Om de

beleidsontwikkeling rondom die vijf thema's te stimuleren, zijn handreikingen aan gemeenten ontwikkeld en is het Centrum Gezond Leven opgestart om effectieve preventie-activiteiten te onderzoeken. Via de website van dat Centrum (www.loketgezondleven.nl) is inmiddels een database van landelijke interventies beschikbaar. Ook is op die website de vierjaarlijkse handleiding Gezonde Gemeente te vinden; de meest recente versie is in oktober 2010 uitgebracht.

Ook zijn gemeenten verantwoordelijk voor de uitvoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Deze wet is erop gericht dat iedereen kan meedoen in de samenleving, en is specifiek gericht op burgers met een (lichte) fysieke of psychosociale beperking. Gemeenten hebben op grond van de Wmo een verantwoordelijkheid om de psychosociale gezondheid van burgers te bevorderen. Om dit te doen kunnen gemeenten activiteiten aanbieden die ook vallen onder universele en selectieve preventie (denk bijvoorbeeld aan collectieve welzijnsactiviteiten om depressie te voorkomen). De gemeente kan ook individuele voorzieningen bieden, gericht op het voorkomen van ziekte bij burgers met beginnende gezondheidsklachten (geïndiceerde preventie) of gericht op het voorkomen van verergering of complicaties bij burgers met aandoeningen of beperkingen (zorggerelateerde preventie).

Zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor de inkoop van *curatieve gezondheidszorg* voor hun eigen verzekerden (vastgelegd in de ZvW). Zij hebben daarom belang bij gezondheid van hun eigen verzekerden. Sommige verzekeraars ondernemen ook activiteiten om die gezondheid te bevorderen, bijvoorbeeld door gezondheidsbevorderende activiteiten te vergoeden en hun verzekerden te stimuleren tot gezond gedrag. Sommige politici pleiten voor de opname in het basispakket van gezondheidsbevorderende activiteiten, zoals de zogeheten 'beweegkuur'.

Zorgkantoren zijn verantwoordelijk voor de inkoop van *langdurige zorg* (AWBZ) voor alle burgers in hun regio. Zorgkantoren mogen slechts zorg financieren voor cliënten met een CIZ-indicatie en moeten dat doen binnen een aantal op Rijksniveau vastgestelde kaders. Zorgkantoren krijgen een op Rijksniveau vastgestelde budget om die taken uit te voeren en zijn niet risicodragend: geld dat overblijft gaat terug naar de Rijkskas, bij tekorten ontstaan wachtlijsten.

Er zijn grote verschillen tussen zorgverzekeraars/ zorgkantoren in de wijze waarop zij activiteiten gericht op (zorggerelateerde) preventie inkopen. Zo steekt het zorgkantoor van Achmea in Rotterdam veel energie in het terugdringen van dakloosheid van GGz-cliënten, mede om terugval in zwaardere en duurdere zorg te voorkomen, en participeert Agis in Utrecht en Amsterdam in projecten om de gezondheid en participatie van cliënten structureel te bevorderen.

Andere partijen die idealiter betrokken zijn bij gezondheidsbevordering zijn ondernemers, scholen, sportverenigingen, welzijnsinstellingen, woningcorporaties en projectontwikkelaars. Deze partijen hebben formeel geen verantwoordelijkheid om de gezondheid te vergroten, maar kunnen wel belangrijke bijdragen leveren. Bijvoorbeeld door in de leefomgeving van burgers consequent stimulansen in te bouwen voor een gezonde leefstijl, het leefklimaat beter in te richten op gezondheidsbescherming of door specifieke preventieve activiteiten of interventies aan te bieden.

De mate waarin deze partijen elkaar weten te vinden verschilt per regio. In sommige regio's worden brede aanpakken ontwikkeld. En ook zijn er een aantal landelijke impulsen. Zo sloten 20 partijen (waaronder zorgverzekeraars Nederland, GGD Nederland, VWS, MKB Nederland en spelers uit het bedrijfsleven) een convenant Overgewicht, met maatregelen om het overgewicht onder jongeren tegen te gaan en te voorkomen.

GEZONDHEIDSBEVORDERING ALS SAMENWERKINGSVRAAGSTUK

Echte resultaten van het beleid om de gezondheid te bevorderen blijven volgens het RIVM vooralsnog echter uit. Dit heeft te maken met een aantal dilemma's, stelt het RIVM.

Ten eerste zijn burgers vrij in hun keuzes en is gezond gedrag primair een verantwoordelijkheid van mensen zelf. Publieke instanties hebben in een tijdperk van informatie en keuzevrijheid maar weinig instrumenten om burgers tot ander gedrag te dwingen of te verleiden. De meningen verschillen bovendien over de mate waarin de overheid of andere instanties de vrijheid van mensen mogen beperken om gezond gedrag te bevorderen: is een rookverbod betutteling? Is het afraden van ongezonde voeding stigmatiserend richting hen die daar niet van houden of die geen gezonde voeding kunnen betalen? Ten tweede is het aantal interventiemethoden waarvan het effect is bewezen nog schaars. Het dilemma daarbij is dat wetenschappelijk onderzoek naar effectiviteit soms ook omstreden is: hoe bepaal je de doelen en hoe meet je in hoeverre die zijn gerealiseerd? Om over dit dilemma heen te stappen worden zoals gezegd initiatieven ontplooid, zoals het onderzoek van het Centrum Gezond Leven.

Deze dilemma's maken het speelveld van de preventie moeilijk te doorgronden. De institutionele vormgeving van de gezondheidszorg werkt in dat speelveld eerder tegen dan mee, zo blijkt uit een specifieke studie van Dwarswaard, van Egmond, Janssen en Putters (2009) in opdracht van het RIVM. Er is sprake van decentralisatie: de Rijksoverheid heeft dus maar beperkte mogelijkheden om haar prioriteiten gestalte te geven, en heeft ook geen middelen geoormerkt voor gezondheidsbevordering. En er is sprake van fragmentatie van kennis,

sturingsinstrumenten, belangen en opvattingen over preventie. En als gevolg daarvan ziet niemand zichzelf als 'probleemeigenaar' en ontbreekt ook de urgentie. Neem een achterstandswijk en de daarin actieve partijen:

- Het komt vaak voor dat een gemeente vooral prioriteit legt bij het aanpakken van de criminaliteit en overlast en de schaarse middelen daarop inzet.
- Een zorgverzekeraar heeft weliswaar veel belang bij het terugdringen van ongezond gedrag, maar heeft de sturingsinstrumenten, kennis en contacten niet om daarop gerichte activiteiten van de grond te krijgen én te laten aansluiten bij de leefwereld van burgers in die wijken. Daarbij bestaat ook nog eens het risico dat klanten van die zorgverzekeraar na gebruik te hebben gemaakt van gezondheidsbevorderende acties of activiteiten overstappen naar een concurrerende zorgverzekeraar, waardoor de baten voor de zich inspannende verzekeraar verdampen.
- Een basisschool in de wijk legt vanzelfsprekend vooral prioriteit bij het bij de les houden en opleiden van kinderen. Men wil mogelijk wel graag dat de kinderen goed gevoed en opgeleid naar school komen. Maar kan daar, behalve door gezonde voeding te verstrekken, weinig aan doen: men heeft weinig geld en ook weinig invloed op wat de ouders doen.

Andersom kan het gebeuren dat een gemeente veel belang heeft bij forse inzet van GGz om overlast terug te dringen, terwijl een zorgverzekeraar vooral prioriteit legt bij het verbeteren van de ouderenzorg.

Zo doemt het beeld op van een speelveld met veel dilemma's en risico's, waarbij problematisch is dat de verschillende spelers op het speelveld elkaar niet goed weten te vinden en ook niet altijd gebaat zijn bij het overspelen van de bal. Toch is uiteindelijk iedereen gebaat bij een gezondere bevolking, besluit het RIVM haar rapport. Samenwerking rondom preventie lijkt daarmee het karakter te hebben van een 'prisoners dilemma'.

Het prisoners dilemma is een situatie uit de speltheorie waarin spelers de keuze hebben tussen een actie gericht op het ogenschijnlijk eigen belang en een actie gericht op het collectief belang. Het betreft het dilemma van twee vrienden die een delict hebben gepleegd en moeten kiezen of de ander de schuld te geven of te bekennen dat ze het zelf gedaan hebben, waarbij de aanklager ze een aanbod doet:

- *Geven ze allebei de ander de schuld, dan worden beiden veroordeeld en krijgen ze beiden 3 jaar celstraf;*
- *Bekennen ze allebei, dan worden beiden ook veroordeeld maar krijgen ze strafvermindering en hoeven ze slechts een half jaar te zitten;*
- *Geeft een van beiden de ander de schuld terwijl die ander bekent, dan krijgt de bekennende 8 jaar celstraf terwijl de ontkenner vrijuit gaat;*

Het is voor beide spelers, indien hen geen informatie wordt verstrekt over de keuze

van de ander, individueel het aantrekkelijkst om te ontkennen. Immers: als de ander bekent mag je dan vrij de deur uit (tegen een half jaar celstraf indien je zelf bekent), als de ander ontkent krijg je 3 jaar celstraf (in plaats van 8 jaar celstraf bij een bekentenis). Het resultaat, zonder samenwerking, is dat beiden de ander de schuld geven en 3 jaar celstraf krijgen opgelegd. Voor de buitenstaander is echter duidelijk dat het voor beiden veel aantrekkelijker zou zijn om allebei te bekennen: dan resteert immers slechts een celstraf van een half jaar.

9

Dit dilemma geldt ook rondom preventie. Zetten partijen zich in voor hun sectorale belang, verantwoordelijkheid en perspectief, dan boeken zij ieder misschien hun eigen resultaten. Een gemeenschappelijke inspanning leidt echter tot betere resultaten, gelet op het eerder aangehaalde redenering over de effectiviteit van gericht ingezet preventiebeleid. Hieronder wordt dat voor gemeenten, zorgverzekeraars en zorgkantoren verder uitgewerkt. Deze partijen hebben met hun samenwerking de sleutel in handen om preventie succesvol vorm te geven.

3. MOGELIJKHEDEN EN AANGRIJPINGSPUNTEN

Gemeenten en zorgverzekeraars/zorgkantoren kunnen door kennisdeling en het afstemmen van activiteiten een belangrijke stap zetten richting het beter van de grond krijgen van preventie. Nog beter wordt het wanneer beide partijen ook andere partijen op het tapijt weten te krijgen. In het volgende hoofdstuk worden hiervoor de mogelijkheden geschetst en een aantal aangrijpingspunten geformuleerd.

KENNISDELING

De eerste mogelijkheid om de gezondheid daadwerkelijk te bevorderen ligt in het delen van kennis. Zoals gezegd is het van doorslaggevend belang dat gezondheidsbeleid is gestoeld op:

- Een scherpe identificatie van 'hoogrisicogroepen';
- Een analyse van de leefwereld van burgers en hoogrisicogroepen en risicofactoren die zich daarin voor doen;
- Kennis over werkzaam instrumentarium om die risicofactoren weg te nemen.

Gemeenten en zorgkantoren/zorgverzekeraars hebben beiden eigen kennis over hun burgers respectievelijk cliënten. Het gaat dan om vragen als:

- Wat weten we over mensen met (dreigende) zorgconsumptie? Wat zijn veel voorkomende aandoeningen of gedragsproblemen per stad, dorp, wijk of buurt? Valt er onderscheid te maken naar inkomen, opleiding of etniciteit?
- Waar bewegen hoogrisicogroepen zich (in termen van bijvoorbeeld onderwijs, arbeidsmarkt, buurten, welzijnsvoorzieningen)?

- Hoe kan bij die leefwereld aansluiting worden gezocht? Welke partijen zijn daarin actief?
- Wat willen mensen zelf? Hoe kan op die behoefte ingegrepen worden?

Het delen van gegevens gaat overigens vaak niet van de ene op de andere dag; de indicatoren, meetperiode, schaal en invalshoek van de beschikbare gegevens van beide partijen zijn vaak volstrekt anders. Om helderheid te verkrijgen is het van belang om met elkaar te discussiëren over de werkelijke betekenis van de cijfers; en te proberen het ‘verhaal achter de cijfers’ te pakken te krijgen

Het helpt om bij het maken van deze analyse ook veldpartijen te betrekken. Immers: juist scholen, bedrijven, politieagenten, welzijnsinstellingen en zorgaanbieders weten wat er in een wijk speelt en wat precies gezondheidsbedreigingen zijn. Het betrekken van meerdere partijen maakt in een later stadium ook commitment en ‘uitruil’ tussen belangen mogelijk.

Het is van belang om de gemaakte analyse zo snel mogelijk concreet te maken. Baken thema's af: bijvoorbeeld de aanpak van overgewicht of het vroegtijdig helpen van ouderen met een ondersteuningsbehoefte; dat biedt meer aangrijpingspunten om concreet aan de slag te gaan dan te lang discussiëren over preventie. Later kan worden verbreed naar een groter aantal thema's. Deze mini-toolkit bevat voorbeelden rondom een tweetal thema's: GGz en gezonde leefstijl. Ook is het belangrijk om de beoogde resultaten, de te ondernemen projecten en de verantwoordelijkheden scherp neer te zetten.

AFSTEMMING VAN BELEID

Op basis van deze analyse kan vervolgens het beschikbare sturingsinstrumentarium worden ingezet. Beide partijen hebben daarbij vanzelfsprekend hun eigen mogelijkheden en verantwoordelijkheden. Gebruik de werkwijzen van preventie zoals behandeld in hoofdstuk 2 van deze mini-toolkit als aangrijpingspunt om het gesprek hierover te voeren. Daarbij geldt een aantal mogelijke werkwijzen.

Het helpt allereerst om het beleid dat beide partijen inzetten van een gemeenschappelijke ‘richting’ te voorzien: als zowel welzijnswerkers, leraren als huisartsen zich inzetten om ongezonde voeding te voorkomen kan dat succesvol zijn. En voorkomen dat ouderen vallen kan zeer succesvol zijn als zowel drempelloze wandelroutes worden aangelegd als valpreventie-voorlichting wordt gegeven door zorgverleners. Het betreft hier allemaal het geven van een gemeenschappelijke ‘richting’ aan het eigen beleid.

Ook is het van belang om meer samenhang aan te brengen in de ingezette interventies. Soms doen partijen al het één en ander aan gezondheidsbevordering; het terugdringen van overlap kan zowel kosten besparen als de effectiviteit verhogen.

Een andere mogelijkheid is de inkoop van gezamenlijke projecten of interventies. De Database Gezond Leven (te vinden via www.loketgezondleven.nl, klik op interventies) bevat onderzoek naar evidence-based initiatieven. Ook is het belangrijk om een praktijkgestuurde aanpak te hanteren: timmer concepten niet van tevoren dicht, maar laat ze ook al werkenderwijs mee-ontwikkelen door de betrokkenen.

4. GOEDE VOORBEELDEN

4.1 UTRECHT & AGIS

De gemeente en Agis hebben een convenant gesloten met twee doelen: het bevorderen van de gezondheid en het terugdringen van de zorgkosten. Utrecht is een stad met deels een populatie waarvan de zorgconsumptie is hoger dan op basis van de demografische factoren verwacht zou mogen worden. Dat is voor Agis, die hier marktleider is, een belangrijke aanleiding om aan de slag te gaan. Agis relateert de verwachtingen ten aanzien van de kostenbesparing die als gevolg van hogere gezondheid op zouden kunnen treden. Dit komt mede omdat de baten daarvan ook neerdalen bij andere verzekeraars. Niettemin ervaart men het als een maatschappelijke opdracht om zich in te spannen. De voornaamste drijfveren zijn daarnaast imagoverbetering en de commerciële kansen die daaruit voortvloeien.

Er zijn grote verschillen in zorgconsumptie tussen de Utrechtse wijken. De meeste inspanningen zijn dan ook gericht op Kanaleneiland en Overvecht-Noord (in die wijken is ook meer dan 50% van de bevolking bij Agis verzekerd). De activiteiten zijn gericht op alle inwoners van de wijk, dus niet alleen op de verzekerden van Agis.

Het convenant kent drie pijlers: kennisuitwisseling, tien gezondheidspijlers en het programma 'gezonde wijk'¹. Met betrekking tot de kennisuitwisseling zijn de gegevens van gemeente en zorgverzekeraar/zorgkantoor naast elkaar gelegd om een beeld te kunnen krijgen van de werkelijke vragen en behoeften aan zorg en ondersteuning en de methoden om daarop een antwoord te geven. De zorgverzekeraar heeft informatie over de zorgconsumptie; de gemeente heeft in het kader van de Wpg de verplichting een gezondheidsmonitor op te stellen. Daarin worden ook gegevens verzameld over de ervaren gezondheid.

¹ Het convenant tussen Utrecht en Agis is te vinden op www.utrechtgezond.nl.

Gemeente en Agis hebben gezamenlijk geprobeerd de veelheid aan gegevens zo goed mogelijk te 'lezen' en met elkaar in verband te brengen. Een voorbeeld: het bleek dat veel mensen klachten hadden over het bewegingsapparaat (zoals de rug) maar dat was weer niet terug te vinden in de gegevens over de zorgconsumptie. Dat is aanleiding geweest om met aanbieders in gesprek te gaan: wat is nu het probleem? Wat speelt er en wat is nodig? Het heeft een jaar geduurd voordat beide partijen een systematiek hadden om de verschillende gegevens in samenhang te kunnen interpreteren, maar het is deze investering meer dan waard geweest. Uiteindelijk was de winst in termen van leereffecten enorm.

Op basis van de gedeelde analyse is –als onderdeel van het programma Gezonde wijken - voor de Utrechtse wijken met de grootste gezondheidsproblematiek een Plan van Aanpak gemaakt. Belangrijke elementen daarin zijn de koppeling tussen welzijn en zorg, het invliegen van GGz-expertise om het bestaande aanbod te versterken en aanpassingen in de woningen en de leefomgeving. De volgende stap is het realiseren van meer integraliteit en samenhang. Er zijn wel veel losse projecten ontstaan en dat kan z'n eigen dynamiek krijgen. Men gaat nu vooral kijken: we doen dit wel maar dit ook *niet*.

Een belangrijk discussiepunt is de schaal. In Utrecht is gekozen voor een wijkgerichte benadering. Het gaat dan wel om wijken van rond de 30.000 inwoners. Voor gemeenten is dat gesneden koek, voor de verzekeraar vergde dat wel een omslag; veel inkoop is sectoraal georganiseerd en wordt op onderdelen ook landelijk uitgevoerd. Agis heeft in de vorm van gebiedsteams de eigen organisatie ook ingericht voor de wijknaankpak. Er is sprake van een 'matrixorganisatie': mensen uit diverse inhoudelijke velden zijn betrokken om het voor diverse regio's/ wijken geregeld te krijgen. Ook de commerciële tak draait mee met deze teams.

Het is voor een zorgverzekeraar ondoenlijk om elke gemeente deze wijze van werken aan te bieden. AGIS overweegt in geval van andere gemeenten een 'light'- versie aan te bieden. Dat vergroot de betrokkenheid en doet ook recht aan de beleidsvrijheid van de individuele gemeente. Maar de verzekeraar hoopt erop dat gemeenten bijvoorbeeld via een gemeenschappelijke regeling de onderlinge samenwerking ter hand nemen.

4.2 ROTTERDAM & ACHMEA

In Rotterdam spannen gemeente en zorgkantoor zich samen in om kwetsbare personen van de straat te krijgen én te houden. Kenmerkend voor de aanpak zijn de persoonsgerichte aanpak, de zeer brede benadering en de ketensamenwerking. Er is een zeer uitgebreid convenant gesloten dat niet alleen te ondernemen activiteiten benoemt maar ook doelstellingen, de monitoring en een 'business case' met te verwachten besparingen per project, waarbij ook posten als 'lagere politie-

inzet' en 'besparingen schadeverzekeraars' zijn meegenomen. Op het project is een sterke stuurgroep met onder meer de wethouder en een RvB-lid van Achmea gezet.

Pepijn van den Hoogenband, tot voor kort zorginkoper bij Achmea: "De uitgebreide beschrijving van effecten en besparing is als manier van kijken en redeneren voor ons belangrijk. In de langdurige zorg heeft dat langzaam post moeten vatten – 'doelen in de care? kom op zeg' zeiden sommigen - maar heeft nu echt tot een andere kijk geleid: we kiezen nu steeds meer een beleidsmatige insteek." Achmea zet zowel middelen uit de AWBZ als ZvW voor het convenant in.

Gemeentelijk bestuuradviseur Gerben Vermeulen benadrukt het belang van wederzijdse verdieping alvorens tot afspraken te komen: "Enkele basisprincipes zoals spreiding van dak – en thuislozen over de wijken komen ook rechtstreeks voort uit de Rotterdamse praktijk. Het is belangrijk dat te memoreren, omdat het laat zien dat dergelijke plannen niet uit de lucht komen vallen: er is een lange aanloop, waarin veel deskundigheid is ontwikkeld. Wij weten precies hoe de AWBZ in elkaar steekt en wat de rol van het zorgkantoor daarin is." Programmamanager Wim Gort van de gemeente Rotterdam: "Recent hebben we de plannen ondertekend voor de 2e fase van het Plan van Aanpak MO. In dat plan maken we de omslag naar voorkomen van een beroep op de maatschappelijke opvang en we hebben voor verschillende kwetsbare doelgroepen uitgewerkt hoe we dat gaan doen."

4.3 ZWOLLE & ACHMEA

De gemeente Zwolle en Achmea hebben samenwerkingsafspraken gemaakt die voornamelijk het ondersteunen van kwetsbare personen in de maatschappelijke opvang bestrijken. Het initiatief was afkomstig van de Zwolse wethouder die zelf werkte in de maatschappelijke opvang. Aart Bolluijt, zorginkoper GGz voor zowel de Zvw als de AWBZ bij Achmea: "Wethouder Dannenberg komt uit de MO-hoek en zag de problemen van verkokerde aansturing, maar vooral ook het belang van een goed neergezette keten om echt te kunnen helpen. Dat kun je alleen samen organiseren." Een prangend voorbeeld is bemoeizorg. "Met betrokkenheid van de gemeente zijn nu functies als voorlichting en signalering gefinancierd en dat zijn typisch functies die zich niet laten bekostigen vanuit de AWBZ" zegt Lauris van Eekeren van de gemeente Zwolle.

Maar de betrokkenheid van de gemeente is ook belangrijk omdat er bij de opvang van GGz-cliënten soms politiek getinte vragen komen kijken. Waar komt een opvanghuis? De gemeente is de aangewezen partij voor participatietrajecten. De gemeente heeft zelf ook belang bij het betrekken van het zorgkantoor. Bolluijt: "De gemeente is bijvoorbeeld verantwoordelijk voor de openbare orde en wil dat in dat

belang soms dat zorg wordt aangeboden aan een overlastveroorzakende groep. Zorginhoudelijk is dat natuurlijk in eerste instantie geen zwaarwegend argument, gaat het om de volksgezondheid." Juist door overleg kon men over deze zaken tot afspraken te komen.

De gemeente en het zorgkantoor hebben wel aan elkaar moeten 'wennen' en dat gebeurt nog steeds. De inkoopprocessen liepen bijvoorbeeld niet parallel en de wederzijdse verwachtingen 'matchten' niet altijd. Maar het vertrouwen groeit en de samenwerking is zich aan het verbreden: Achmea en de gemeenten in de regio willen langzaamaan ook om op andere thema's tot afstemming te komen. Bolluijt: "Het helpt om af en toe met de benen op tafel te vertellen waar je heen wilt, wat er op je afkomt en zo te kijken wat je samen kunt doen – daar komt vrijwel altijd wel iets uit voort."

4.4 ENSCHEDE/TWENTE & MENZIS

De levensverwachting in de regio Twente ligt 2 jaar lager dan het landelijk gemiddelde. Dat gegeven is aanleiding voor Menzis en de gemeenten in de regio om gezamenlijk te onderzoeken hoe de gezondheid verhoogd kan worden. Om het overleg tussen beide partijen praktisch vorm te geven, vertegenwoordigt de regionale GGD daarbij de 14 gemeenten. Dat is niets nieuws voor de gemeenten; ze werken al langer in veel meer kwesties rondom de Wmo en de Wpg intensief samen.

Als eerste stap zijn de regiogemeenten en Menzis momenteel bezig om op basis van zoveel mogelijk gegevens in kaart te brengen wat de meest prominente gezondheidsgerelateerde problemen zijn. De Volksgezondheid Toekomst Verkenningen van het RIVM vormen de basis voor dat gesprek, maar ook is er een regionale Twentse Gezondheidsverkenning gehouden waarin zorgconsumptiegegevens van Menzis en onderzoeksgegevens van de GGD zijn gebundeld. Op basis van die gegevens willen de regio en Menzis komen tot een gezamenlijke beleidsagenda met ook concrete activiteiten. Voor Menzis is het vanzelfsprekend om aan de slag te gaan met gezondheidsbevordering. Nico Moorman, Projectleider gemeenten bij Menzis: "Wij hebben de overtuiging dat een hoger welzijn bijdraagt aan hoger geluk en grotere gezondheid. Uiteindelijk – en dat is natuurlijk een belangrijk nevendoeel – leidt dat ook tot kostenbesparing. Over de gehele linie is een dergelijke kanteling in de gezondheidszorg noodzakelijk."

Voor de gemeente is het een stuk minder vanzelfsprekend om actief een gezonde leefstijl te bevorderen. "Het eerste wat wij moeten doen, is het op de agenda zetten van 'preventie'", zegt Betty Sibbel van de GGD in de regio Twente. "Als je preventie daarbij neerzet als doel op zich werkt het niet, dat is niet urgent genoeg. Een wethouder ligt niet wakker van te veel rokers of te weinig sporters, hij heeft ook

allerlei andere problemen aan zijn hoofd. Waar hij wel van wakker ligt is problemen op het terrein van de openbare orde of de Wmo. Wijs dus op de mogelijkheid om een hoog gebruik van Wmo-voorzieningen te voorkomen of overlast door alcoholgebruik terug te dringen. We gaan een business case ontwikkelen om deze effecten aan te tonen, want zeker in tijden van bezuinigingen is het belangrijk de baten en besparingseffecten aan te tonen." Op die wijze probeert ze ook draagvlak te verkrijgen bij de 14 gemeenten namens wie ze optreedt. De 14 Twentse gemeenten ontwikkelen al jaren samen de kaders voor hun beleid voor onder andere de Wmo, de maatschappelijke opvang en de openbare gezondheidszorg en zo ook rondom het gezondheidsbeleid. "Dat maakt het ook gemakkelijker voor Menzis om afspraken te maken" zegt Sibbel. De 14 gemeenten participeren in een bestuurscommissie OGZ en er wordt met name op hoofdpunten overeenstemming gezocht om zo tot een bestuurlijke agenda te komen die wordt onderschreven door Menzis én alle gemeenten.

Het zoeken van overeenstemming op de hoofdpunten is een beproefd recept bij het maken van afspraken in de regio. "Mijn ervaring is dat de uitvoering altijd lokaal moet blijven; er kunnen grote verschillen bestaan tussen de werkwijze en cultuur van professionals en behoeften van burgers in de verschillende gemeenten" zegt Marjoke Hobert van de gemeente Almelo. Nico Moorman van Menzis onderstreept dat: "We werken ook met individuele gemeenten samen als we dat nodig achten. Bijkomend voordeel is dat je de lessen die je leert uit samenwerking met de ene gemeente kunt gebruiken bij de samenwerking met de andere gemeente." Kleine gemeenten zijn in de regio in verschillende mate betrokken, zegt Sibbel. "Vaak ontbreekt de capaciteit om intensief mee te praten en juist dan is het ook gemakkelijk als het beleid op regionaal niveau wordt ontwikkeld. Of het vervolgens ook landt is wel een tweede; er gebeurt altijd wel iets maar veel is toch afhankelijk van de lokale ambtelijke en politieke dynamiek."

Het ontwikkelen van concrete activiteiten in het kader van het preventieproject is de volgende stap. Veldpartijen, zoals scholen of welzijnsinstellingen, zijn ook nog niet betrokken. Ook over geld is nog niet gesproken – "geld volgt de inhoud", en niet andersom, is het motto. Een aantal gezondheidsbevorderende activiteiten die Menzis onderneemt hoeven ook niet eens geld te kosten. Als onderdeel van de sponsorcontracten die ze met profvoetbalclubs sluit, maakt de verzekeraar bijvoorbeeld afspraken over activiteiten van profvoetballers in wijken, gericht op een gezonde leefstijl. Zo concreet zijn de afspraken tussen Menzis en Twente nog niet geworden. "Ik ben blij dat we in een open sfeer kunnen spreken over de opgave. Alleen het inzicht krijgen in wat Menzis doet hielp mij al enorm", zegt Sibbel. De insteek is in ieder geval om de inspanningen te richten op groepen met een verhoogd risico en daarbij helpt het dat ook de WMO onderdeel is van de samenwerking. "Juist door de aanstaande bezuinigingen dwingen tot een

scherpe gerichtheid in de inzet. Veel groepen met een verhoogd risico, waar we onze inspanningen op willen richten, kennen we vanuit de WMO en dat biedt aangrijpingspunten om aan te sluiten bij hun leefwereld en de voorzieningen waar ze gebruik van maken.”

Hoewel dat nog niet geheel zeker is, streeft Menzis ernaar om ook ná de geplande opheffing van het zorgkantoor te blijven samenwerken met de regio. “Uiteindelijk moet er een kanteling in de gezondheidszorg tot stand komen en dat moet over de gehele linie gebeuren”, zegt Moorman. “Daarnaast zien wij de samenwerking met de Twentse gemeenten natuurlijk ook als een belangrijke kans om ons aan de regio te binden – ongeveer 60 tot 65% van de mensen in de regio is bij ons verzekerd en dat willen we graag zou houden.”