

Gezondheid duurzaam bevorderen

Gezondheidsbevordering is een marathon, geen sprint

Hans Saan¹, Willy de Haes², Marijke Mootz³, Margreet Bloemers³, Paul Kocken⁴, Marijke Ruiter⁵

In 2010 mocht gezondheidsbevordering zich verheugen in extra aandacht in de VTV en het inspectierapport. Zowel het belang van dit werkveld als de uitdagingen tot verbetering werden geschetst. We zien schuivende panelen: wat we gisteren nog als vooruitgang begroetten is vandaag een normaal startpunt. We willen allemaal verder, beter. Diverse kwaliteitsimpulsen proberen de interactie te bevorderen in de driehoek beleid, onderzoek en praktijk en de werkzaamheden op ieder van die velden te verbeteren.

Op grond van die rapporten, de hier voorafgaande artikelen en de gesprekken waarop ze gebaseerd zijn, heeft de redactie van dit themanummer een eigen diagnose gesteld. In deel 1 stellen wij deze diagnose aan de hand van vijf verbeterpunten: (1) doelkeuze, (2) strategie, (3) randvoorwaarden, (4) ondersteuning van en (5) feedback op gezondheidsbevordering.

In deel 2 geven we mogelijke werklijnen aan en wie daarbij in het veld naar ons oordeel het initiatief zou moeten nemen. We bepleiten onder meer een breder opvatting van gezondheid, het opzetten van een doelenboom, het combineren van de evidence- en de draagvlakroute, meer andersoortig onderzoek. Voorts ook het investeren in kwaliteit en, met nadruk, een beter oog voor capaciteit: de zakelijke en logistieke kant van het werk. We streven in het werkveld naar een verdere ontwikkeling van duurzaam en degelijk werk, dat tegelijk creatief en dynamisch is.

Noot

In dit artikel verwijzen wij naar de voorafgaande artikelen in dit TSG nummer door tussen ronde haakjes de naam van de eerste auteur, bijvoorbeeld (Linssen) of, als dat helderder is de organisatie, bijvoorbeeld (NISB), te vermelden. Bij verwijzing naar publicaties buiten dit speciale nummer verwijzen wij op de gebruikelijke manier naar de literatuurlijst aan het slot van dit artikel.

DEEL 1: VIJF VERBETERVELDEN

In Nederland is Gezondheidsbevordering een rijk ontwikkeld veld. Het wordt uitgevoerd onder een variatie aan namen, door veel verschillende instellingen en heeft een vaste plaats veroverd in lokaal en nationaal gezondheidsbeleid. Vergeleken met andere landen is dat een unieke situatie. Door die variatie en

veelheid van partijen is het niet eenvoudig om één prominente verbeterstrategie te ontwikkelen die door alle partijen van harte omhelsd wordt. In de inleiding noemden we drie globale kwaliteitsimpulsen: minder variatie in interventies, meer onderzoek en beter beleid. De bevindingen uit de gesprekken laten zien dat deze impulsen maar beperkt werken. Dat komt deels omdat ze gebaseerd zijn op verkeerde veronderstellingen. Maar vooral is vaak niet aan de nodige voorwaarden voldaan.

We worden geïnspireerd door creatieve initiatieven die goed op de trends in de samenleving inspelen. Tegelijk willen we vakwerk zien, dat goed doordacht en duurzaam in elkaar zit. Zo worden we met een dilemma geconfronteerd: aan de ene kant is de diversiteit van onderzoek, beleid en activiteiten een antwoord op de variatie van de vraag in de samenleving, maar tegelijkertijd lijkt te veel diversiteit tot verspilling van inzet en verdunning van het rendement te leiden. In die spanning tussen diversiteit en standaardisatie willen we een aantal voorstellen doen om huidige knelpunten in uitvoering, coördinatie en ondersteuning weg te nemen.

Voor de overzichtelijkheid hebben wij ons beperkt tot vijf schijnbaar eenvoudige vragen:

- 1 Wat zijn de doelen van Gezondheidsbevordering?
- 2 Welke strategieën staan daarvoor ter beschikking?
- 3 Zijn de randvoorwaarden wel voldoende?
- 4 Wie helpt daarbij?
- 5 Hoe regelen we feedback en rekenschap afleggen?

1 WAT ZIJN DE DOELEN VAN GEZONDHEIDSBEVORDERING?

Gezondheidsbevordering wil zowel ziekte voorkomen als gezondheid bevorderen en dat zijn twee complementaire missies. Het ziekteperspectief is goed ontwikkeld, het gezondheidsperspectief is minder ontwikkeld.

Gezondheid en ziekte zijn het resultaat van een krachtenveld aan determinanten. Als we daar de aard en de sterkte niet van kennen is het moeilijk een adequaat interventiepatroon in te zetten.

Om realistische en relevante doelen te formuleren is een nadere analyse van determinanten nodig, uit te werken als doelenboom.

Een missie met twee kanten

Bij het begin van de gesprekken vroegen we onze gesprekspartners: "Waarop ben je trots of tevreden in dit veld?" Vaak citeerden ze uitspraken van de trotse of tevreden deelnemers: "Ik ga er weer zelf op uit, ik kom weer ergens.", "We gaan nu samen met enkele burens tweemaal per week fietsen.", "Al die hulpverleners kwamen over de vloer voor mijn ouders, niemand keek naar ons, de kinderen. Dat is gelukkig nu anders."

Vaak ook werd het enthousiasme van de (vrijwillige) medewerkers of bestuurders genoemd: "Ze hebben er zelf iets aan en het is leuk iets voor anderen te doen."

¹ Healthy Alternatives, Culemborg

² Cuwaert Health Promotion, Dordrecht

³ ZonMw, Den Haag

⁴ TNO Kwaliteit van Leven, Leiden

⁵ Trimbos Instituut, Utrecht

“Organisatie X wil het volgend jaar weer meedoen, ze betaalt zelfs mee.”, “We zijn nu met de scholen over de helft: 56% in onze regio doet mee.”

Kortom, succes is: deelname, mensen (soms letterlijk) in beweging krijgen en steun en waardering van derden. Dat lokt wel een kritische vraag uit van de opdrachtgever en financier: “Levert het méér gezondheid op, zie ik het terug in de (lokale) VTVcijfers?” (Linszen)

Die successen verwijzen naar de noodzaak om eerst bestuurlijke betrokkenheid te werven en om de bevolking te interesseren, te enthousiasmeren en zo tot deelname te bewegen alvorens men verder kan met het uitbouwen van interventies die gezondheidsbevorderend zijn. Zonder deze basisstap heeft het geen zin om verdere interventies te ondernemen, mensen moeten immers zelf in actie komen. Zonder hun aandacht en betrokkenheid zal dat nooit lukken. De nadruk ligt dus op de sociale component van gezondheid.

Onze gesprekspartners zien samen in beweging komen, participatie, draagvlak, betrokkenheid en gewonnen vitaliteit als factoren die met sociale cohesie en zelfsturing te maken hebben. Empowerment is een begrip dat veel van deze waarden verbindt (Koot). Het zijn wegen naar generieke gezondheidswinst, minder dan benaderingen gerelateerd aan een bepaalde aandoening.

Anderen beschouwen draagvlak en participatie als randvoorwaarden voor de “echte” interventie en rekenen deze niet tot die interventies. Wij geven er de voorkeur aan het werken aan die sociale processen ook als interventies te betitelen. Deels zijn ze een opstap naar meer mogelijkheden, maar ze hebben ook een eigen gezondheidseffect.

We weten dat er in de huidige epidemiologie veel aandacht is voor de fysieke dimensie in het voorkomen van ziekten, en minder voor het bevorderen van gezondheid (salutogenese perspectief). Zo zijn de huidige VTVcijfers en het populaire idee van gezondheid sterk gekleurd door de medische invalshoek: welke ziekten voorkómen we? Daarnaast was er altijd al wel het besef dat gezondheid meer is dan de afwezigheid van ziekte (zie de WHO-definitie) maar daaraan werden weinig consequenties verbonden. In de theorievorming van gezondheidsbevordering spelen ideeën over salutogenese een belangrijke rol. Antonovsky¹ deed pionierswerk rond de vraag wat mensen gezond houdt, zelfs onder moeilijke ziekmakende omstandigheden. Ook het nadenken over de verlengde levensduur tegelijk met de toename van chronische aandoeningen maakt duidelijk dat er sprake is van gezondheid *naast* ziekte. Men kan daarom beter spreken over ‘kwaliteit van leven’. De VTV wijdt een beschouwing aan dit fenomeen² (p. 68 e.v.). Het is belangrijk deze twee invalshoeken - ziekte voorkomen en daarnaast aandacht voor gezondheid, zelfredzaamheid en vitaliteit - ieder een eigen plaats te geven. Ze vullen elkaar aan.

Verhoudingsgewijs heeft het denken in en het onderzoek naar ziektebestrijding een voorsprong. In de ziektebenadering werken VWS en VTV al een aantal jaren met enkele speerpunten om de voornaamste bronnen van ziekte te bestrijden. De term gezondheidsbevordering suggereert echter een verschuiving in het denken die nog maar ten dele gerealiseerd is. Sommige van de voorafgaande artikelen kiezen met nadruk gezondheid als startpunt (Petra, Aalders). Een ander voorbeeld vinden we in de bevordering van psychische gezondheid. Jan Walburg, directeur van het Trimbos-instituut, schreef een inspirerend boek over het

belang van “mentaal kapitaal” en de mogelijkheden die deze invalshoek concreet biedt.³

Daarom is het wenselijk dat we in de komende jaren meer aandacht geven aan de vraag hoe gezondheid in het perspectief van kwaliteit van leven nader omschreven kan worden en wat daarvoor goede indicatoren zijn, in aanvulling op de gangbare ziektecijfers. In het bijzonder moeten we bekijken hoe gezondheid gepercipieerd en ervaren wordt door de sociaal economisch lagere groepen. Door hen te ondersteunen in het werken aan hun gezondheid kunnen wij op populatieniveau gezondheidswinst boeken. Ook anderen bepleiten die bredere doelstelling in Public Health.⁴

Determinanten als krachtenveld

Lalonde⁵ introduceerde in 1974 een indeling van determinanten van gezondheid in biologische factoren, individuele keuzen, voorzieningen en fysieke omgeving. Deze indeling is nog steeds actueel, ook al kan men daaraan nog sociaal kapitaal en sociale omgeving toevoegen.⁶ De huidige studies naar determinanten van gezondheid zijn echter vooral risico- en ziektegericht. Als we nu ziekte- en de gezondheidsdeterminanten naast elkaar zetten dan krijgen we een veel rijker beeld van de factoren die onze gezondheid beïnvloeden. Daarmee kunnen we ook over een breder spectrum van interventiemogelijkheden gaan beschikken.

Het kan daarnaast nog handig zijn om determinanten te splitsen in bevorderend en remmend. Voor veel rokers is roken synoniem met ontspanning, met een manier om contact te leggen, een uiting van saamhorigheid. Die informatie is voor de inrichting van interventies evenzeer van belang als die over de carcinogene werking van roken.

Het zou interessant zijn om op deze wijze een dubbele determinantenanalyse per speerpunt (roken, overgewicht, diabetes, depressie) uit te voeren, omdat daarmee duidelijk kan worden welke strategieën men per thema kan volgen. Zo'n analyse maakt ook duidelijk welke gemeenschappelijke determinanten van belang kunnen zijn om op meerdere terreinen invloed uit te oefenen (Ten Dam). Zo is sociale steun (tegenover eenzaamheid) in allerlei gezondheidsbedreigende situaties een belangrijke constante. Het creëren van sociaal draagvlak zou de basis kunnen zijn voor een integraal aangrijpen op meerdere thema's tegelijk. Ook kan zo'n aanpak leiden tot generieke interventies. Zo is bewegen goed in de strijd tegen overgewicht én depressie. Het onderscheid generiek en ziektespecifiek is overigens in de zorgstandaarden al aan de orde.⁷

Van analyse naar plan

In het veld is de verschuiving naar een breder gezondheidsbegrip en naar aandacht voor meer determinanten merkbaar. Deze inzichten zouden nu deel van programmering, uitvoering en beoordeling moeten gaan worden.

De WHO pleit al sinds 1979 via de Health for All strategie voor het werken met doelen en heeft daarmee veel ervaring opgedaan.⁹ In Nederland werd er terughoudend op gereageerd. Op doelen ben je af te rekenen, zoals VWS nu in de VTV 2010¹⁰ kan lezen. Maar de algemene tendens naar maatschappelijke verantwoording en transparantie vraagt om rekenschap, dus om weloverwogen gekozen doelen: tegelijk ambitieus, acceptabel en realistisch. Met onze voorstellen willen wij aansluiten bij de suggestie van de Inspectie “*Gemeenten moeten met hulp van*

Terzijde: Taal

In ieder werkveld worden herhaaldelijk nieuwe termen geïntroduceerd om innovaties te etiketteren en zich af te zetten tegen oude vormen. Zo is Gezondheidsbevordering een ombouw van Gezondheidsvoorlichting en –opvoeding (GVO), met veel meer aandacht voor salutogenese en voor de rol van een uitnodigende omgeving. In de preventie GGZ heeft men die naamwisseling niet gevolgd, maar slaat een brug met het begrip “universele preventie”.

De term “Integraal” is ook zo’n voorbeeld van een nieuwe mantra. Het staat tegenover versnipperd, maar er worden verschillende betekenissen aan gehecht:

- integraal betreft niet themaspecifiek, gezondheid in brede zin;
- integraal is het werken met een waaier van interventies tegelijk binnen een thema;
- Integraal staat voor intersectorale samenwerking tussen alle relevante partijen;
- integraal is niet een kort project, maar juist een continue programma
- integraal betekent voor u...

De WHO heeft een Glossary voor Health Promotion uitgegeven.⁸ Voor een deel heeft het Kompas van het RIVM een rol in de sanering van de professionele taal. Het blijft belangrijk op dergelijke sleutelbegrippen door te vragen naar de betekenis en de waardenconnotaties.

GGD'en zorgen voor SMART geformuleerde korte en lange termijn doelen voor de preventiespeerpunten op lokaal niveau. ... (p 14)¹¹

Ook in de VTV wordt voorgesteld om te gaan werken met doelenbomen (VTV: p 80).¹⁰ Op grond van een veronderstelde keten van effecten is een kaart te ontwerpen van doelen voor kleine acties op korte termijn en gecombineerde strategieën op lange termijn. Zo hebben interventieprogramma's eigen effecten die doorwerken op een of meer determinanten. Dat determinantenpatroon bepaalt de mate van gezondheid en de bestrijding van ziekten. Ten slotte kan men dan nagaan welke impact (maatschappelijke baten) die veranderingen in de kwaliteit van leven voor de samenleving heeft (zie ¹²)

De doelen moeten op ieder niveau SMART zijn (*Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch en Tijdgebonden*). Dat uitwerken is nog een flinke opgave. Maar dan kan het schema gaan werken als een planningskader voor alle partijen. Onderzoeksstrategieën die leiden naar verschillende doelen kunnen er een plaats in krijgen. Ook kunnen preventieve en gezondheidsbevorderende interventies beoordeeld worden op hun bijdrage aan doelen op korte termijn. Onderzoek en praktijk vormen dan samen een patroon van activiteiten, dat bijdraagt aan veranderingen op determinanten, gericht op verder weg gelegen gezondheidsuitkomsten, op kwaliteit van leven. Cijfers op een

lager niveau zijn specifiek op korte termijn af te lezen, voor een hoger doelniveau zijn de gecombineerde effecten op een volgende tijdshorizon zichtbaar.

Bij de doelenboom is ook aandacht nodig voor de wortels en de stam. Al te vaak wordt vergeten dat het realiseren van grote doelen begint met het zaaien van betrokkenheid en interesse. Veel doelenbomen zijn niet geworteld in de maatschappelijke context en hebben geen stam.

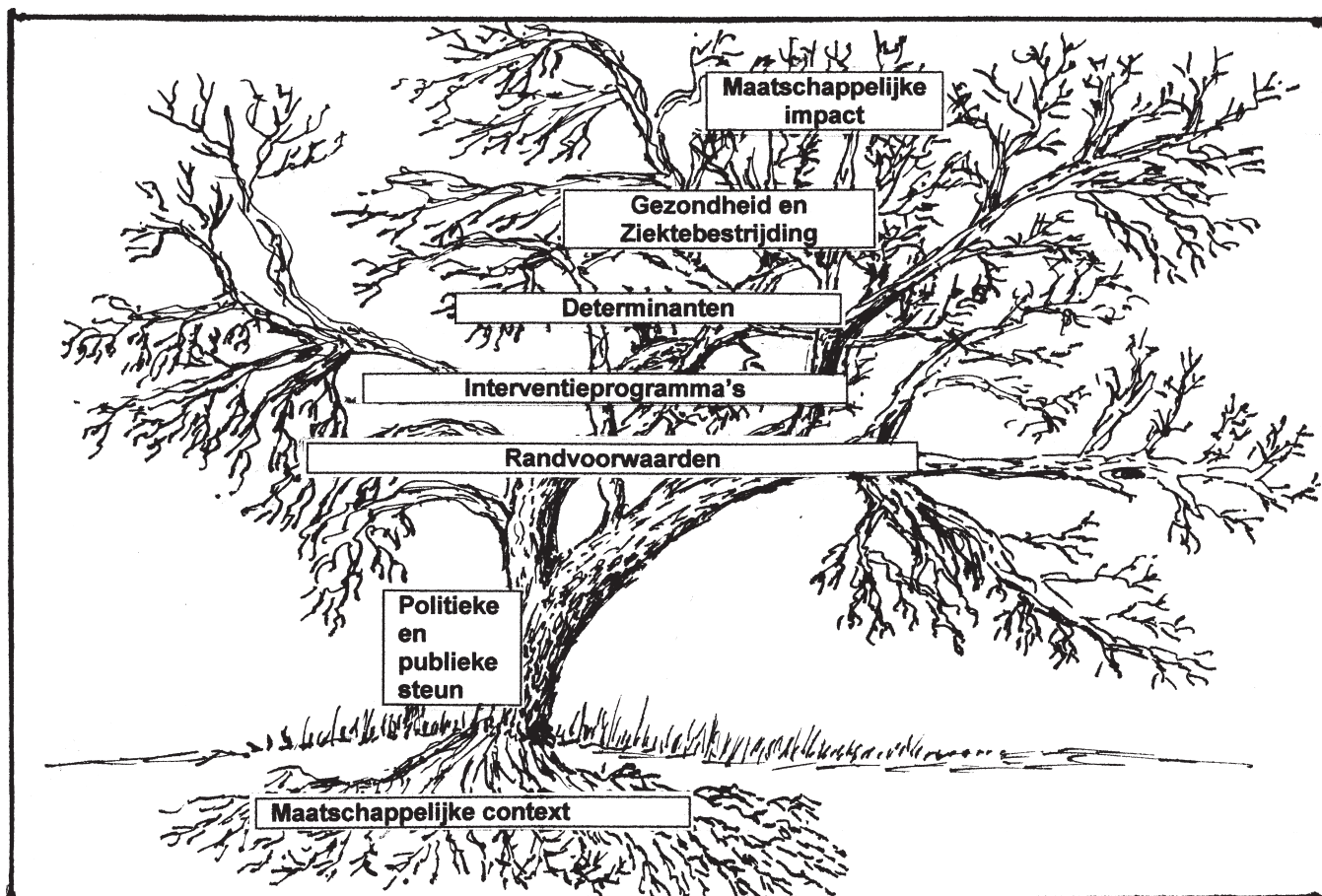
Met een heldere doelenboom kan nog een belangrijk knelpunt worden verholpen, namelijk dat beleidsmakers op veel te korte termijn rekenen op gezondheidseffecten (“Zie ik het in de regionale VTV?”). Als interventies met een eigen (sub-)doel duidelijk deel uitmaken van een groter patroon, moeten ze bijdragen aan het verder weg gelegen omvattender doel. Dat stapsgewijze bereik van doelen zou dan ook in de VTV's een plaats moeten krijgen. Leidende vraag is dan: “hoe ver zijn we op weg?”, niet “zijn we er al?”.

Daar ligt ook een uitdaging voor de wetenschap: samen met praktijkwerkers stap voor stap nagaan hoe de routes tussen korte termijn effecten en lange termijn resultaten verlopen (Harting). Daaruit zou kunnen worden afgeleid aan welke interventies relatief meer en welke relatief minder effect kan worden toegeschreven. Werken met een doelenboom laat ook zien welke delen van het werkveld relatief onder- of overontwikkeld zijn.

Conclusie 1: Doelen van gezondheidsbevordering

In aansluiting bij het RIVM (VTV P 77 e.v.)¹⁰ zien wij voor de nabije toekomst drie werklijnen:

- 1 *Laten we meer studies doen naar kwaliteit van leven en naar factoren die gezondheid bevorderen en in stand houden.*
- 2 *Laat daarbij nationaal dubbele determinantenstudies uitvoeren (1. bevorderend /remmend; 2. algemeen /per speerpunt) en maak de uitkomst daarvan een planningshulpmiddel.*
- 3 *Organiseer, met gebruik van het bovenstaande, een werkprogramma om een doelenboom te ontwikkelen die op Internet toegankelijk is voor beleid, onderzoek en praktijk. Geef daarin (sub)doelen als participatie, sociaal contact, initiatief nemen en waardering ook een plaats.*



2 WELKE STRATEGIEËN STAAN DAARVOOR TER BESCHIKKING?

In het werkveld zijn twee trends aanwezig. Op nationaal niveau denkt men volgens de evidence-based route, om redenen van effect en efficiëntie,. Op lokaal niveau werkt men via draagvlak en participatie, om aan te sluiten op lokale creativiteit en inzet,. Beide benaderingen hebben hun sterkte en zwakke kanten. Er zijn wegen om de sterke kanten van beiden te combineren en de zwakke te verhelpen.

Uit de hierboven geschetste route zou een breed beeld moeten ontstaan van mogelijke interventiestrategieën. Dan is de vraag aan de orde hoe men daaruit de beste mix kiest. Geleidelijk zien we brede programma's groeien die over langere termijn met een patroon van meerdere interventies tegelijk werken.

Tot op heden heeft men veelal gewerkt met smallere interventies. In de praktijk is men trots op dat werk; in de nationale rapporten stellen de resultaten van interventies vaak teleur. Hoe komt dat? Als we kijken naar de benodigde tijdshorizon zoals aangegeven met de wortels en de stam van de doelenboom dan is het duidelijk: men verwacht te snel te veel resultaat. Wat ons opvalt is, dat men dan snel de diagnose stelt dat de interventieformule niet juist was. Die diagnose leidt ertoe dat er gevraagd wordt naar een innovatieve aanpak. Daardoor worden veel potentieel zeer goede interventies gestopt en er ontstaat wildgroei in het veld die deels wordt gelegitimeerd, ja zelfs aangejaagd door de onderzoeksprogrammering.

Men had echter ook andere diagnoses vroegtijdig kunnen stellen: de dosering bij de interventie was onvoldoende, het tijdspad was te kort, de kwaliteit werd niet bewaakt en bijgestuurd,

de projectleider was onervaren, oude ruzies verziekten de samenwerking enz. Voor een deel komen die variabelen ook aan de orde in de volgende paragraaf. Hier gebruiken we ze als hulpmiddelen om naar de twee dominante routes in het werkveld te kijken. We beschrijven die en voorzien ze van kanttekeningen.

a De route van de 'evidence'

In navolging van de medische wereld probeert men evidence-based te werken en de in het verleden goed beschreven, onderbouwde en onderzochte interventies aan te bevelen. Soms werkt dat prima: interventies voor KOPP-kinderen en mensen met depressieve klachten (Petilon resp. Voordouw) zijn daarvan goede voorbeelden. Het Trimbos-instituut volgt hierin al jaren een duidelijke strategie: interventies die her en der uitgevoerd worden, leiden tot de standaardisering van een product in samenwerking met de lokale ontwikkelaars. Vervolgens wordt gestreefd naar verder effectonderzoek, volgens het RCT-model, en een systematische implementatie.¹³

Ook het RIVM Centrum Gezond Leven (CGL) volgt in opdracht van VWS deze route. Interventies kunnen worden voorgelegd ter erkenning. Wat niet goed beschreven is en geen eigenaar heeft, wordt niet beoordeeld. Wat nog niet onderzocht is, beoordeelt de Erkenningscommissie Interventies op theoretische degelijkheid en liefst op (kosten)effectiviteit. Vooral de Inspectie is een voorstander van deze route: die beste interventies beveelt het RIVM aan voor brede distributie. Daarbij is het nodig te wijzen op de meerdere betekenissen die het begrip Evidence heeft (Vaandrager e.a.).

Bij deze route maken we drie kanttekeningen:

1. *Het is een lange ontwikkelroute*: Een interventie ontwikkelen, pretesten en dan op voldoende schaal inzetten om via een RCT te onderzoeken en daarover te rapporteren vraagt veel jaren werk. Omgevings- en beleidsinterventies zijn minder vaak onderzocht, op dat terrein is een achterstand, die we zo niet snel inlopen. De aanbeveling van de Inspectie om snel meer te erkennen (van Wijngaarden) is te gemakkelijk gezegd, want de route naar erkenning is lang.

2. *Overdracht vraagt informatie*: Er wordt veel werk gemaakt van de toegankelijkheid van de kennis via handleidingen en trainingen. Dat vraagt een aparte investering, zowel van ontwikkelaars als van gebruikers.

Maar in de beschrijvingen ontbreekt vaak belangrijke informatie. Daarin is bijvoorbeeld niet altijd aangegeven voor welk *segment* van de populatie de aanpak het meeste succes kan hebben: zijn vooral voorlopers bereikt? Hoe kunnen we de 'harde kern' bereiken? (Bijvoorbeeld huidige rokers). Is de aanpak geschikt voor achterstandsgroepen en lage ses-groepen? Ook is vaak niet duidelijk in welke *context* het effect te verwachten is. Omdat context- en *procesvariabelen en randvoorwaarden* meestal niet of slecht beschreven zijn, zijn de modelprojecten als het ware beloften zonder prijskaartje. Dat maakt de beslissing over (her)gebruik moeilijk (zie ook paragraaf 3: Voorwaarden). In het beste geval zijn evidence-based interventies een hypothese voor mogelijk toekomstig succes. Ook hier zijn resultaten uit het verleden geen garantie voor de toekomst.

3. *Standaardisatie met flexibiliteit*: De bedoeling is dat de goede voorbeelden elders worden gevolgd. Uit de implementatieliteratuur¹⁴ is voldoende bekend waarmee ondersteuners dan rekening moeten houden. Kunnen praktijkwerkers het voorbeeld voorzien van een eigen stempel? Kunnen zij het naar hun hand zetten om het aan hun werksituatie aan te passen? We zouden daarom moeten weten welke onderdelen van een erkende interventie van vitaal belang zijn: welke zijn de kritieke modules en wat zijn de werkzame principes? Wat zijn geoorloofde variaties, wat mag zeker niet worden veranderd? De rapportage daarover en het onderzoek daarnaar ontbreken vaak nog.

Er zijn goede voorbeelden. In de depressiepreventie is het inzicht ontstaan dat er een alternatief moet komen voor de lange, intensieve cursussen voor mensen met depressieve klachten (Cuypers). Momenteel wordt door het Trimbos-instituut in samenwerking met GGZ-preventiewerkers gewerkt aan een pakket modulair opgebouwde, klachtgerichte interventies die beter toegankelijk moeten zijn voor bredere doelgroepen. Een ander voorbeeld zijn de beschreven lokale initiatieven gericht op overgewichtpreventie (de Hoop, Aalders). Ook hier wordt een multi-componentenstrategie nagestreefd, waarbij er variatie kan zijn in de wegen die kunnen leiden tot het aanzetten van de bevolking tot meer bewegen en gezonder eten.

Met deze laatste twee punten in de hand zou men de eisen aan de beschrijving van te erkennen interventies moeten bijstellen. Die eisen moeten dan ook weer meegenomen worden in de onderzoeksopzet en de documentatie die ZonMw vraagt bij de rapportage van projecten.

b De route van draagvlak naar programmering

Een toenemend aantal interventies richt zich op wijken, bijvoorbeeld interventies die beogen sociaaleconomische gezondheidsverschillen te verminderen. In de voorafgaande artikelen zijn daarvan enkele voorbeelden gegeven (Zuid Limburg, Zwolle, NISB). Overgewicht is vaak de aanleiding, maar deze wordt niet vertaald in een bepaalde vaste (erkende) aanpak. Want om effectief te kunnen zijn, moeten deze wijkinterventies bij voorkeur in overleg met de bewoners en praktijkprofessionals geleidelijk vorm krijgen. De werkwijze vraagt om een persoonlijke relatie, een lange adem en bereidheid te werken met veel kleine activiteiten.

Ook bij deze route kanttekeningen:

1. *Veel kleine successen, maar...*: Mogelijk succes kan men eigenlijk pas over langere tijd beoordelen. Sommige programma's laten zien dat de investeringen in het draagvlak zich pas later uitbetalen. Dan blijkt de bereidheid te zijn toegenomen om samen een gevarieerd pakket van veelal kleine interventies in verschillende sectoren uit te voeren en te onderhouden (NISB). Vooral in het begin is het vaak moeilijk in te schatten of die groei in bereidheid – en daarmee in capaciteit – wel of niet zal plaatsvinden. Men vertrouwt vaak ten onrechte op vooraf afgesloten convenanten tussen hooggeplaatste bestuurders. Zo'n convenant is namelijk geen garantie, dat de investering op de werkvloer ook gerealiseerd zal worden. Convenanten zijn wel zinvol, maar dan moet men klein beginnen en ze in de loop van de tijd stap voor stap verbreden.

2. *Het hangt van mensen af*: In een aanpak die de nadruk legt op participatie gaat het vooral om menselijke relaties, om vertrouwen en motivatie. Als bij de initiatiefnemende organisatie of bij de partners reorganisaties plaats vinden, als iemand met zwangerschapsverlof gaat, als de opdrachtgever of financier van een van de partijen zijn spelregels verandert, dan heeft dat onvermijdelijk gevolgen voor de samenwerking. De wisseling van de politieke macht na de verkiezingen is ook zo'n moment waarop een nieuwe vertrouwensbasis moet worden gelegd. Soms is ook een wisseling in de presentatie van de aanpak gewenst.

Daarbij spelen de gebruikelijke ijdelheden een rol: het is niet altijd interessant om klakkeloos een formule van een ander over te nemen, zeker niet die van een politieke rivaal of van een rivaal-buurgemeente. Politici, maar ook betrokken professionals, drukken graag een eigen stempel op een activiteit. Ze spelen graag in op nieuwe trends en laten dan onderwerpen die uit de mode zijn vallen (Spruijt). Front-office zou een programma 'eigen' en 'actueel' kunnen zijn, tegelijk zou het back-office professioneel degelijk en duurzaam moeten zijn.

3. *Het heet niet altijd gezondheid*: Politici en bestuurders uit andere sectoren formuleren hun idealen meestal in andere woorden dan gezondheidsbevorderaars. In de samenwerking met die sectoren is het daarom nodig om niet alleen na te gaan wat zij kunnen bijdragen aan de ziektebestrijding / gezondheidsbevordering. Het te nadrukkelijk gebruik van eigen vaktaal kan leiden tot irritatie over gezondheidsdictatuur, iets wat onder het publiek ook begint te leven ('*Dat gezeur over gezond*', kop in De Pers, 30 maart 2010). Andere sectoren dragen vaak indirect ook bij aan gezondheid. Als gezondheidsbevorderaars bereid en in staat zijn om de term 'gezondheid' om te zetten (*reframen*) of te verbinden met andere begrippen (bijvoorbeeld: veiligheid, participatie, mobiliteit, ontspanning, sociale cohesie)

dan is men in de samenwerking een betere partner. Het inleven in de waarden en doelen van anderen is een belangrijke voorwaarde voor samenwerken (Joosen).

4. *Sociale processen en planmatigheid*: Bij gedragsverandering van individuen wordt veel nadruk gelegd op het gebruik van bewezen theoretische modellen. Voor samenwerkingsprocessen is die kennis ook beschikbaar,¹⁵ maar het gebruik ervan is veelal meer impliciet. Dit deel van het werk zou meer doordacht en verantwoord worden, want ook van samenwerkingsstrategieën zou men proces en effect moeten monitoren.

Ten slotte nog een waarschuwing. Samenwerken wordt vaak gezien als een voorwaarde om dan vervolgens het 'echte' werk aan te pakken. Wij zien (het organiseren van) samenwerken als 'echt werk', als een interventie op zich, met eigen processen en resultaten. Samenwerken vraagt om vaardigheden en om tijd.

c Drie bruggen

Beide routes – die van 'evidence' en die van draagvlak en programmering – hebben hun verdiensten. De route naar evidence mikt op degelijke, gegarandeerde resultaten via een vaste formule, de draagvlakroute benadrukt de sociale dimensie van het werk. Het zou ideaal zijn van beiden de beste delen te combineren. Daartoe schetsen we drie bruggen.

1. *Planmatigheid op twee lijnen*: Ongeacht de aard en inhoud van de interventie, het betrekken van publiek, professionals en politiek is een vaste opgave. Daarom is het plannen van draagvlakontwikkeling dat samengaat met goodwill via PR, een vast onderdeel in iedere Gezondheidsbevordering-programmering. Dat deel zou meer planmatig aangepakt, uitgewerkt en gerapporteerd moeten worden. Voor de inhoudelijke interventies zou het wenselijk zijn om van de werkzame modules van erkende voorbeelden gebruik te maken. Planmatig werken, tussentijds reflecteren en kritisch evalueren zijn kenmerken van professioneel werk, dat zowel op de sociale als op de inhoudelijke dimensie versterking nodig heeft.

2. *De dosering van de interventie*: Duur en intensiteit van een interventie zijn (mede)bepalend voor het effect. Vele van onze gesprekspartners ervaren de tijdsduur, de gangbare vierjarige tijdslimiet waarbinnen de huidige activiteiten gepland worden, als veel te kort. Daarin bouwt men de eerste samenwerking op en eventueel bereikt men alleen de voorhoede van een bepaalde doelgroep. Voor het werken met de late *majority of the laggards*¹⁶ – zowel onder publiek als bij instellingen en politici – zijn andere technieken nodig. We menen dat er te weinig aan-

dacht is voor de verschillen in gedragspatronen bij verschillende segmenten van doelgroepen. Om een volgend segment te bereiken, moet de interventie naar inhoud en vorm worden aangepast. Er is ons nog weinig onderzoek bekend dat met die fasering rekening houdt. Ook voor lagere economische strata gelden andere denk- en gedragspatronen, men zal hen dus met andere methoden moeten benaderen om succesvol te kunnen zijn.

Het is al een vooruitgang als deelname en bereik geregistreerd worden, zoals dit in de GGZ- en verslavingspreventie al gebeurt en het voor de Gezondheidsbevordering-sector op stapel staat (CGL). Ook de betrokkenheid van instellingen en politiek zou men nader kunnen meten. Daarnaast zouden we maten moeten vinden voor de intensiteit van de interventie, omdat deze eigenlijk een voorwaarde is om zinnig over effecten te kunnen praten. Bij de volgende paragraaf Randvoorwaarden gaan we nader op dit thema in.

3. *Bijsturen met onderzoek*: De route via evidence investeert in onderzoek om effect te bewijzen. Getrouwe navolging zou dan dat effect opnieuw moeten realiseren. Wij hebben onze twijfels bij die verwachting. In plaats van eenmalig effectonderzoek lijkt ons onderzoek te prefereren langs de hele ontwikkel- en uitvoeringsroute.

Om de kwaliteit van de interventies gedurende de planning en uitvoering te verbeteren zou meer gebruik moeten worden gemaakt van ingebouwd onderzoek (Harting, Vaandrager). Of dat nu participierend of actiebegeleidend onderzoek heet, gemeenschappelijk kenmerk is dat onderzoek de betrokkenheid van alle actoren stimuleert; en dat de uitkomsten direct bruikbaar zijn om de kwaliteit van de interventie te verbeteren. Met deze vorm van 'korte-loop-leren' is in Nederland nog relatief weinig ervaring opgedaan, maar het is een belangrijk middel in kwaliteitssturing. Recent is wel over die mogelijkheden van een dergelijke aanpak gerapporteerd.¹⁵

Dit type onderzoek richt zich op andere thema's met een bredere variatie aan methoden. We beschouwen de formule van de Academische Werkplaatsen als een belangrijke stap in de goede richting. Daar krijgt de samenwerking tussen praktijk en onderzoek vorm. Op de lange termijn zullen onderzoekers meer inzicht krijgen in praktijkproblemen en zal geïntegreerd onderzoek de kwaliteit van interventies kunnen verbeteren. In de GGD betekent dit een herverkaveling van de onderzoekscapaciteit.

Conclusie 2: Strategieën

De twee routes, evidence-based en draagvlak-based, zien we als complementair. Ze zouden elkaar beter kunnen aanvullen.

- 1 *Maak in de evidence route ruimte voor meer rapportage over de vereiste samenwerking, over aanwezige context en benodigde capaciteit. Leer onderzoekers om daarover ook te rapporteren.*
- 2 *Werk standaarden uit om de dosering van interventies te beschrijven. Beschrijf daarin zowel de draagvlakontwikkeling als de inhoudelijke interventie.*
- 3 *Stimuleer actieondersteunend participatief onderzoek want dat vergroot inzicht in werkzame principes en het helpt om de effectiviteit te vergroten.*

3 DE RANDVOORWAARDEN

Bij veel partijen bestaat een blinde vlek voor de zakelijke aspecten van het werk. Omdat het gaat om mens-intensieve werksoort zijn tijd en geld, vertaald in menskracht en contacten, van eminent belang. In het beleid en in rapportages zijn dit overgeslagen thema's. Dat moet anders.

Gezondheid is een breed doel en er zijn veel wegen er naartoe. Het is daarom nodig om thema's en strategieën te prioriteren. VWS heeft meerdere speerpunten en wil ook in settings als achterstandswijken en scholen aan de slag. Het certificeren van interventies is tot nu toe gericht op losse thematische projecten. Hoe kan nu een bepaalde regio of gemeente zijn werkcapaciteit zo organiseren en combineren, dat op ieder van die speerpunten en settings optimaal met erkende interventies gewerkt gaat worden? Hoeveel personeel is daarvoor nodig bij veel of weinig draagvlak? Dat is nog niet doorgerekend.

Het werkschema waarvoor op nationaal niveau de Preventiecyclus is ontwikkeld, vindt z'n weg in de rapporten van de Inspectie en de VTV. Daarin is intussen een vast patroon te ontdekken dat verband houdt met wat we hiervoor al beschreven. Na twijfel over de effectiviteit van gezondheidsbevordering worden aanbevelingen gedaan als: ieder op zijn eigen plek de schouders eronder, vaker een innovatieve aanpak, meer samenwerking, sluit contracten en convenanten, ieder moet zijn verantwoordelijkheid nemen (ontleend aan de presentatie van het VTVrapport). Al deze mantra's negeren weer die ene reële optie, namelijk dat de huidige inzet – de intensiteit en duur van op zich veelbelovende interventies – onvoldoende is om een relevant rendement van gezondheidsbevordering aannemelijk te maken. Men wil de uitslag van de marathonloop al na de eerste kilometer vaststellen. Het is alsof er met RCT's degelijk onderzoek naar geneesmiddelen wordt gedaan, zonder oog voor de dosering van die middelen.

Hieruit moeten we afleiden dat er in het veld en bij beleid een blinde vlek is voor de randvoorwaarden waaronder de interventies effectief kunnen zijn. Daartoe rekenen wij zaken als de beschikbare tijd, geld, menskracht die de basis zijn voor een goede projectorganisatie met gedegen leiderschap, verantwoordelijkheden en logistiek. Ook in het vigerende onderzoek naar Gezondheidsbevordering zijn dit onderbelichte variabelen.

Verzakelijking

Er komen wel steeds meer kosten-batenanalyses rond preventie en gezondheidsbevordering beschikbaar, maar bij gebrek aan beter wordt daarbij veelal met macrogetallen gewerkt. We bepleiten daarom een verzakelijking van de gezondheidsbevordering, dat wil zeggen: de professionals moeten niet alleen hun ambities vertalen in SMART doelen, maar ze moeten ook logistiek, personeel, tijd en samenwerking samen vertalen in kengetallen. Daarbij moeten ze in het bijzonder letten op het kwantificeren van de diensten die nu in natura/tijd verstrekt worden.

Het ligt voor de hand om de erkenningprocedure en de i-database bij het CGL aan te vullen met deze kengetallen. Pas dan is het immers mogelijk om over effecten en kwaliteit van interventies te oordelen. Dergelijke kengetallen zijn overigens ook een voorwaarde voor het van elkaar kunnen leren met behulp van benchmarking. Via een beschrijving van deze zakelijke componenten – kwantitatief én kwalitatief – zal een beter beeld

ontstaan van wat men redelijkerwijs van een interventie of van een programma mag verwachten.

Tijd

Gezondheidsbevorderaars werken met meerdere interventies die elk een eigen tijdlijn hebben. Een cursus van acht bijeenkomsten is duidelijker afgebakend dan het lobbyen voor een sport- en spelterrein. Elk veranderingsproces kent fasen, er zijn snelle en trage perioden te onderscheiden. Hierbij hoort ook het begrip tijdshorizon met de vraag: op welke termijn en bij welke inzet mag men welke rendementen verwachten? Bij het formuleren van verwachtingen en het verstreken van subsidies wordt deze tijdshorizon doorgaans niet goed doordacht. Opdrachtgevers stellen eerder de vraag welke resultaten we in vier jaar zullen bereiken op het gezondheidsthema, in plaats van wat we redelijkerwijs nodig hebben aan tijd en capaciteit om dat doel überhaupt te kunnen bereiken.

Mede ten gevolge van de financieringsstructuur en/of door een politieke cyclus hebben veel projecten immers hooguit een looptijd van vier jaar. Dat heeft in het verleden wel geleid tot 'projectitis': veel projecten zonder duidelijk kader maar wel met een snelle start en een gedwongen stop op het moment waarop de subsidie is opgebruikt. Als projecten deel uit zouden maken van een programma met een lange looptijd, dan kan men zich afvragen wat in vier jaar te realiseren is, voortbouwend op de vorige vier jaar en ter voorbereiding op de volgende vier. Het besef dat voor programma's een langer tijdsperspectief nodig is begint pas recent gemeengoed te worden. (Friesland / Zuid Limburg) We benadrukken daarom bij het formuleren van de SMART doelen in de beschreven doelenboom extra aandacht te schenken aan een relevante tijdshorizon. Zo kan consensus ontstaan over welke effecten op welke termijn redelijkerwijs gerealiseerd kunnen worden. (Linssen en Hesdahl)

Mensen = uren = geld

Veel van de kosten van gezondheidsbevordering zijn personeelskosten. De combinatie van het aantal benodigde arbeidsuren voor de voorgenomen activiteiten met de prijs voor die arbeidsuren bepaalt dan ook een groot deel van de omvang van de nodige investering. Deze gegevens zijn van groot belang om zakelijk over duur en intensiteit van een interventie te kunnen praten. Als men zich dit realiseert dan valt het op dat VWS niet over ramingen beschikt van personeelsbeleid voor preventie.

Nu is het ook niet eenvoudig om betrouwbaar te rapporteren over de precieze investeringen bij projecten. Het is nog wel mogelijk om uit de eigen urenregistratie de investering van de eigen organisatie te bepalen, maar als er sprake is van samenwerking met derden dan investeert men in feite in tijd. Men mobiliseert immers de samenwerkende partijen om hun mensen in te zetten, denk bijvoorbeeld aan leraren op scholen die zich gaan inzetten voor de 'gezonde school'. Dat soort investeringen staat zelden als zodanig op een projectbegroting. Men zou zich eens moeten afvragen wat de bijdrage in mensuren is van een school, die het volledige 'gezonde school programma' uitvoert.

Voorts lijkt er in de praktijk een grote variatie te zijn in het aantal mensen en uren dat met vergelijkbare activiteiten bezig is. Door gebrekkige rapportage van de informatie over deze randvoorwaarde is het moeilijk om daarop greep te krijgen. Daarom is het wenselijk dat er voor elke interventie een gestandaardiseerde zakelijke beschrijving beschikbaar komt van

de geplande personele en financiële inzet, maar ook van eventuele bijstellingen in de capaciteit in de loop van het programma.

Naast de vraag van de kwantiteit is er de vraag naar de kwaliteit van de professionals. Gezien de complexiteit van de opgaven is het belangrijk te denken in multidisciplinaire teams, omdat de nieuwe uitdagingen andere competenties vereisen.

Ten slotte is er een probleem met de huidige beschikbare capaciteit. Ook al ligt de verantwoordelijkheid voor lokale projecten bij de lokale overheid, projectleiders besteden toch nog een belangrijk deel van hun tijd aan het mobiliseren van extra,

vooral landelijke, financiering. Ze doen dat mede omdat zij met hun interventie op de grens van verschillende financieringsstromen werken. Zo vallen de KOPP-projecten en de activiteiten van BIG! MOVE of van Klacht naar Kracht vooralsnog niet onder de AWBZ, WMO of in het verzekeringspakket. (Petilon, Aalders, de Hoop). Extra geld voor hun uitvoering is dan eigenlijk alleen te verkrijgen via de programma's van ZonMw, maar deze voorzien niet in structurele financiering. We zouden graag af willen van het sprokkelen van financiering om de ambities waar te maken: er moet adequaat geïnvesteerd worden.

Conclusie 3: Randvoorwaarden

De doelenboom geeft aan welke randvoorwaarden vervuld moeten worden (de wortels en de stam) om effecten van interventies te mogen verwachten. Om de blinde vlek voor de randvoorwaarden weg te nemen zijn enkele initiatieven nodig:

1 *Haal de achterstand in op het gebied van randvoorwaarden:*

- *Start een werkprogramma voor de standaardisatie van de registratie.*
- *Bouw de erkenningsroute en de i-database met die variabelen uit.*
- *Vraag ook de zakelijke procesgegevens bij onderzoeksverslagen.*

2 *Laat een grootschalig onderzoek doen naar beschikbare en benodigde capaciteit voor bepaalde uitgewerkte (en erkende) interventies (Gezonde School / KOPP).*

3 *Koppel doelen op verschillende niveaus nadrukkelijk aan verschillende tijdshorizonten en laat nauwkeuriger over tijdsvariabelen in veranderprocessen per fase rapporteren.*

4 *Geef in alle lokale en nationale beleidsplannen de randvoorwaarden nadrukkelijk een adequate plaats.*

4 WIE DAARBIJ HELPT: DE ORGANISATIE VAN DE ONDERSTEUNING

In Nederland stellen vele organisaties zich ten doel om gezondheidsbevordering kwalitatief te verbeteren. De gegroeide inzichten op de terreinen van kennismanagement en implementatie maken duidelijk, dat gedragsverandering bij het publiek een kwestie is van gevarieerde strategieën en een lange adem. Dan zou het ook duidelijk moeten zijn dat gedragsverandering bij professionals, management en politiek eveneens slechts met gevarieerde strategieën tot stand kan komen en veel tijd nodig heeft. Daarmee wordt doorgaans onvoldoende rekening gehouden. In de praktijk betekent dat: investeren in de kwaliteit van het personeel omdat dit werkveld bij uitstek arbeidsintensief is.

Een aantal van de randvoorwaarden uit de vorige paragraaf krijgt een eigen impuls. Onze gesprekken met enkele nationale organisaties laten zien dat beleidsimpulsen ook uitgaan van de VNG, GGD Nederland en andere koepels. De NSPOH en de NVPG investeren in de competenties, opleiding en bijscholing van menskracht en het RIVM/CGL en de thema-instituten (o.a. Stivoro en NISB) voorzien in kennis over methoden. Ook het Trimbos-instituut ondersteunt managers en uitvoerders in de sectoren GGZ- en verslavingspreventie, en verzorgt trainingen in het uitvoeren van interventies. In inhoudelijk overleg rond thema's als depressie en angst, KOPP en mantelzorg waarin tussen praktijkwerkers en Trimbos-ondersteuners kennis en ervaringen worden uitgewisseld, ontstaan aanzetten voor het (door-)ontwikkelen van interventies. In de CGL-werkplaatsen vinden soortgelijke overleggen plaats.

ZonMw biedt brede ondersteuning in termen van onderzoeksresultaten, kennisuitwisseling en implementatieadviezen. Andere partijen hebben voornemens om het veld directe on-

dersteuning te bieden, zij het op verschillende voorwaarden (NIGZ). In al deze gevallen blijft echter de vraag aan de orde: wat is de duur van die ondersteuning? En wie garandeert dat de effecten van die steun ook op langere termijn blijven doorwerken?

Geslaagde interventies bevatten vaak handleidingen voor de gebruiker en het publiek, maar het valt op dat de training en coaching voor de uitvoering ervan veel moeilijker te regelen zijn. Het CGL vraagt daarom naar een aanspreekbare eigenaar van de interventie die trainingen, bijstellingen en het up-to-date houden regelt. Deze functie wordt voor een groot aantal interventies in de GGZ- en verslavingspreventie met financiering van VWS vervuld door het Trimbos-instituut (Voordouw). Deze functie ontbreekt voor de Gezondheidsbevordering. De "eigenaar" van Gezondheidsbevordering-interventies is bijvoorbeeld de projectleider die de interventie heeft ontwikkeld met een subsidie van ZonMw. Deze is vaak op het project gepromoveerd en werkt intussen elders. Zo ontstaan plankenvol verweesde interventies. Er is geen gerichte financiering beschikbaar voor het organiseren van 'kenniscommunities', zoals rond interventieclusters die het NISB toepast (NISB). In aansluiting bij de DIKstudie (Disseminatie en Implementatie van Kennis)¹⁷ bepleiten wij mogelijkheden voor financiering die in deze leemten kunnen voorzien.

Het is verheugend te zien, dat initiatieven geleidelijk beter op elkaar worden afgestemd. Het CGL heeft een aantal overlegstructuren ingesteld, waarin de verschillende veldpartijen samenwerken. Zo ontstaat er een lerende community. Dat proces moet als iedere samenwerking zijn tijd krijgen om te rijpen (Leurs).

Het blijft de moeite waard om over een paar jaar weer eens kritisch naar dat ondersteunende proces te kijken en vooral om na te gaan of die initiatieven ook werkelijk impulsen zijn tot verbetering op lange termijn. Al te vaak zijn er ondersteunende

activiteiten geweest met een korte levensduur die gebruikt werden als additionele financiering van activiteiten maar die bij het einde van het project weer werden gestaakt. Kwaliteit vraagt goede processen door competente specialisten die zich daarover publiekelijk en wetenschappelijk verantwoorden. Door de ondersteuning door nationale instellingen hopen praktijkwerkers vaak meer uitvoeringscapaciteit te krijgen. De nadruk zou echter meer op professionele en management capacity building moeten liggen.

Naast de gespecialiseerde gezondheidsbevorderaars zijn er nu ook steeds meer partijen die zich op dit gebied van preventie inzetten (Oosting en Keijzers). Daarbij zouden de kwaliteitsnormen voor gespecialiseerd werk echter ook in toenemende mate richtlijn moeten zijn bij de inzet van die derden. In de toenadering tussen public health en de zorg zouden verpleegkundigen en ondersteuners van huisartsen en ook andere hulpverleners en instellingen bijvoorbeeld beter op de hoogte moeten zijn van de moderne eisen die aan vakwerk in gezondheidsbevordering worden gesteld.

Conclusie 4: Ondersteuningsorganisaties

Er is een veelvoud aan ondersteuningsinitiatieven

- 1 *Afstemming en coördinatie van de ondersteuning moet vooral leiden tot een duurzame verbetering en niet alleen tot incidentele capaciteitsuitbreiding.*
- 2 *Het mobiliseren van menskracht in de zorg of bij andere instellingen voor het uitvoeren van gezondheidsbevordering vereist wel aparte maatregelen zodat de kwaliteit van het gezondheidsbevorderend werk gegarandeerd blijft.*
- 3 *Ondersteuning krijgen betekent leren, leren is werk, werk kost tijd, tijd vraagt geld.*

5 HOE REGELEN WE FEEDBACK EN REKENSCHAP AFLEGGEN?

Gezondheidsbevordering is niet alleen arbeidsintensief maar het is ook een kennisintensieve werksoort. Verbeteren en leren moet niet aan het toeval over gelaten worden, maar vraagt om een eigen programmering.

Gezondheidsbevordering combineert inzichten uit medische en sociale disciplines en kan gebruik maken van allerlei theorieën, voorbeelden, richtlijnen en standaarden. Kennismanagement is dan ook een aparte invalshoek geworden: hoe kunnen we relevante kennis ontwikkelen, delen, wegen en gebruiken. We benadrukken deze invalshoek, omdat in dit werkveld een mechanisch toepassen van Best Practices in 'evidence based packages' niet volstaat. We zien de processen meer in het licht van voortdurend leren, van bijsturen in overleg met betrokkenen, van veranderen als onderhandelingsproces. Dus van het hantieren van Best Principles and Best Procedures.

De huidige wetenschappelijke publicaties zijn daarvoor doorgaans niet voldoende. Ze zijn immers doorgaans eenzijdig, niet alleen in dit veld. Want in de meeste publicaties ligt – begrijpelijk – de nadruk op de methodiek, de statistiek en de resultaten van het onderzoek. Dat betekent echter tegelijk dat over de processen die tot die resultaten hebben geleid minder wordt geschreven; en dat informatie over al dan niet aanwezige randvoorwaarden vrijwel afwezig is in de academische pers.

Ook ontbreekt nog vaak de stem van het veld, zoals wij die hoorden in de gesprekken. Voor praktijkprofessionals staat weinig premie op publiceren, meestal ontbreekt ook de tijd daarvoor. En als men al samenwerkt met de universiteit, dan krijgt een groot zwaar onderzoek meer kans dan een bundel van kleine ingebouwde, maar zo behulpzame actiebegeleidende onderzoeken.

Voor de hiervoor beschreven verzakelijking van de rand-

voorwaarden en om processen beter te kunnen sturen moeten cijfers beschikbaar zijn. Dat betekent dat er onderzoek moet komen naar die randvoorwaarden voor goede gezondheidsbevordering. In de lokale en nationale preventiecyclus en beleidsstukken zou een weergave van de stand van de organisatie, van competenties, van kwaliteit opgenomen moeten worden. Zo kan de investering en capaciteit in relatie gebracht worden met ieder project afzonderlijk, maar kan ook nagegaan worden hoe de capaciteitsverdeling over een patroon van interventies zich ontwikkelt en doorwerkt op determinanten.

Een andere manier om de kwaliteit in het veld te stimuleren is het werk van de inspectie. Het recent verschenen Inspectierapport¹¹ laat zien dat de systeemaanpak zich richt op verantwoordelijke personen zoals wethouders en directeuren GGD. In die rapporten willen we meer zien over degelijkheid en duurzaamheid, over inspelen op de lokale situatie, over draagvlak en de andere randvoorwaarden. Daarop gaan we later nader in.

Voor de kwaliteitsontwikkeling in dit werkveld heeft ZonMw de DIKstudie¹⁷ laten uitvoeren. De studie komt tot de volgende aanbevelingen, die nauw aansluiten bij onze bevindingen:

- Meer aandacht voor het oplossen van verwarring in rolverdelingen en regievoering
- Productie en uitwisseling van zowel thematische als themaverstijgende kennis
- Erkenning van meerdere soorten evidence
- Aanpassen van de financieringsstructuur ten behoeve van ondersteuning van actieve kennisuitwisseling (co-creatie)
- Opbouwen op lokaal niveau van competenties voor actieve kennisverwerving.

Voor een verdere uitwerking voor de kennisinfrastructuur van de Openbare Gezondheidszorg verwijzen we naar het hoofdstuk Gezondheidsbevordering in deze studie.

Conclusie 5: Feedback en rekenschap afleggen

Stimuleer systematisch het ontwikkelen, delen, wegen en gebruik van kennis over strategieën en randvoorwaarden. Maak gebruik van de aanbevelingen uit de DIKstudie daarover.

DEEL 2: WIE DOET NU WAT?

Al onze voorafgaande suggesties en werklijnen vertalen we nu naar concrete voorstellen, gericht aan de spelers in het veld van de gezondheidsbevordering. We nemen daarbij de vrijheid om zo concreet mogelijk te worden. Voor een deel zijn het ideeën voor de lange termijn, maar die begint morgen.

1 Onderzoek

Het zal onderzoekers tevreden stemmen: we hebben meer onderzoek nodig, zij het naar onderwerpen en werkwijzen waarmee ze nog niet zo vertrouwd zijn.

Andere inhoud

We beschikken met het RIVM, TNO, Trimbos-instituut, ZonMw, de universiteiten en hogescholen over ruime onderzoekscapaciteit. We stellen de volgende inhoudelijke trajecten voor:

- Werk de combinatie ziekten voorkomen en gezondheid bevorderen (salutogenese) als dubbele doelen van gezondheidsbevordering conceptueel en theoretisch verder uit.
- Werk ook het maatschappelijk belang van gezondheid conceptueel en theoretisch verder uit, zoals de VTV dat nu al nadrukkelijk doet, en gebruik die inzichten als politieke argumentatie.
- Werk aan een overzicht van determinanten die ziekterisico's vergroten c.q. verkleinen en van determinanten die gezondheid bevorderen c.q. belemmeren.
- Onderzoek de werkzame principes van interventies en de voorwaarden waaronder deze effectief zijn.
- Ontwerp een doelenboom en test deze uit op bruikbaarheid; maak daarvoor gebruik van de internationale ervaringen met dit instrument. Ga na hoe een patroon van interventies daarin een plek kunnen krijgen. Aan de voet van die doelenboom moeten context, draagvlak en randvoorwaarden een plaats krijgen.
- Bevorder micro-economische studies naar de investeringen binnen diverse interventies, om een compact pakket van kerngetallen te vinden.
- Begin snel met een reconstructie van de randvoorwaarden die nodig zijn voor de gecertificeerde interventies.
- Entameer studies naar de factor tijd in beleid, interventies en gedrag. Wat is de normale snelheid van verandering? Waarvoor kan deze versneld worden? Deze studies kunnen een invulling geven van de tijdshorizonten op de verschillende niveaus van de doelenboom.
- Rapporteer bij effectstudies ook over (veranderingen in) context, capaciteit, randvoorwaarden, etc. die (mede-)bepalend zijn geweest voor het effect.

Andere aanpak

Voor suggesties over een andere aanpak van onderzoek verwijzen we naar de bijdragen van Harting, ten Dam en Vaandrager e.a. We bepleiten niet alleen meer onderzoek, maar vooral ook kleinschalig actiebegeleidend en participatief onderzoek, dat de effectiviteit van interventies al werkend kan vergroten. Dit onderzoek moet bij voorkeur in nauwe samenwerking met praktijkprofessionals worden uitgevoerd. Dat vraagt om een andere opstelling, een andere aanpak en een gepaste snelle feedback met de gegevens. Dit dient dan ook een plaats te krijgen in de huidige opleidingen en bij- en nascholing. Daarbij kunnen masterclasses een basis leggen voor curriculumontwikkeling op dat

gebied. Eerder stimuleerde VWS de ontwikkeling van de GGD-epidemiologie langs die lijn, nu is gezondheidsbevordering aan de beurt.

2 Praktijk

We wezen op de toegenomen rol van gezondheid, op een verbreding van het gezondheidsbegrip en op een scala aan determinanten daarvan. Dat betekent dat er meer verschillende typen interventies nodig zijn. Er zijn hiervoor slechts voor een klein deel goede voorbeelden beschikbaar. Werken met effectieve interventies als modules, ingebed in een op de lokale situatie toegesneden uitvoeringsprogramma, met werkzame kernprincipes van het vak en met ingebouwd onderzoek verbetert het grondwerk.

Daarnaast is er behoefte aan regie en coördinatie van veel partijen in het veld. Het gaat daarbij om leiderschap, samenwerken en delegeren. Dit zijn zaken waarover al veel onderzoek en theorievorming beschikbaar is. De NVPG wil de benodigde competenties voor uitvoerders en senioren opnieuw in kaart brengen. Ook het CGL zal hieraan bijdragen.

De NVPG en de opleiders zouden samen een senioren-opleidingstraject voor programmaregisseurs kunnen starten nadat daarvoor de vereiste competenties zijn uitgewerkt. Het is belangrijk dat er hiervoor eindelijk georganiseerde financiering beschikbaar komt, al is het maar een reservering voor manpower-development van 10% binnen ieder traject. Het mag in elk geval niet langer zo zijn dat we naar elkaars verantwoordelijkheid blijven verwijzen.

Net als op andere werkerreinen zou de beroepsvereniging het voortouw moeten nemen voor veldnormen en kerngetallen, gebruik makend van de vele onderzoeksstromen die we voorstellen. Zo zal het veld zich beter kunnen verantwoorden; laten zien dat kennisgebruik bij planning routine is; dat bijsturen met ingebouwd onderzoek normaal is; en dat rekenschap afleggen (rapporteren) aan publiek en collega's (ook over randvoorwaarden!) gebruikelijk is. Daarbij zal het een kunst zijn wel te registreren en te publiceren, maar niet door te schieten in een bureaucratische molen. We hebben wel een paar kerncijfers nodig.

3 Beleid

Voor het lokale beleid volgen we de Inspectie: beschrijf in de volgende generatie lokale nota's, met SMART doelen, beargumenteerde prioriteiten waarbij adequate randvoorwaarden zijn ingevuld en gegarandeerd. De GGD zal dat in de eigen organisatie moeten vertalen, maar ook andere betrokken organisaties als scholen, bedrijven en buurtinstellingen zouden gezondheid een adequate plaats moeten geven, daartoe gestimuleerd door de gemeente.

VWS bereidt de volgende preventienota voor. We rekenen erop dat daarin een aantal suggesties van de Inspectie en uit de VTV terug te vinden zijn, aangevuld met onze mantra: context, randvoorwaarden, capaciteit en het doen van ander onderzoek.

Het is ook wenselijk dat VWS in de volgende nota meer recht zou doen aan de expliciete betekenis van andere ministeries, partijen en sectoren. Dat zou de samenwerking lokaal kunnen versterken en het zou een stap kunnen zijn naar minder vrijblijvende arrangementen.

VWS is ook in de positie om met het RIVM en ZonMw te

overleggen over de programmering en aanpassing van de gevraagde onderzoekstrajecten.

Ten slotte kan VWS in de preventiecyclus een aparte lijn opnemen over de benodigde en in te zetten capaciteit voor gezondheidsbevordering. Daarop zou de Inspectie dan haar oordelen kunnen gaan baseren. Want de Inspectie is op landelijk niveau bij uitstek de organisatie die de hiervoor genoemde aanbevelingen kan helpen realiseren. Daarvoor zou het volgende inspectierapport kunnen ingaan op de volgende zaken.

- Een beoordeling van het landelijke en de lokale beleid met gelijke maatstaven.
- Alle doelen SMART geformuleerd met eigen plaatsen in de doelenboom en een aangepaste tijdshorizon.
- Nagaan of achter de 'couleur locale' van een gemeentelijk programma degelijke kwaliteit schuilgaat.
- Nagaan welke capaciteit men inzet, en of daarmee de doelen op termijn ook werkelijk gerealiseerd kunnen worden..
- Beoordelen of kennis en ondersteuning goed worden gebruikt en ingezet.
- De vorderingen van de professionele ontwikkeling beoordelen (via dan beschikbare publicaties daarover)
- Een zakelijk verslag over tijd en geld voor gezondheidsbevordering.

TOT SLOT

Gezondheidsbevordering is een dynamisch werkveld, met ingebouwde spanningen tussen:

ziektebestrijding en meer gezondheid	
individueel	en collectief
medisch	en sociaal
leefstijl	en omgeving
voorlichten	en beleidsbeïnvloeding
werken voor	en werken met
eenvoud	en complexiteit
ambitie	en capaciteit
actie	en context
korte termijn	en lange termijn
eindig project	en duurzaam programma

We hebben samen een traditie aan de linkerkant, maar leren nu links en rechts te combineren. Daarbij moeten we rekening houden met zaken als de verschuivingen in gezondheidspatronen, de verandering in de taken van instellingen, het gevarieerde medialandschap, maatschappelijke trends, etc. Dat is een hele uitdaging! In dit TSG nummer bepleiten we – op grond van de ervaringen van velen – een zakelijker insteek in beleid en praktijk en adequater onderzoek. Daarbij willen we vóór alles ervoor zorgen, dat in de gezondheidsbevordering creativiteit, diversiteit en duurzaamheid ertoe bijdragen dat we iedereen inviteren tot gezondheid.

ABSTRACT

Sustainable health promotion – Health promotion is a marathon, not a sprint

The content of this special issue is based on conversations with professionals on the work floor, in national supporting institutes and at the national policy level. After the talks that focussed on prouds and doubts, our partners wrote about a

few interesting aspects that were discussed. On the basis of the meetings and the articles the editorial team summarised in part 1 of this chapter a diagnosis of today's situation of health promotion in The Netherlands. In part 2 a number of conclusions and recommendations are formulated.

In part 1 the following issues are addressed:

1. Often aims in health promotion are based on "preventing an illness". It would be helpful to pay also attention to 'what makes/keeps people healthy' (salutogenesis). Each of these two aims has its own pattern of determinants and requires an intervention pattern as mixed. A logic model, including a tree of objectives with appropriate time-horizons for each level is required, to see how interventions are part of a larger pattern.
 2. There are two rivalling strategies in health promotion development: at the national level most accent is put on the use of evidence-based intervention packages, at the local level the focus is on participation based variety of actions. These two approaches show a tension between standardisation and diversity, but could profit from interaction and cooperation.
 3. Many parties involved have a 'blind spot' for the required time, money and personnel. All three of them are mostly underestimated, as a consequence potentially effective interventions are stopped when only the basis was laid for further actions. Until now effectiveness is only related to the intervention-formula, but the dosage and exposure time, that means the invested capacity, might be at stake as well. The recent emphasis on innovation of formulas has created shelves of unused examples of interventions.
 4. Professionals, managers and politicians are people; they have to be treated like any other target group, because they also change slowly and step by step. Too many projects have a time limit that does not fit with the pattern of slow growth in collaboration.
 5. The feedback and accountability has to be programmed in such a way that a knowledge base is built and can be developed. Single shot RCT's have limited value compared to the invested capacity. Important is to seek more information from field experience: on potential and barriers in the societal and political context of the action, on time and money at the start and gained during the process, on kind and number of professionals involved. These data need to be part of the reports published, even if this requires a change in editorial policy.
- In part 2 the previous suggestions are translated to actions and addressed to different stakeholders.
1. *Research* is needed on factors promoting health, on the principles that make interventions effective, on the steps in-between the action and the health-outcome. More research should be closely linked to the action. Participatory evaluation, action research, and qualitative studies should get more attention.
 2. Especially research on the factors time, money, capacity and policy, is needed
 3. In *practice* more attention is needed for a wider scope of determinants: we need to move beyond the tradition of lifestyle only to fulfil the potential of health promotion. Positive health and its determinants are of special impor-

tance, as they may offer a number of new entry points to community and services and sectors.

4. In policy there is positive evolution towards formulation of SMART goals. Capacity, time and money as prior conditions are the result of advocacy and lobbying and should considered to be full part of the art and science of health promotion..

Key words: Health promotion, mental health promotion, evidence based, practice based, salutogenesis, target tree, capacity building, health policy.

LITERATUUR

1. *Antonovsky A.* Health, Stress and Coping San Francisco: Jossey-Bass, 1979.
2. *RIVM.* Tijd en toekomst, deelrapport van de VTV 2010 Van gezond naar beter. Bilthoven: RIVM, 2010.
3. *Walburg JF.* Mentaal vermogen: investeren in geluk. Amsterdam: Nieuw Amsterdam, 2009.
4. *Munthe C.* The Goals of Public Health: an integrated, multi-dimensional model. *Public Health Ethics* 2008;1(1):39-52.
5. *Lalonde M.* *A New Perspective on the Health of Canadians.* Ottawa: Health Canada, 1974.
6. *Saan H, Haes W de.* Gezond effect bevorderen. Woerden: NIGZ, 2005.
7. *Coördinatieplatform Zorgstandaarden.* Zorgstandaarden In Model. Den Haag: ZonMw, 2010.
8. *WHO.* Health Promotion Glossary 1998. www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf (Download 1 mei 2010).
9. *Ritsatakis A.* Experience in setting targets for health in Europe. *Eur J Public Health* 2000;10:(4suppl)7-10.
10. *RIVM.* Van gezond naar beter. Bilthoven: RIVM, 2010.
11. *Inspectie voor de Gezondheidszorg.* Staat van de Gezondheidszorg. Meer effect mogelijk van publieke gezondheid. Den Haag: IGZ, 2010.
12. *RIVM.* Maatschappelijke baten. Bilthoven: RIVM, 2010.
13. *Jonge M de, Ruiter M.* Aard en Omvang GGZ- en Verslavingspreventie 2008. Utrecht: Trimbos-instituut, 2010.
14. *ZonMw* Literatuurlijst Implementatie. www.zonmw.nl/nl/implementatie/kennis-delen/literatuur/ (Download 6 mei 2010).
15. *Wagemakers A.* Community health promotion. Proefschrift. Wageningen: Wageningen Universiteit, 2010.
16. *Rogers E.* Diffusion of innovations. New York: Free Press, 1995.
17. *Vaandrager L, Driessen Mareeuw F van den, Naaldenberg J, Klerkx L, Molleman G, Regt W de, Zandvliet J.* De kennisinfrastructuur van de Openbare Gezondheidszorg: vorm en functioneren (DIK Studie). ZonMw, Den Haag, 2010.

CORRESPONDENTIEADRES

**Willy de Haes, Cuwaert Health Promotion, Dordrecht,
e-mail: willy.dehaes@gmail.com**