

Help ons elkaar te helpen

*Impressie van gesprekken
met professionals gezondheidsbevordering
over ondersteuning van hun beroepspraktijk*

Veldonderzoek ondersteuning gezondheidsprofessionals
In opdracht van het RIVM, Centrum Gezond Leven

Juni 2010

Inhoud

Het rapport in vier alinea's	3
Inleiding	4
1 Knelpunten in de praktijk	6
2 Ideeën over ondersteuning	13
Conclusies & aanbevelingen	18
Reflectie	21

Het rapport in vier alinea's

Het Centrum Gezond Leven (CGL) van het RIVM wil professionals gezondheidsbevordering bij GGD'en, thuiszorg, GGZ-instellingen, verslavingszorg en sportserviceorganisaties beter faciliteren bij het uitvoeren van hun werk. Voor de ontwikkeling van een ondersteuningsprogramma deden we een kort veldonderzoek. We spraken – via zes focusgroepen – met 38 verschillende praktijkprofessionals uit heel Nederland, verdeeld over GGD, GGZ, thuiszorg, sport en verslavingszorg. We vroegen deze professionals tegen welke praktijkknelpunten ze aanlopen en welke vorm van ondersteuning ze zouden kunnen gebruiken. De gerichte vraag naar knelpunten levert natuurlijk een eenzijdig beeld van de praktijk op, want er gaat ook veel goed. Wij hebben het evenwel specifiek willen hebben over die dingen waar ondersteuning, in welke vorm dan ook, zou kunnen helpen.

Professionals gezondheidsbevordering ondervinden drie clusters van knelpunten waarbij ondersteuning een uitkomst kan bieden: (a) interventies selecteren, doorvertalen en onderbouwen, (b) samenwerken met andere organisaties en (c) gezondheidsbevordering agenderen en financiën aanboren. Met name de regionale samenwerking tussen GGD, GGZ, thuiszorg en sportserviceorganisaties, alsook het gebrek aan regie daarover, is tijdens de gesprekken als belangrijk struikelblok naar voren gekomen.

De ondersteuning van professionals gezondheidsbevordering moet er allereerst op gericht zijn professionals overzicht te bieden en het maken van keuzes te vergemakkelijken. Overzicht en keuzes in interventies enerzijds, en vormen van samenwerking anderzijds. Direct daaraan gekoppeld willen professionals graag snelle en makkelijke toegang tot basis- en voorbeeldmaterialen. Verder moet de ondersteuning ontmoeting, kennisuitwisseling en coaching op maat initiëren en faciliteren, met name gericht op het verbeteren van regionale samenwerking en het overwinnen van praktijkproblemen. Tot slot is er behoefte aan training en ontwikkeling van specifieke kennis & vaardigheden, bijvoorbeeld op het gebied van sociale marketing en het sluiten van strategische allianties.

Het ondersteuningsprogramma verbindt idealiter bestaande ondersteuningsinitiatieven en -organisaties, is laagdrempelig en wordt dicht op de huid van de praktijk ontwikkeld. Het wensbeeld van het ondersteuningsprogramma dat tijdens de gesprekken naar voren kwam, is een programma dat alles wat er al wordt gedaan bij elkaar brengt, de kwaliteit en samenhang ervan bewaakt en mensen met elkaar in contact brengt. Aanvullend ligt er een rol voor het CGL om signalen uit de praktijk op te vangen en te agenderen bij andere organisaties, waaronder het ministerie van VWS en de partnerorganisaties.

Inleiding

Ondersteuning voor professionals gezondheidsbevordering

Het Centrum Gezond Leven (CGL) van het RIVM voert in opdracht van het ministerie van VWS het traject 'ondersteuning professionals gezondheidsbevordering' uit. Doel hiervan is om professionals gezondheidsbevordering bij GGD'en, thuiszorg, GGZ-instellingen, verslavingszorg en sportserviceorganisaties beter te faciliteren bij het uitvoeren van hun werk. Onderdeel van de aanpak van CGL is een veldinventarisatie, die onder meer bestaat uit focusgroepen met professionals uit de praktijk. Dit verslag bevat een impressie van de uitkomsten.

Belangrijke maatschappelijke opgave in een lastige context

Professionals gezondheidsbevordering hebben belangrijke, maar ook lastige maatschappelijke opgave. De essentie van hun werk is inwoners van Nederland gezonder te laten leven. Makkelijk gezegd, maar niet 1-2-3 geregeld. Dat heeft deels te maken met hoe de gezondheidsbevordering is georganiseerd: veel verschillende organisaties hebben een rol en de samenwerking tussen die organisaties, zowel lokaal, regionaal als landelijk, verloopt niet overal soepel. Wat het daarnaast ingewikkeld maakt, is dat de problematiek divers en vaak meervoudig is (denk aan overgewicht, drank, drugs, depressie, mishandeling, et cetera), doelgroepen lastig te bereiken zijn, preventie niet overal evenveel prioriteit krijgt en de financiering onder druk staat. Kortom, de context waarin professionals gezondheidsbevordering opereren, is ingewikkeld en veeleisend.

Eerste verkenning onder stakeholders en experts

Dat gezondheidsprofessionals een steuntje in de rug kunnen gebruiken, bleek al uit een eerste verkenning van het CGL. Die verkenning omvatte een literatuuronderzoek en een serie gesprekken met deskundigen bij partnerorganisaties. Daaruit kwam naar voren dat er verschillende drempels in de praktijk zijn – vaak ook bekend bij alle betrokkenen – die tot op heden niet of nauwelijks worden weggewerkt. Volgens de verkenning van het CGL zijn die drempels terug te voeren op drie onderliggende oorzaken:

- De kloof tussen landelijke organisaties en de regionale en lokale praktijk.
- De relatief jonge en zich nog volop ontwikkelende identiteit van het vak.
- De gebrekkige regie over en aansturing van professionals en hun lokale interventies.

In gesprek met de praktijk

Aanvullend op de eerste verkenning initieerde het CGL een veldonderzoek. Die bestond uit zes focusgroepen en een terugkombijeenkomst. In totaal spraken we met 38 verschillende praktijkprofessionals uit heel Nederland, verdeeld over GGD, GGZ, thuiszorg, sportservice en verslavingszorg. GGD'ers waren het meest vertegenwoordigd. Genodigden kwamen uit het netwerk van CGL, of werden via via benaderd. De uitnodiging van deelnemers is verzorgd door het CGL zelf.

We spraken overwegend met professionals gezondheidsbevordering die organiserende, initiërende, aanjagende en coördinerende taken hadden. Een aantal besteedden een deel van hun tijd ook aan de uitvoering, bijvoorbeeld het verzorgen van cursussen aan een einddoelgroep. Anderen hadden (deels) leidinggevende taken. Een van de focusgroepen was

specifiek met managers. Opmerkelijk was dat een flink deel van onze gesprekspartners zich niet herkende in het label 'professional gezondheidsbevordering', terwijl ze zonder uitzondering tot de kerndoelgroep van het ondersteuningsprogramma van CGL behoren.

Tijdens de focusgroepen stonden drie hoofdvragen centraal:

1. Tegen welke problemen lopen professionals gezondheidsbevordering in de praktijk aan, die hen in de weg staan succesvol te zijn, en waar een vorm van ondersteuning uitkomst zou kunnen bieden? Hoe lossen ze deze problemen nu op?
2. Welke ondersteuning kan professionals gezondheidsbevordering helpen succesvoller te zijn in hun werk? Om welke inhoud gaat het en welke vormen zijn kansrijk?
3. In hoeverre zijn de randvoorwaarden aanwezig om gebruik te maken van ondersteuning, dan wel er een bijdrage aan te leveren?

De bijeenkomsten waren informeel van opzet. Per keer spraken we ongeveer drie uur met vijf tot acht deelnemers, aangevuld met een of twee mensen van het CGL. Het gesprek was globaal voorgestructureerd – aan de hand van een checklist – met voldoende ruimte om per keer specifieke accenten te leggen. De toonzetting was altijd ontspannen, kritisch en constructief, met op gezette tijden een hand in eigen boezem. Deelnemers spraken vooral op persoonlijke titel en vertegenwoordigden niet per se standpunten van hun organisatie. Vrijwel alle deelnemers waardeerden de bijeenkomst als een waardevol uitwisselingsmoment.

Tijdens de gesprekken hebben we specifiek gevraagd naar knelpunten uit de praktijk. In dit rapport staan we daar vooral bij stil, en minder bij de zaken die goed gaan. Vanzelfsprekend levert dat een eenzijdig beeld op, want in de praktijk wordt uiteraard ook veel goeds bereikt. Onze gespreksdeelnemers waren zonder uitzondering betrokken, inhoudelijk bevlogen en capabel. Wij hebben het evenwel specifiek willen hebben over die dingen waar ondersteuning, in welke vorm dan ook, een uitkomst zou kunnen bieden.

Leeswijzer

Dit rapport bevat een impressie van alle gesprekken. Het is bedoeld om een beeld te geven van de verschillende geluiden die zijn gehoord, alsook om de hoofdlijn in die geluiden te duiden. De uitkomsten zijn themagewijs geordend. In het eerste hoofdstuk – *Knelpunten in de praktijk* – behandelen we de praktijkproblemen waar professionals gezondheidsbevordering mee te maken krijgen (hoofdvraag 1). Het tweede hoofdstuk – *Ideeën over ondersteuning* – bevat meningen, ideeën en wensen over de ondersteuning, inclusief de randvoorwaarden die er voor nodig zijn (hoofdvragen 2 en 3). We sluiten het verslag af met conclusies & aanbevelingen en een reflectie.

Een focusgroep, daar moet je bij zijn. Een verslag als dit doet de rijkdom van wat er is gezegd altijd te kort. Om dat gemis enigszins te compenseren, is het rapport gelardeerd met quotes. Dat zijn lang niet altijd de letterlijke woorden, meestal zijn ze vanwege de leesbaarheid journalistiek geredigeerd. Wel geven ze een zo getrouw mogelijk beeld van wat de afzender heeft bedoeld.

1 Knelpunten in de praktijk

Elke focusgroepen ging van start met de vraag: waar loop je in de praktijk tegenaan, waar enige vorm van ondersteuning hulp zou kunnen bieden? We gebruikten verschillende werkvormen om een zo breed mogelijk palet van reacties te verzamelen. De uitkomsten zijn uiteindelijk terug te brengen tot drie hoofdonderwerpen: interventies inzetten, samenwerken en agenderen & regelen. In dit hoofdstuk komen ze aan bod, met aan het eind een overzicht van overige zaken die ter tafel zijn gekomen.



■ Interventies inzetten

Gezondheidsbevordering draait om het inzetten van interventies. De selectie en toepassing van interventies is de kern van waar een gezondheidsprofessional goed in moet zijn en voor is opgeleid. Aanvankelijk leek het dan ook dat dit terrein geen probleem was voor de professionals aan tafel. Later, soms na doorvragen, kwamen toch knelpunten naar boven.

Gebrek aan overzicht

Professionals missen het overzicht over welke interventies waar worden ontwikkeld en ingezet. Tot op zekere hoogte – zeker binnen hun eigen vakgebied – weten ze natuurlijk wat er te koop is. Toch leeft bij veel professionals het idee "het wiel op veel plekken wordt uitgevonden". En: "Het is lastig goede voorbeelden te vinden van methoden en werkwijzen in de rest van Nederland, ik verdrink dan vaak in de informatie". Hoe zit dat? De I-database moet hét landelijke verzamelpunt van interventies zijn. Het vinden van bruikbare informatie is alleen niet altijd makkelijk, niet in de laatste plaats omdat informatie niet altijd up-to-date is. "Ik ben erg veel tijd kwijt met het selecteren van interventies." Maar belangrijker is dat de database gestandaardiseerde, goed beschreven en als het even kan bewezen interventies bevat, terwijl er in de praktijk veel meer gebeurt. Gestandaardiseerde interventies worden immers doorvertaald en nieuwe interventies worden ontwikkeld. Die interventies 'in ontwikkeling' zijn niet in de I-database terug te vinden, terwijl kennis uitwisselen daarover professionals nu juist kan helpen. "Ik zou makkelijk willen terugvinden welke spannende, beloftevolle interventies er in de maak zijn." De gedachte hierachter is dat samen optrekken met anderen die vergelijkbare dingen doen, tot veel tijdwinst kan leiden.

Een laatste oorzaak van het gebrek aan overzicht heeft te maken met de verkokering van het veld. Vrijwel ieder thema heeft zijn eigen landelijke instituut en daarnaast zijn er nog allerlei andere partners, waaronder fondsen. Dat is vruchtbaar voor het ontwikkelen van kennis en interventies, maar niet per se voor het kruislings of integraal toepassen ervan, zoals bijvoorbeeld bij wijkgericht werken is vereist. Dan blijkt bijvoorbeeld dat een GGZ-

professional weinig weet heeft van interventies op het gebied van sport en bewegen die een gunstig (neven)effect hebben op de geestelijke gezondheid. Kortom, een slimme manier om erachter te komen wie waar met welke interventies aan de slag is – dwars door de thema's heen – kan gezondheidsprofessionals helpen om in hun eigen praktijk sneller en efficiënter tot succesvolle interventies te komen.

Interventies vertalen en integraal toepassen is lastig

De reden dat professionals graag makkelijk collega's willen vinden die met vergelijkbare dingen bezig zijn, is dat het vertalen van interventies naar de eigen praktijk ze voor vragen stelt. "Een interventie omvat bijvoorbeeld 30 bijeenkomsten, maar budgettair en qua menskracht heb ik maar ruimte voor 25. Hoe zorg ik ervoor dat ik dan toch maximaal effect sorteer?" Ook is het lastig om *top down* ontwikkelde interventies aan te sluiten op een *bottom up* aanpak die de einddoelgroep centraal stelt. Niet iedereen aan tafel herkende deze problematiek. Twee mensen vanuit de GGZ-wereld gaven aan zeer te spreken te zijn over de manier waarop het Trimbos-instituut in afstemming het veld interventies ontwikkelt, die je daarna "zo kunt uitrollen". Alhoewel ook die werkwijze niet overal goed uitpakt. "Als er een nieuwe drug opduikt, dan moeten we er meteen op inspringen. Zou ik op een onderbouwde interventie wachten, dan loop ik totaal achter de feiten aan", aldus een professional die zich richt op het voorkomen van drugs- en drankverslaving onder jongeren.

Hoe je het ook went of keert, de lokale toepassing van een interventie luistert nauw. Extra ingewikkeld wordt het als gezondheidspreventie integraal moet worden toegepast. Want een interventie is vaak enkelvoudig gericht op een specifiek onderwerp, terwijl professionals met een meervoudige praktijk te maken hebben. Bovendien wil men minder redeneren vanuit het aanbod en meer vanuit de behoefte of vraag. In die context kan van een interventie 'uitrollen' geen sprake zijn, maar moeten acties en interventies worden gewogen en gecombineerd. De keren dat we dit ter sprake brachten, bleek het voor veel deelnemers een behoorlijk onontgonnen terrein. "De 'brede' interventie, hoe ziet die er uit?" en "Hoe creëer je een gelukkige, gezonde wijk via een integrale aanpak?" Tijdens de focusgroep met managers werd opgemerkt: "Een integrale, domeinoverstijgende aanpak is nodig – afstemming met ruimtelijke ordening bijvoorbeeld – maar lastig te realiseren. Het heeft tijd nodig. Iedereen wil wel, maar weet niet hoe." Anders gezegd: men realiseert zich dat er nog een wereld te winnen is, maar weet nog niet goed waar te beginnen en hoe het aan te pakken .

Evidence based werken is niet alles

Evidence based werken is belangrijk bij gezondheidsbevordering: onderbouwing van interventies moet het kaf van het koren scheiden. Heldere doelstellingen, aantoonbare resultaten; aan tafel was eigenlijk niemand het daar mee oneens. Maar *evidence based* werken tot gouden standaard verheffen, dat is wat anders. Want in de praktijk lopen professionals tegen lastige kwesties aan.

Evidence based interventies ontwikkelen of van interventies het effect aantonen, dat kost tijd. Tijd die er niet altijd is. "Als we met AIDS gewacht hadden tot er *evidence based* interventies waren, dan had iedereen in Nederland nu AID". Iemand anders formuleerde het zo: "In deze veranderlijke wereld is het een riskante inspanning om heel veel tijd te steken in het formeel vastleggen en certificeren van interventies." *Evidence based* werken mag nooit ten kosten gaan van het experiment in de praktijk, vinden professionals. "Bij

gezondheidsbevordering komt ook lef kijken. Lef om ergens op in te springen, ergens in te geloven zonder dat je nog precies weet hoe het zit. Dat lef zijn we een beetje kwijtgeraakt de afgelopen jaren." Tijdens een focusgroep met managers was een vergelijkbaar geluid te horen. Door de resultaatgerichtheid en het accent op de korte termijn in de samenleving, ervaart men weinig ruimte om 'met de benen op tafel' dingen te ontwikkelen. "Organisaties zijn gericht op uitvoering, maar hebben te weinig denkkraft."

Professionals ervaren ook spanning tussen *evidence based* werken en *bottom up* werken. Bij bepaalde werkwijzen is het belangrijk om mensen mee te nemen bij de ontwikkeling van projecten in interventies, zowel professionals als de einddoelgroep. Gestandaardiseerde interventies passen dan niet. Tegelijkertijd beseft men dat het werken met gestandaardiseerde interventies wel sneller kan gaan. Participatie kost tijd. Tijdens een van de laatste gesprekken deden deelnemers een pleidooi om een onderscheid te maken tussen de interventie zelf en de strategie of aanpak waarmee je ze toepast. De interventies kunnen *evidence based* zijn, terwijl dat voor de strategie of benadering waarmee je ze inzet niet hoeft te gelden. Daar is *practice based* of *experience based* genoeg. Ter illustratie om het verschil te duiden: een kookcursus voor Marokkaanse vrouwen (interventie) kan bewezen succesvol zijn, toch kan het nog een hele toer zijn om vrouwen voor zo'n cursus te interesseren (strategie of benadering). Hoe 'vind' je ze? Hoe spreek je ze aan? Wat is het juiste moment en de gepaste vorm? Welke argumenten wegen zwaar?

Nog een laatste knelpunt rondom *evidence based* werken. Professionals vinden het lastig om (eigen) interventies via onderzoek effectiever te maken en te onderbouwen. Onderzoek is een relatief onbekend terrein voor ze en vaak is er ook geen tijd en geld. Vooral dat laatste – geld – is volgens sommigen de kern van het probleem. Tegelijkertijd: professionals hebben mogelijk een vrij traditioneel beeld van onderzoek (met controlegroepen en al) en weinig kennis van vormen waarin toepassing, onderzoek en ontwikkeling hand-in-hand gaan en parallel plaatsvinden.

Bepaalde doelgroepen zijn moeilijk bereikbaar

Veelgenoemd tijdens de gesprekken: professionals worstelen met het bereiken van moeilijk bereikbare einddoelgroepen. Voor de een zijn dat allochtonen, voor de ander juist autochtonen: "Die Marokkaanse moeders, dat lukt wel. Nee, autochtone bevolking in volkswijken bereiken we moeilijk, die zijn vaak heel defensief". Ondersteuning bij het bereiken en betrekken van einddoelgroepen, in welke vorm dan ook, kan professionals flink helpen: "Je eigen opleiding en achtergrond zit je toch in de weg als je écht vanuit andere levenssituaties moet redeneren" en "We denken nog te veel in doelgroepen en demografie en te weinig in leefstijlen; we weten te weinig van wat mensen beweegt".

■ Samenwerken

Gezondheidsbevordering is een taak van diverse organisaties, die zich deels richten op dezelfde einddoelgroepen. Dat vereist afstemming en samenwerking, zeker als er bijvoorbeeld wijkgericht wordt gewerkt. Tijdens alle gesprekken werd samenwerken als prominent struikelblok naar voren gebracht.

Hard werken met oogkleppen op

Professionals gezondheidsbevordering ervaren een gebrek aan tijd, geld en menskracht in de uitvoering, met name binnen de GGZ en thuiszorg. Tegelijkertijd zijn deze professionals inhoudelijk gedreven en geloven ze in de noodzaak van gezondheidsbevordering en de toegevoegde waarde die ze kunnen leveren. Dat betekent dat de focus ligt op het eigen dagelijkse werk – "ik werk me te blubber" – en dat er niet veel tijd over blijft om over de schutting te kijken. Daardoor weten de professionals vaak niet waar andere organisaties mee bezig zijn en kennen organisaties en personen elkaar onvoldoende. Bij grotere organisaties, zoals bijvoorbeeld sommige GGD'en, weten professionals intern soms niet eens waar alle collega's mee bezig zijn.

Geen duidelijke taakverdeling, toenemende concurrentie en gebrek aan regie

De problemen bij het samenwerken zijn fundamenteleler dan elkaar simpelweg niet kennen. De verschillende organisaties die bezig zijn met gezondheidsbevordering, hebben geen expliciete onderlinge taakverdeling. Elkaar in samenwerkingsprocessen 'vinden' kost dan tijd en moeite. Bovendien kan het door de toenemende marktwerking en concurrentie gebeuren dat organisaties 'branchevreemde' initiatieven ontplooiën, als het beschikbaar komen van een financiële impuls daar aanleiding toe biedt. "Er zijn veel potjes geld bij de gemeente te halen." Organisaties begeven zich vervolgens op elkaars terrein, hetgeen defensieve reacties oproept, en ook dat helpt niet bij samenwerking. "Enkele jaren geleden deelden we moeiteloos informatie met andere instellingen, nu zijn we daar terughoudender mee."

Een divers en deels concurrerend veld is gebaat bij een regisseur. Die ontbreekt veelal. Logischerwijs zou de gemeente deze rol kunnen spelen, maar gebrek aan kennis of urgentiegevoel staat dat in de weg. Bovendien kunnen gemeenten zelf ook nogal verkokerd zijn. GGD'en zouden ook regisseur kunnen zijn, maar dat komt om meerdere redenen niet lang overal uit de verf. Allereerst krijgen ze de rol niet zomaar van gemeenten, omdat ze soms alleen als uitvoeringsorganisatie worden gezien. Ten tweede hebben GGD'en inderdaad zelf ook uitvoerende taken en daarmee staan ze niet 'boven' de partijen. Iemand die zichzelf en anderen regisseert, laadt natuurlijk al snel de verdenking op zich zichzelf te bevoordelen. Los van of die verdenking terecht is, knabbelt het wel aan het onderling vertrouwen tussen de partners, en vertrouwen is nu juist cruciaal bij samenwerking. Ten derde kan het zijn dat GGD'en een rol als regisseur onvoldoende oppakken en invullen, omdat ze de kennis of capaciteit missen.

Is het nu overal in Nederland kommer en kwel als het gaat om samenwerken? Nee, zeker niet. Uiteraard zijn er regio's waar organisaties elkaar gevonden hebben in vrij goed verlopende samenwerkingsprojecten. Zoals bijvoorbeeld onze gesprekspartners in Friesland onderstreepten.

Te weinig kennis van samenwerking

Zelfs als de intentie er is om samen te werken, dan kan het nog altijd sneller en effectiever. Dat komt omdat de gemiddelde gezondheidsprofessional veel weet van zijn of haar vak, maar een stuk minder proceskennis- en vaardigheden heeft meegekregen tijdens de opleiding. Hoe geef je een samenwerking vorm en wat is in een bepaalde situatie het beste samenwerkingsmodel? Hoe baken je rollen en taken af? Hoe overwin je cultuurverschillen? Wat doe je als het even niet loopt? Dit soort vragen en drempels staan samenwerking uiteindelijk niet in de weg, maar zorgen er wel voor dat het lang kan duren voordat er een

beetje 'swung' in zit. "Eigenlijk zijn we anderhalf jaar bezig geweest met elkaar beter te leren kennen."

■ Agenderen en regelen

Preventie is lang niet overal een speerpunt. Soms nog wel met de mond beleden, vaak niet ondersteund met mensen en middelen. Dat betekent dat de gezondheidsprofessional zijn werk op de kaart moet kunnen zetten en financiering moet weten te regelen. Dat vinden ze lastig.

Moeite om gezondheidsbevordering op de kaart te zetten

Op het gevaar af te veel te generaliseren en stereotyperen: tijdens de gesprekken hebben we nauwelijks 'alfamannetjes' aan tafel gehad. Anders gezegd, flinke ego's en sterke profileringsdrang zijn we niet veel tegengekomen. Misschien sluit dat aan op de constatering dat professionals het lastig vinden hun werk en plannen bij collega's, bazen en bestuurders op de kaart te zetten. Zowel intern als bij andere organisaties, alsook bij andere professionals zoals huisartsen en bijvoorbeeld zorgverzekeraars. Veel gesprekspartners gaven aan er moeite mee te hebben, deels omdat ze het inhoudelijke verhaal niet scherp hebben, deels omdat ze het niet over kunnen brengen. Meerdere gesprekspartners voelden zich niet thuis bij het promoten van de eigen organisatie of het eigen project, en gaven aan de handvatten en vaardigheden ervoor te missen.

Financiële middelen aanboren is lastig

In het verlengde hiervan vinden veel professionals het lastig om financieringsbronnen aan te vinden en aan te boren. Ingewikkelde subsidieaanvragen schrikken af, het kost te veel tijd. "Dat is toch niet mijn werk!" Enkelen benoemden dat professionals gezondheidsbevordering te weinig neus hebben om in te spelen op kansen om geld te vinden. "Het vereist dat je buiten je domein kijkt en trends of ontwikkelingen kunt vertalen naar je eigen werk, of andersom."

Hoe toon ik aan wat ik heb bereikt?

Ook het afleggen van verantwoording gaat niet vanzelf. Dat heeft onder meer een praktische oorzaak: het maken van rapporten en invullen van formulieren is tijdrovend, zeker als iedere financier of subsidieregeling om een andere vorm van verantwoording vraagt.

Het echte probleem ligt evenwel dieper: hoe toon je aan wat je hebt bereikt? Tijdens een van de focusgroepen ontstond een levendige discussie over wat bijvoorbeeld *bereik* – de eerste stap op weg naar effect sorteren – eigenlijk is. "Ik organiseerde een wandelevenement om mensen aan het bewegen te krijgen. Iedereen kon in aanloop daar naartoe meedoen aan een trainingsprogramma en na afloop lid worden van een wandelvereniging. Twaalf mensen doorliepen dat hele traject, dat vond ik teleurstellend weinig. Maar er deden 3.000 mensen mee aan het evenement en misschien gaat een flink deel daarvan nu vaker voor zichzelf wandelen. Bovendien werden vrij veel mensen lid van een natuurvereniging, hetgeen een regelmatig verblijf in de natuur suggereert, toch ook niet ongezond. Dus wat is bereik?" Een GGD-medewerker gaf het voorbeeld van fruitconsumptie. Ze wilde weten wat de invloed van een interventie hierop was. Dat bleek

complex te meten, vanwege veranderende prijzen, seizoensinvloeden, feestdagen, etc. "Wat weet je dan eigenlijk?" Iemand anders zei: "Als je op Pinkpop foldert om jongeren bewust te maken van de gevolgen van alcoholgebruik, dan scoor je meteen geweldig op bereik, maar het zegt niet zoveel over de impact van wat je doet".

Bereik is voor de meeste professionals een belangrijke eerste stap, maar zonder context zegt het niet zoveel, vinden ze. Ook het uiteindelijke resultaat is moeilijk zichtbaar te maken. Dat geldt helemaal als er integraal wordt gewerkt, want "welk deel van het resultaat is dan nog van jou?". Vanzelfsprekend maakt de netelige discussie rondom bereik en resultaat het promoten van gezondheidsbevordering er niet makkelijker op. "De resultaten van ons werk zijn moeilijk hard te maken en dat maakt het lastig gezondheidsbevordering op de kaart te zetten."

■ Overige punten

Naast de drie hoofdthema's zijn tijdens de gesprekken nog enkele andere knelpunten in de praktijk benoemd. Vier punten.

- Door enkele deelnemers is aandacht gevraagd voor plattelandsproblematiek. Wijkgericht werken veronderstelt vanzelfsprekend een wijk, en op het platteland woont de einddoelgroep veel minder geconcentreerd dan in de steden. Terwijl de problemen navenant zijn. "Ik werk in een kleine plattelandsgemeente. Er is weinig kennis over de problemen daar en weinig geld om over een langere termijn een grootschalig project op te zetten. Er moet landelijk aandacht komen voor plattelandsgemeenten met veel bewoners in een lastige sociaaleconomische situatie.
- De lange termijn werking van interventies blijft volgens sommigen in de praktijk onderbelicht. "Hoe zorg je dat een interventie wordt opgevolgd en dat er structureel financiering voor wordt vrijgemaakt?" Daarbij spelen niet alleen behaalde resultaten, maar ook persoonlijke voorkeuren en politieke prioriteiten een rol. In situaties van onzekere continuïteit, ontstaan er ad hoc projecten zonder doorkijk naar de verdere toekomst.
- Niet alleen de samenwerking binnen regio- en gemeentegrenzen, maar ook tussen gemeenten en regio's kan beter. Menselijk gedrag houdt zich immers niet aan topografische grenzen en dat maakt het soms lastig iets te realiseren. "Dan zegt een kustgemeente: we gaan niks doen voor de mensen die hier in het weekend komen zuipen, want de helft komt uit Amsterdam." Een manager zei: "Je wilt als organisatie een kwaliteitsslag maken door bovenlokaal te werken en samen op te trekken, maar gemeenten werken erg lokaal gericht, met steeds specifiekere lokale opgaven. Hoe gaan we daar mee om?"
- Tijdens diverse momenten is het gebrek aan menskracht en financiële middelen benoemd. Om niet vast te lopen in die constatering, hebben we steeds doorgevraagd naar de achtergronden en mogelijke oplossingen. Dat leidde veelal terug naar de eerder genoemde knelpunten, alsook tot ideeën over gewenste vormen van ondersteuning. Blijft evenwel overeind staan dat het gebrek aan geld en capaciteit onder professionals een breed gevoeld gemis is.

- In het verlengde van de discussie over bereikgegevens, is gesproken over monitoring en het bijhouden van gegevens in het I-database. In het algemeen herkennen en onderschrijven professionals het belang van monitoring. De mogelijkheid om centraal (in de I-database) bereikgegevens in te voeren, stuitte wel op bedenkingen. Niet zozeer van praktische aard (“een formatje invullen lukt wel”), maar bij de interpretatie van gegevens door anderen. “Je krijgt onderlinge vergelijking en die moet wel kloppen.” Gegevens zijn lastig te vergelijken: bij eenzelfde interventie is de regio, de exacte aanpak en de precieze doelgroep lang niet altijd hetzelfde. Hoe weeg je dat? Bij cijfers hoort dus een toelichting in steekwoorden die moet kunnen worden toegevoegd. Bijvoorbeeld de succes- en faalfactoren die een hoog of juist laag bereik verklaren. Eventuele bereikgegevens in de I-database mogen volgens de deelnemers niet zomaar voor iedereen en zonder informatie over de context van een interventie beschikbaar komen.

2 Ideeën over ondersteuning

Tijdens het tweede deel van de focusgroepen stonden we stil bij suggesties en ideeën voor ondersteuning. Waar die ondersteuning zich inhoudelijk op moet richten, is in het voorgaande hoofdstuk terug te lezen. Hieronder gaan we in op vormen en randvoorwaarden. Daarbij is het goed om te benadrukken dat we de vorm van het ondersteuningsprogramma van CGL in de vraagstelling volledig open hebben gelaten. De onderstaande denkbepelden zijn dus geformuleerd met een spreekwoordelijk wit vel als startpunt. Uiteindelijk kwamen we tot een combinatie van vijf gebieden: overzicht, materialen, uitwisseling, coaching en training. Daarnaast spraken we over randvoorwaarden en het DNA van het ondersteuningsprogramma.

■ Ondersteuningsvormen

Overzicht

De professionals constateren een gebrek aan overzicht, logisch dus dat overzicht bieden een veelgevraagde vorm van ondersteuning is. Zonder ons al te veel te laten belemmeren door de praktische invulling, hebben we gevraagd hoe dat er uit moet zien. De gespreksdeelnemers zien een plek op internet voor zich, waar ze snel en makkelijk een scan kunnen maken van bewezen methoden & interventies én methoden & interventies in ontwikkeling. Daaraan gekoppeld direct downloadbare materialen (zie volgende paragraaf) en actuele contactinformatie. Het succes van zo'n webstek staat of valt met twee dingen: het gemak waarmee er te scannen en te zoeken is, en natuurlijk de actualiteit van de informatie. "Als ik nu in de I-database kijk en ik vind na enig zoeken een interventie en contactgegevens, dan blijken die laatste bijvoorbeeld vaak niet actueel. Word ik weer doorverwezen naar anderen, enzovoort. Het kost dan veel tijd om meer informatie en materialen te achterhalen."

Het bieden van overzicht beperkt zich overigens niet tot overzicht in interventies en bijbehorende materialen alleen. Er is minstens zoveel behoefte aan overzicht van financieringsmogelijkheden, samenwerkingsmethoden en projectaanpakken.

Het nadeel van het huidige I-database model is dat eenmaal ingevoerde gegevens niet per se actueel blijven. De eigenaar van een interventie voelt zich daar niet verantwoordelijk voor en/of voelt de urgentie niet, en er is geen centrale persoon die de database bijhoudt. Waarschijnlijk werkt het beter als alle mensen die informatie leveren en consumeren er zelf belang bij hebben dat de informatie die ze toevoegen up to date blijft. Zoals binnen *LinkedIn* (maar ook binnen andere sociale media zoals *Facebook* en *Hyves*) iedereen er zelf belang bij



heeft zijn of haar profiel actueel te houden, omdat informatie direct en zichtbaar aan personen is gekoppeld en iedereen een actueel beeld van zichzelf wil blijven geven. Kortom, een kansrijke denkrichting is om het genereren van informatie en het bieden van overzicht veel meer rondom personen te organiseren en niet zozeer rondom thema's of interventies – waarbij er uiteraard wel themagewijs gezocht kan worden. Dat betekent overigens geen vervanging van de I-database, maar kan er een aanvulling op zijn.

Materialen

In het verlengde van overzicht, zeggen de professionals geholpen te zijn met spullen: basismaterialen en voorbeeldmaterialen, zowel op inhoudelijk als op procesmatig terrein. De volgende dingen zijn genoemd.

- Projectplannen, draaiboeken en cursusboeken voor het opzetten van projecten en interventies. Thema's: overgewicht, mantelzorg, valpreventie, diabetes, eenzaamheid, et cetera. Ideaal zijn halffabricaten die professionals zelf verder invullen, gecombineerd met enkele voorbeelden van hoe anderen dat hebben gedaan.
- Materialen, methodieken en instrumenten om moeilijk bereikbare doelgroepen te bereiken. Ook interactieve vormen, waarbij als voorbeeld *motivational interviewing* is genoemd.
- Tools voor samenwerkingsprocessen. Bijvoorbeeld: welke hobbels kun je onderweg verwachten, hoe signaleer je die en hoe ga je er mee om? Of een instrument of werkvorm om elkaars motieven en ambities snel te achterhalen. Of een overzicht van succesfactoren bij samenwerking.
- Brochuremateriaal en kernteksten om lokaal te kunnen lobbyen voor preventieonderwerpen. Niet per se kant-en-klaar, maar bijvoorbeeld factsheets die je zelf kunt herschrijven of tekstbrokken die je in eigen materiaal kunt opnemen.

De I-database kent de mogelijkheid om materialen in te voeren, maar dat gebeurt nog te weinig of het wordt niet makkelijk gevonden. Bovendien zijn de bovenstaande materialen niet per definitie aan een interventie gekoppeld, zoals bijvoorbeeld tools voor samenwerking.

Uitwisseling

Het uitgebreidst is gesproken over ondersteuningsvormen waarbij professionals elkaar ontmoeten. Grote congressen vonden de meeste tafelenoten niet geschikt: "Het nadeel van congressen is dat je wel met ideeën terugkomt, maar niet met praktische dingen" en "Het moet praktisch zijn, geen geklets in de ruimte". Een enkeling zei wel profijt te hebben van het leren kennen van anderen tijdens grotere bijeenkomsten. De voorkeur gaat evenwel vooral uit naar kleinschaligere ontmoetingsvormen op maat, waarbij inhoud en deelnemers goed op elkaar zijn afgestemd.

Grofweg bestaat er behoefte aan twee niveaus van ontmoeting. De eerste is kennisuitwisseling op landelijk niveau met collega's die in vergelijkbare positie zitten en met een vergelijkbaar thema of project aan de slag zijn. De bijeenkomsten zouden een intervisie-achtig karakter kunnen hebben, waarbij concrete praktijkervaringen en -problemen centraal staan. Het NIGZ organiseerde in het verleden leernetwerken met dit profiel en meerdere deelnemers hebben aangegeven die bijeenkomsten te missen. De landelijke uitwisseling

hoeft niet per se intersectoraal te zijn, omdat specifieke vraagstukken juist erg kunnen samenhangen met de organisatie waar iemand voor werkt.

Het tweede niveau van ontmoeting is regionaal of lokaal. Het gaat hier om intersectorale ontmoetingsvormen die erop zijn gericht elkaar (beter) te leren kennen en op het slechten van barrières tussen organisaties. Nadrukkelijk niet in het centrum van het land, dan is de drempel vaak te groot. Voor de hand ligt om ook dit onderwerp-, project- of zelfs casusspecifiek te doen.

Er zijn verschillende concrete ideeën genoemd die een doorvertaling van of aanvulling op het bovenstaande kunnen zijn. Drie voorbeelden:

- Regionale of lokale partners doen gezamenlijk een netwerkanalyse bij de start van een samenwerking. In het verlengde daarvan een sessie om de gezamenlijke doelen en achterliggende belangen op tafel te krijgen.
- Een kernachtige visitatiesessie waarbij samenwerkingspartners scherp worden bevraagd op de juiste invulling van voorwaarden voor samenwerking. Zaken die geregeld zijn, passeren snel de revue. Zaken die braak liggen, krijgen extra aandacht.
- Een masterclass marketing voor moeilijk bereikbare doelgroepen. Een bijeenkomst van een dagdeel onder leiding van een marketingdeskundige uit het bedrijfsleven. Tijdens een van de gesprekken vertelde een van de deelnemers aan te schuiven bij een masterclass '50+-marketing', waarbij ze letterlijk in gesprek zou gaan met ouderen. Andere tafelgenoten reageerden enthousiast: "Dat kan ook met allochtone ouders, mensen in een lage sociaaleconomische situatie, enzovoort".
- Een workshop acquisitie. Ofwel, "Hoe verkoop ik mijn interventies aan de gemeente in het kader van lokaal preventiebeleid". Inclusief rollenspelen en oefenen.

Coaching

Soms zijn problemen of vragen zo specifiek, dat je iemand direct daarover zou willen bevragen. Enkele deelnemers gaven aan dat het af en toe nuttig is iemand te kunnen benaderen die in een vergelijkbaar traject zit of die vanuit een landelijke positie overzicht heeft over wat er gebeurt. "Wij zijn bezig met overgewicht. Hartstikke mooi, dat convenant gezond gewicht, maar als ik daar iemand probeer te bellen met een vraag, blijkt er niemand te zijn die me kan helpen. Daar is dan geen capaciteit voor." Die behoefte aan een vraagbaak zou zich aan de ene kant kunnen vertalen in een soort helpdeskfunctie of centrale contactpersoon voor belangrijke thema's, en anderzijds in het aan elkaar koppelen van personen met vergelijkbare opgaven.

Training en ontwikkeling

Hoewel lang niet altijd letterlijk benoemd, zou ook het bijspijkeren van kennis en vaardigheden onderdeel van effectieve ondersteuning moeten zijn. Waar mogelijk kan dat digitaal. De thema's zijn inhoudelijk of procesgericht. Een paar onderwerpen die expliciet of impliciet de revue passeerden: netwerken en strategische allianties sluiten, integraal werken, sociale marketing, verbinding van preventie & curatie, resultaten meetbaar maken, pakkende teksten schrijven, presenteren & onderhandelen en samenwerken in complexe context.

■ Randvoorwaarden

Tijd, geld en draagvlak

Ondersteuning heeft alleen zin als professionals eraan kunnen en willen meedoen. In hoeverre zijn de randvoorwaarden daarvoor aanwezig? Hier is sprake van enig verschil tussen de sectoren; thuiszorg en GGZ hebben de meeste moeite tijd en geld te vinden. Toch geven alle gesprekspartners aan dat ze ruimte krijgen om gebruik te maken van ondersteuningsvormen, mits hun werk of de organisatie daarvan profiteert en het in hun ontwikkelplan past (als dat er is). "Als ik het graag wil en men ziet er het nut van in, dan kan het." Op de vraag wat een bijeenkomst of andere substantiële vorm van ondersteuning mag kosten worden verschillende bedragen genoemd, maar nooit boven de 500 euro.

Zelf een bijdrage leveren

Professionals profiteren graag van elkaars kennis, ervaringen en materialen. Dat veronderstelt dat ze zelf ook een bijdrage leveren aan het ondersteuningsprogramma, in plaats van alleen te consumeren. Bijvoorbeeld door materialen ergens te uploaden, een presentatie te geven of een workshop te leiden. Gaan ze dat doen? Op de momenten dat we deze vraag stelden, lag sociale wenselijkheid op de loer en de deelnemers waren zich daarvan bewust. En dus realiseerden ze zich dat hier wel eens de achilleshiel van het programma zou kunnen liggen. We praatten door over hoe dit valt te ondervangen en er kwamen twee invalshoeken op tafel. De eerste is dat anonimiteit niet helpt. Als je iets bijdraagt, wil je daar graag de resultaten van zien. Dat inspireert. Anoniem ergens materiaal uploaden zonder dat je er ooit nog iets van hoort, is daar geen goed voorbeeld van. Anderen coachen of via een workshop een stap verder helpen is beter.

De tweede invalshoek zou 'voor wat hoort wat' kunnen heten. In het algemeen betekent dit dat de toegevoegde waarde van bijdragen duidelijk moet zijn, niet alleen voor de professional zelf, maar ook voor de organisatie waar hij of zij werkt. Meer concreet zou het kunnen betekenen dat professionals een vergoeding krijgen voor het leveren van een bijdrage, bijvoorbeeld in de vorm van *credits*, die ze zelf weer kunnen benutten om hulp of ondersteuning te krijgen. Een ruilsysteem als het ware. Niet iedereen was fan van dit idee. De gevaren van zo'n systeem zijn legio, waarvan "ingewikkeld" en "kinderachtig" misschien wel de belangrijkste zijn. Toch kan het helpen deze invalshoek niet te snel weg te gooien bij het ontwerpen van een ondersteuningsprogramma. In combinatie met 'persoonlijk maken' valt er bijvoorbeeld te denken aan een methode om duidelijk zichtbaar te maken wie veel bijdragen, om zo een vorm van sociale beloning te introduceren (denk aan het aantal contacten op LinkedIn of het aantal vrienden op Hyves en Facebook).

■ DNA van het ondersteuningsprogramma

Kenmerken

Tijdens de gesprekken hebben we – de ene keer explicieter dan de andere keer – stilgestaan bij de leest waarop het programma geschoeid moet worden. Daar rolden de volgende gewenste kenmerken uit.

- Sluit aan op wat er al is, doe geen dingen opnieuw. Benut bestaande netwerken beter, in plaats van een hele nieuwe structuur op te tuigen.

- Ga versnippering van ondersteuning tegen, zorg juist voor verbinding.
- Breng organisaties die al ondersteuning bieden met elkaar in contact en bewaak de samenhang.
- Zorg voor sectoroverstijgende deskundigheidsbevordering en informatievoorziening.
- Breng halen én brengen in balans.
- Zorg dat deelname én het leveren van een bijdrage laagdrempelig is.
- Zorg ervoor dat inhoud en vorm op maat zijn.
- Houd het praktisch, gericht op het hoe.
- Zorg ervoor dat organisaties en mensen elkaar altijd met gelijkwaardigheid en respect blijven bejegenen.
- Houd het letterlijk (en ook figuurlijk) dicht bij huis.

Het beeld dat hier naar voren komt is niet zozeer een ondersteuningsprogramma dat veel eigen kennis en inhoud ontwikkelt, maar een programma dat alles wat er al wordt gedaan bij elkaar brengt en de kwaliteit en samenhang ervan bewaakt, en mensen met elkaar in contact brengt. Of zoals iemand het tijdens een van de laatste gesprekken verwoordde: "Help ons elkaar te helpen".

Doelgroep

Gezondheidsprofessionals opereren in verschillende domeinen en op verschillende niveaus. Het CGL heeft afgebakend op welke domeinen het zich primair gaat richten, namelijk GGD'en, GGZ, verslavingszorg, thuiszorg en sport. Hoe zit het met het type werkzaamheden? Gedurende de focusgroepen kwamen we op een globale driedeling: (1) professionals in het hart van de uitvoering met veel directe contacten met de einddoelgroep, (2) professionals met organiserende, samenwerkende en adviserende rollen en (3) leidinggevendenden. Met name de tweede en derde groep werken in een complexe omgeving. Zij hebben te maken met het opzetten van programma's, ontwikkelen van interventies, domeinoverstijgende samenwerking, subsidieaanvragen en verantwoording. De uitvoerende professionals hebben natuurlijk ook knelpunten, maar die worden als het goed is neergelegd bij de 'organisatoren' en 'leidinggevendenden'. Daarmee lijkt het verstandig het programma in eerste instantie vooral op die laatste twee groepen te richten, zonder overigens initiatieven voor de uitvoerende professionals uit te sluiten.

Signaleren

Tijdens de gesprekken zijn verschillende signalen opgepikt die niet direct of niet alleen een plek hebben binnen het ondersteuningsprogramma, maar die het CGL elders zou kunnen of moeten neerleggen. De volgende dingen zijn genoemd:

- Het gebrek aan regie en doortastendheid van gemeenten bij het ontwikkelen en uitvoeren van lokaal gezondheidsbeleid.
- Het feit dat GGD'en de regierol over de uitvoering niet krijgen of niet pakken .
- Het in de hand werken van concurrentie tussen lokale partijen door gemeenten.
- Het gebrek aan urgentie voor preventie en gezondheidsbevordering en in het verlengde daarvan de bezuinigingen die met name thuiszorg en GGZ-instellingen maar ook GGD'en en de sportsector treffen.
- Het feit dat het lastig is zorgverzekeraars te benaderen en een samenwerking met ze aan te gaan.

De tafelgenoten deden een appel op het CGL om bij dit soort cruciale zaken een signalerende en agenderende rol te vervullen richting het ministerie van VWS en andere organisaties zoals bijvoorbeeld de VNG.

Conclusies & aanbevelingen

■ Conclusies

Praktijkknelpunten: interventies, samenwerken en agenderen

Professionals gezondheidsbevordering lopen in de praktijk tegen drie clusters van knelpunten aan, waarbij ondersteuning een uitkomst kan bieden.

1. Het eerste cluster draait om interventies. Men mist het overzicht over wat er waar wordt ontwikkeld en toegepast, vind het lastig interventies op maat te maken en integraal in te zetten, ervaart een spanning tussen *evidence based* werken en de dagelijkse praktijk en worstelt met moeilijk bereikbare doelgroepen (onder andere allochtonen en mensen in een lage sociaal economische situatie).
2. Het tweede cluster knelpunten heeft te maken met samenwerking. Tijdens alle gesprekken is de regionale samenwerking tussen GGD, GGZ, thuiszorg en sportservice – alsook het gebrek aan regie – als belangrijk struikelblok genoemd. Professionals en organisaties weten vaak te weinig van elkaar, er is lokaal sprake van toenemende onderlinge concurrentie, er mist een heldere taakverdeling tussen de organisaties, gemeenten en/of GGD'en voeren te weinig regie en men ontbeert kennis van samenwerkingsprocessen.
3. Het derde cluster draait om het op de kaart zetten van gezondheidspreventie bij collega's, beleidsmakers, managers en bestuurders, en bij beoogde samenwerkingspartners. In het verlengde daarvan heeft men moeite met het regelen van randvoorwaarden, met name financiering.

Uiteraard vinden professionals in de praktijk manieren om deze knelpunten op te lossen, maar ondersteuning kan ze helpen sneller en effectiever te opereren. In een tijd waarin budgetten onder druk staan en de uitvoeringscapaciteit eerder minder dan meer wordt, neemt het belang van zulke ondersteuning toe.

Ondersteuning: overzicht, materialen, ontmoeting, coaching, training

Professionals geven aan behoefte te hebben aan verschillende vormen van ondersteuning. De ondersteuning moet er allereerst op gericht zijn professionals overzicht te bieden en het maken van keuzes te vergemakkelijken. Overzicht en keuzes in interventies enerzijds, en vormen van samenwerking anderzijds. Direct daaraan gekoppeld willen professionals graag snelle en makkelijke toegang tot basis- en voorbeeldmaterialen. Verder moet de ondersteuning ontmoeting, kennisuitwisseling en coaching op maat initiëren en faciliteren, met name gericht op het verbeteren van regionale samenwerking en het overwinnen van praktijkproblemen. Tot slot is er behoefte aan training en ontwikkeling van specifieke kennis & vaardigheden, bijvoorbeeld op het gebied van sociale marketing en het sluiten van strategische allianties.

Met name overzicht geven, materialen bieden en gerichte ontmoeting & uitwisseling faciliteren, zijn veelbesproken en als belangrijk naar voren gekomen.

Randvoorwaarden: krap, maar aanwezig

Budgetten krimpen en de uitvoeringscapaciteit staat onder druk, vooral bij GGZ en thuiszorg. Toch lijkt er vooralsnog voldoende ruimte – in tijd, geld en steun vanuit de organisatie – om gebruik te maken van ondersteuning. Daarbij geldt wel: hoe duidelijker de toegevoegde waarde, zowel voor de professional als voor zijn of haar organisatie, hoe lager de drempel.

Typering van het ondersteuningsprogramma

De verschillende vormen van ondersteuning hoeft het CGL niet allemaal zelf op te zetten. Professionals zien graag dat het ondersteuningsprogramma bestaande ondersteuningsinitiatieven en -organisaties verbindt, geen dingen dubbel doet, en laagdrempelig en praktijkgericht is. Het wensbeeld van het ondersteuningsprogramma dat tijdens de gesprekken naar voren kwam is niet zozeer een programma dat zelf veel kennis en inhoud ontwikkelt, maar een programma dat alles wat er al wordt gedaan bij elkaar brengt, de kwaliteit en samenhang ervan bewaakt en mensen met elkaar in contact brengt. Alleen al het aan elkaar koppelen van professionals die voor gelijke opgaven staan ("Help ons elkaar te helpen"), kan de gezondheidsbevordering versnellen. Daarbij is het wel van belang dat halen en brengen door professionals in balans is, een extra aandachtspunt dus bij de inrichting van het programma.

Doelgroep van het programma

Professionals gezondheidsbevordering zijn er in soorten en maten. Gedurende de focusgroepen kwamen we op een globale driedeling: (1) professionals in het hart van de uitvoering werkend met de einddoelgroep, (2) professionals met organiserende, samenwerkende en adviserende rollen en (3) leidinggevend. Volgens de mensen aan tafel is de meeste winst te behalen bij de laatste twee groepen en zou het programma zich daar vooral op moeten richten.

Signaleren en agenderen

Naast de inrichting van het ondersteuningsprogramma, ligt er volgens de gesprekspartners een rol voor het CGL om signalen uit de praktijk op te vangen en te agenderen bij andere organisaties, waaronder het ministerie van VWS en de partnerorganisaties. Het gaat dan bijvoorbeeld om:

- Het gebrek aan regie en doortastendheid van gemeenten bij het ontwikkelen en uitvoeren van lokaal gezondheidsbeleid.
- Het feit dat GGD'en de regierol over de uitvoering niet krijgen of niet pakken .
- Het in de hand werken van concurrentie tussen lokale partijen door gemeenten.
- Het gebrek aan urgentie voor preventie en gezondheidsbevordering en in het verlengde daarvan de bezuinigingen die met name thuiszorg en GGZ-instellingen maar ook GGD'en en de sportsector treffen.
- Het feit dat het lastig is zorgverzekeraars te benaderen en een samenwerking met ze aan te gaan.

Tot slot: monitoren van bereikgegevens

Tijdens de focusgroepen is enkele keren specifiek gesproken over het monitoren van bereikgegevens. Dat leidde tot uitgebreide discussies over wat bereik eigenlijk precies is. Belangrijkste les voor het CGL is hier dat als bereikgegevens onderdeel van de I-Database

gaan uitmaken, de cijfers volgens de deelnemers niet zomaar voor iedereen en zonder informatie over de context van een interventie beschikbaar mogen komen.

■ Aanbevelingen

Blijf in contact met de praktijk

Het CGL staat nu voor de opgave het ondersteuningsprogramma in de steigers te zetten. De uitkomsten uit deze veldinventarisatie, samengevoegd met resultaten van andere verkenningen, bieden daar voldoende aanknopingspunten voor. Blijf daarbij wel in contact met degenen voor wie het is bedoeld. Tijdens de ontwikkeling van de contouren van het programma zal er veelvuldig overleg zijn met partnerorganisaties. Als het CGL daar afstemming met het veld aan toevoegt, is het risico minimaal dat het programma loszingt van dat wat handig en nodig is.

Professionals als medeontwikkelaars

Ook al kijken veel mensen mee met de ontwikkeling van de contouren van het ondersteuningsprogramma, daarmee is nog niet gewaarborgd dat concrete ondersteuningsvormen en -instrumenten succesvol zijn. Of een bepaalde website handig werkt of te veel tijd kost, een bijeenkomst leerzaam is of ongeïnspireerd, materialen behulpzaam zijn of eigenlijk niks toevoegen, dat alles hangt af van details. Het ontwikkelen van concrete ondersteuningsvormen is een kwestie van 'fijnafstemming'. Het gaat om finesses die via focusgroepen niet te achterhalen zijn, omdat mensen ze zelf ook nog niet kennen. Bovendien: dat wat in de ene regio goed werkt, kan in een andere regio wel eens minder in een behoefte voorzien.

Met dit rapport heeft het CGL een heldere en goede richting in handen, maar experimenteren met ondersteuningsvormen blijft nodig. Overweeg om concrete ondersteuningsvormen heel dicht op de huid van de professionals te ontwikkelen. Start in een specifieke regio en ontwikkel daar een 'beta-versie', waarbij de eerste groep professionals die deelneemt meteen meehelpt bij de ontwikkeling. Rol pas breder uit nadat eerste lessen zijn opgedaan en er vertrouwen is dat de beroepspraktijk van professionals gezondheidsbevordering er echt mee geholpen is.

Reflectie

Dit verslag was tot zover vooral gericht op de concrete vragen aan professionals over praktijkknelpunten en ondersteuningsvormen. In de tekst hierna beschouwen we de opgave van het CGL om een ondersteuningsprogramma te ontwikkelen met iets meer afstand.

Kennisuitwisseling: leer van anderen

We leven in een complexe samenleving, waarin netwerken, samenwerken en kennisdelen cruciale competenties zijn geworden. Dat geldt niet alleen voor professionals gezondheidsbevordering, maar voor professionals in allerlei domeinen. De behoefte van de professionals gezondheidsbevordering om tot een slimme, effectieve en efficiënte vorm van kennisuitwisseling te komen, is dan ook niet enig in zijn soort. Dezelfde vragen zijn op andere plekken gesteld, en er zijn ook oplossingen voor verzonnen. Onder het motto *practice what you preach* zou het CGL over de grenzen van haar eigen domein moeten blijven kijken en haar licht opsteken bij kennismakelaars en ondersteuningsinitiatieven die voor vergelijkbare opgaven staan. Concreet kan het bijvoorbeeld zinvol zijn eens naar het domein van de fysieke openbare ruimte te kijken, waar organisaties als KEI, Nicis, CROW en Nirov manieren zoeken én vinden om professionals te ondersteunen en verbinden.

Verticaal en horizontaal verbinden

De toegevoegde waarde van het ondersteuningsprogramma ten opzichte bestaande instituten, ligt vooral in het overbruggen en verbinden van domeinen die niet vanzelf (continu) met elkaar in contact staan. Met de focusgroepronde en het bijeenbrengen van partnerorganisaties is het programma feitelijk al begonnen.

Verticaal gaat het om het verbinden van de concrete beroepspraktijk aan (landelijke) beleidsmakers en beslissers. De focusgroepronde zoals nu georganiseerd voor het ontwerp van het ondersteuningsprogramma, is mogelijk iets om periodiek te herhalen. Knelpunten en praktijkproblemen zijn immers aan verandering onderhevig. Natuurlijk, sommige thema-instituten hebben al een goede relatie met hun eigen uitvoeringsveld, maar dat speelt zich dan voornamelijk binnen het eigen domein af. Het ondersteuningsprogramma moet zich daarom ook toeleggen op *horizontale*, intersectorale verbinding. Enerzijds gaat het dan om het faciliteren van lokale ontmoeting tussen organisaties, anderzijds om het samenbrengen van landelijke organisaties. Zodat sectoren van elkaar kunnen leren, professionals op de werkvloer elkaar beter leren verstaan en het relatief onontgonnen domein van integrale interventies tot ontwikkeling kan worden gebracht.

De verbindende rol moet het ondersteuningprogramma verdienen, maar ook van anderen krijgen. Dit vereist dat noch het programma, noch het CGL een al te groot ego ontwikkeld, waarbij het CGL indien nodig wel stevig moet (kunnen) zijn richting andere ondersteuningspartners.

Omgaan met een complexe context

Professionals die in een complexe omgeving functioneren, ook dat komt in andere werkvelden voor. Voor het hanteren van complexiteit zijn grofweg twee invalshoeken. De eerste is dat bazen, koepelorganisaties en bestuurders de complexiteit van bovenaf proberen te managen. Door organisaties samen te voegen en te saneren. Door een heldere

taak- en rolverdeling op te stellen. Door werkafspraken te maken en procedures af te spreken. Door richtinggevend ambities en kernwaarden te benoemen en daar draagvlak voor te krijgen. In het managersoverleg werd er bijna letterlijk een oproep gedaan voor deze aanpak: "Het veld is voor de mensen die erin werken heel onoverzichtelijk en nauwelijks te overzien. Eigenlijk zou het aan de basis moeten veranderen, hoe we de preventie georganiseerd hebben." Natuurlijk moet het veld zich niet ontslaan van de plicht zichzelf beter te organiseren, al dan niet onder aanvoering van de landelijke politiek. Maar los van de vraag hoe haalbaar dat allemaal is, is er ook een tweede invalshoek om met complexiteit om te gaan. Die invalshoek leert dat je de mensen in de frontlinie, de mensen die het moeten doen, zo equipeert dat ze de goede keuzes maken en de juiste dingen doen. Complexiteit verander je volgens deze invalshoek door op kleine schaal, op het niveau van lokale acties en interacties, verbeteringen door te voeren. Stapje voor stapje. Het vereist dat je *in* de huid van professionals gezondheidsbevordering kruipt, het gesprek met ze voert en standpunten, ideeën en oplossingen uitwisselt. Deze aanpak doet een beroep op zelforganisatie van professionals. Als ze hier de ruimte voor krijgen en in worden ondersteund, 'beweegt' de complexe omgeving uiteindelijk ten goede mee. Deze notie om in complexe contexten vooral aan lokale interacties te sleutelen, is in de managementwetenschap de theorie van *complex responsive processes* genoemd.¹

Overigens hoeft de ene benadering de andere niet uit te sluiten. Belangrijk is dat het CGL een visie ontwikkelt op de omgang met de complexiteit van het veld, en die visie uitspreekt. Zodat eigen medewerkers, professionals in het veld en partnerorganisaties weten wat de rol en plek van het ondersteuningsprogramma is, en ze signalen van succes of benodigde bijsturing kunnen herkennen en uiten.

¹ Nol Groot, oud-directeur van de NS en nu hoogleraar Management in Complexiteit, is aanhanger van dit denken en heeft er bij NS goede ervaringen mee opgedaan. Lees bijvoorbeeld: Blokland, C. & Groot, N. (2008). Leiderschap en sociale ontwikkeling: twee visies op partiële en paradoxale maakbaarheid in één organisatie. *Management & organisatie*, nr. 3/4, p. 153-169.