



Afdeling Lokaalgerichte zorg & jeugd

De leden van de raad van de gemeente Groningen  
te  
GRONINGEN

Telefoon	(050) 367 40 14	Bijlage(n)	Ons kenmerk	HV 10. 2367853
Datum	<b>1 6 SEP 2010</b>	Uw brief van	Uw kenmerk	
Behandeld door	Mackenzie		E-mailadres	info@hvd.groningen.nl
Onderwerp	Evaluatie Gezonder Zorgen II			

Geachte mevrouw/heer,

In maart 2007 stelde uw raad de nota 'Groningen gaat *steeds* Gezonder Zorgen' (Gezonder Zorgen II) vast. In deze nota beschreven wij op hoofdlijnen ons beleid op het terrein van de volksgezondheid en lokaal gezondheidsbeleid. Doelstellingen van dit beleid waren het verkleinen van de gezondheidsverschillen tussen stadgers en het verlengen van de gezonde levensverwachting. In een interactief proces met alle betrokken partijen, en in laatste instantie ook met uw raad, werden de thema's en prioriteiten voor de afgelopen vier jaar geselecteerd.

In drie jaarprogramma's (2007, 2008 en 2009/2010) gaven wij uitwerking aan de gekozen hoofdlijnen. Dat gebeurde telkens in nauw samenspel met ambtenaren, veldpartners, burger-vertegenwoordigers en raadsfracties.

Tussentijds stelden wij, op grond van actualiteit en voortschrijdend inzicht, onze prioriteiten bij. Zo werd het thema 'alcohol&jongeren' mede als gevolg van een maatschappelijke discussie als autonome prioriteit toegevoegd (naast 'overlast door alcohol') en besteedden wij meer aandacht dan was voorzien aan thema's als huiselijk geweld en overgewicht.

Eind 2010 loopt de huidige beleidsperiode ten einde. In de Wet Publieke Gezondheid is voor gemeenten de verplichting opgenomen om vierjaarlijks een nota Lokaal Gezondheidsbeleid vast te stellen. Voor ons is dat meer dan een verplichting; gezondheid beschouwen wij als een belangrijke voorwaarde voor een aantal van de door ons gekozen speerpunten voor de huidige collegeperiode. Wij hechten dan ook, evenals bij de nota's Gezonder Zorgen I en Gezonder Zorgen II, aan een zorgvuldig proces bij de beleidsvoorbereiding. Dat proces start met een stevige evaluatie van het huidige beleid.

Wij hebben daarom twee rapporten laten opstellen: een procesevaluatie, uitgevoerd door Toegepast Gezondheids Onderzoek/UMCG, en een effectevaluatie, uitgevoerd door de HVD/GGD. Wij vatten hieronder de belangrijkste bevindingen van de beide evaluaties samen. Op basis hiervan

schetsen wij alvast globaal onze ideeën voor het vervolg en informeren wij u over de planning van Gezonder Zorgen III.

### Bevindingen procesevaluatie

Eén van de kenmerken van ons gezondheidsbeleid is dat het integraal van karakter is, en intersectoraal wordt uitgevoerd. Voorwaarden voor gezondheid zijn immers op vele gebieden te vinden en te realiseren: in de sfeer van (jeugd)welzijn, onderwijs, ruimtelijke ordening, milieu etc. Het uitgevoerde evaluatieonderzoek laat zien dat die integraliteit juist een sterk punt is, maar tevens de sturing lastiger maakt. De honderden verschillende activiteiten die moesten bijdragen aan de door ons gestelde doelen waren verdeeld over vijf verschillende diensten, en werden deels ook uitgevoerd door tientallen veldpartners. Dat betekende dat velen betrokken waren, maar ook dat de focus van al die betrokkenen niet altijd gezondheid was. Met andere woorden: gezondheid was niet altijd een toetssteen bij het maken van keuzes op andere beleidsterreinen.

Dat neemt niet weg dat er grote waardering bij de ondervraagden bestaat over de wijze van interactieve beleidsontwikkeling. Zeker in het begin van de beleidsperiode heeft dit gezorgd voor een sterk commitment bij gezondheidsbeleid; later nam dit commitment wat af, met name door personele wisselingen, het ontbreken van een geprofileerd programmamanagement en te weinig dieptewerking bij een aantal thema's. In dat verband wordt de keuze voor maar liefst 31 verschillende thema's, die soms ook nog eens elkaar overlappen, als reden genoemd.

Hoewel de doelstellingen van het beleid vragen om een brede inzet en veel impulsen is Gezonder Zorgen II toch teveel een opsomming gebleven van activiteiten, zonder thematische hoofdlijnen. De maatschappelijke opgave van het Lokaal Gezondheidsbeleid is daarmee nog niet voldoende duidelijk geworden, evenals de verbindingen met andere beleidsterreinen.

De gekozen samenwerkingsstructuur (stuur- en coördinatiegroep van de vijf betrokken diensten) zorgde er voor dat er weinig problemen zijn geweest in de sfeer van afstemming. Omdat de dagelijkse coördinatie van de uitvoering geheel bij de GGD lag is de ervaren verantwoordelijkheid voor de programma-uitvoering te veel daar blijven liggen. Ook is de betrokkenheid van de samenwerkingspartners, op de jaarlijkse expertmeetings na, nog onvoldoende benut.

De onderzoekers adviseren om bij het vervolg op Gezonder Zorgen II op zoek te gaan naar gemeenschappelijke belangen en (een) heldere maatschappelijke opgave(n), ook samen met de veldpartners. Succesfactoren zijn structurele

financiering, krachtige programmasturing en voldoende uitvoeringscapaciteit. Tenslotte verdient de wijze van monitoring de aandacht: de geformuleerde doelen dienen te worden voorzien van beter meetbare indicatoren.

### Bevindingen effectevaluatie

Het bepalen van het succes van ons gezondheidsbeleid is een lastige opgave. Niet alleen wijzigen de externe invloedsfactoren zoals wetgeving en maatschappelijke ontwikkelingen zich voortdurend, ook kunnen gezondheidseffecten, als die al op de relatief korte termijn van vier jaar zijn opgetreden, nauwelijks één op één worden toegeschreven aan de genomen maatregelen. Resultaten zullen dan ook vaak slechts kunnen worden uitgedrukt in termen van voortgang, bereikte doelgroepen en gerealiseerde activiteiten.

Tegen deze achtergronden zijn er wel degelijk concrete resultaten te benoemen van ons beleid. Dat geldt met name voor de thema's die in de top-10 van prioriteiten terecht kwamen. Op het gebied van opvoedingsvraagstukken – figurerend in meerdere thema's – zijn goede vorderingen geboekt door de komst van het Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG) en projecten zoals Triple P (een methodiek gericht op positief opvoeden), Licht Pedagogische Ondersteuning en Geschoolde Zorg (opvoedingsondersteuning op school). In de sfeer van de ouderenzorg speelden de STIP's een belangrijke rol, en aan steeds meer mantelzorgers wordt ondersteuning gegeven. Vrijwel alle scholen, en vele woningen werden gescreend op de kwaliteit van het binnenmilieu, en er werden daadwerkelijke verbeteringen gerealiseerd. Hoewel het aantal jongeren dat rookt niet afnam, is het alcoholgebruik onder jongeren tot 16 jaar voor het eerst gedaald; ouders zijn meer verantwoordelijkheid gaan nemen. De toename van overgewicht lijkt bij kinderen gestabiliseerd. Om deze 'bom' onder de volksgezondheid onschadelijk te maken, blijven we hier intensief aan werken. Op de thema's kindermishandeling, huiselijk geweld en verwaarlozing/mishandeling van ouderen zijn belangrijke stappen gezet, gericht op vroegsignalering en ketenzorg. Uiteraard is dit slechts een greep uit de behaalde resultaten, maar het geeft wel aan dat wij met Gezonder Zorgen II opnieuw een belangrijke bijdrage hebben kunnen leveren aan de gezondheid, en daarmee het 'welbevinden' van onze 188.000 stadgers.

### Gezonder Zorgen III

Gezonder Zorgen II was opgebouwd uit bouwstenen die veelal werden ontleend aan andere beleidsdomeinen. Per thema is gezocht naar activiteiten en interventies die (in potentie) konden bijdragen aan het realiseren van onze gezondheidsdoelen. Daarmee waren deze gezondheidsdoelen niet leidend bij ontwikkelingen op die andere domeinen. Bij een vervolg op Gezonder Zorgen II

is het daarom van belang dat deze benadering wordt omgedraaid: beslissingen op andere beleidsterreinen zouden mede moeten worden genomen op grond van het gezondheidsbelang dat er mee gemoeid is. Daarmee wordt de factor 'gezondheid' een impliciete toetssteen voor beleid.

Onlangs is in opdracht van het Ministerie van VWS onderzoek gedaan naar de baten in de gezondheidszorg<sup>1</sup>. Daaruit blijkt dat investeringen in de (preventieve) zorg zeer lonend zijn. Het rendement zit hem in een hogere levensverwachting, een hogere kwaliteit van leven en gunstige effecten op de economie zoals een lager ziekteverzuim en hogere productiviteit door betere gezondheid. Zo blijkt dat gezonde mensen productiever zijn en vaker en langer deel nemen aan het arbeidsproces.

De gemeente Groningen is één van de netwerkpartners van het Healthy Ageing Netwerk Noord Nederland (HANNN). Het netwerk is gericht op onderzoek, innovatie en kennisontwikkeling. Het doel is het verbeteren van de condities om gezond ouder te worden (Healthy Ageing). Healthy Ageing heeft vele raakvlakken met het lokale gezondheidsbeleid (omgeving, zorg en leefstijl). Daarom willen wij bij de beleidsontwikkeling en uitvoering van Gezonder Zorgen III de inhoudelijke raakvlakken en verbindingen in kaart brengen en vervolgens gebruik maken van de kansen en mogelijkheden die dit netwerk biedt.

Wij willen ons gezondheidsbeleid dus zowel vanuit de inhoud als vanuit het rendement meer gaan verbinden met maatschappelijk relevante thema's als participatie, milieu, onderwijs, veroudering en werkgelegenheid. Wij verwachten daarmee de onderlinge samenhang tussen de domeinen sociaal- en welzijnsbeleid, onderwijs- en jeugdbeleid, WMO-beleid, ouderenbeleid, arbeidsbeleid etc. te versterken en het maatschappelijk én economisch rendement van preventieve zorg zichtbaar te maken.

Ook bepaalt het actuele aanbod aan activiteiten en interventies nog te sterk de koers die wordt ingeslagen. Niet wat beschikbaar is, maar wat nodig is dient leidraad te zijn voor de beleidsvorming. Het is daarom van belang om een goede analyse te maken van de determinanten van het gezondheidsprobleem, om van daaruit oplossings-richtingen te bepalen en uit te werken. Wij zullen in de komende beleidsperiode kritischer kijken naar de verhoudingen tussen de gezondheidsproblemen, de oplossingen daarvoor en de in te zetten interventies.

Ten aanzien van de organisatiestructuur van ons gezondheidsbeleid stellen wij vast dat enerzijds de afstemming tussen de betrokken diensten goed was geborgd, maar dat in de loop van de afgelopen vier jaar ook de binding tussen de diensten en de externe samenwerkings-partners is afgenomen. Daarbij is ook bij Gezonder Zorgen III een actief opererend programmamanagement

---

<sup>1</sup> Marc Pomp, Een beter Nederland; de gouden eieren van de gezondheidszorg.

onmisbaar, en is naar onze mening blijvende interactie met- en actieve betrokkenheid van zowel de diensten als ook externe partners van groot belang.

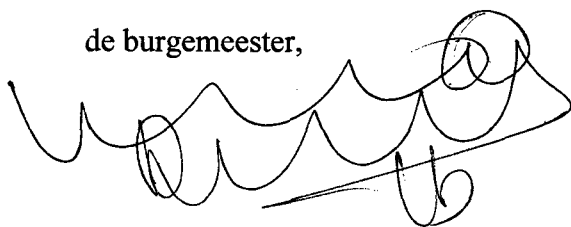
Verder nemen we uiteraard de andere relevante aanbevelingen uit de procesevaluatie "Gezonder Zorgen II doorgelicht" mee in de uitwerking van Gezonder Zorgen III.

### Planning Gezonder Zorgen III

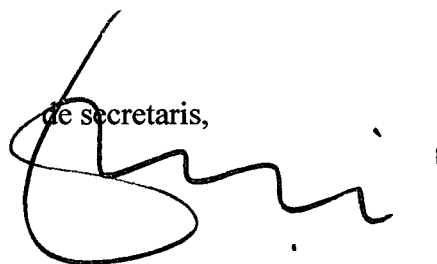
Het uitbrengen van de vierjaarlijkse nota Lokaal Gezondheidsbeleid maakt onderdeel uit van de landelijke preventiecyclus. Deze start met het uitbrengen van de Volksgezondheids Toekomst Verkenning (VTV), gevolgd door de preventienota van het ministerie van VWS. Het verschijnen van deze nota is vertraagd omdat er pas een besluit genomen wordt als er een nieuwe regering is. De landelijke prioriteiten worden dan pas formeel bekend, de verwachting is echter dat deze niet geheel zullen afwijken van de huidige, Daarom kunnen de voorbereidingen voor de volgende beleidsperiode 2011-2014 dit najaar van start gaan. Het ligt in onze bedoeling om na bespreking van de evaluatie in uw commissie in de maand november de hoofdlijnen voor ons beleid te bespreken met alle betrokkenen. Wij verwachten vervolgens in de maand maart 2011 de nota Gezonder Zorgen III aan uw Raad te kunnen voorleggen.

Met vriendelijke groet,  
burgemeester en wethouders van Groningen,

de burgemeester,



de secretaris,



## Effectevaluatie Gezonder Zorgen II (2007 – 2010)

25 augustus 2010

### 1 Inleiding

Gezonder Zorgen is de titel van de nota lokaal gezondheidsbeleid van de gemeente Groningen. In 2002 verscheen de eerste nota onder die naam, vier jaar later gevolgd door een tweede nota: Groningen gaat *steeds* Gezonder Zorgen (2007-2010). De werking van deze nota loopt eind 2010 af.

Ter voorbereiding op Gezonder III is een evaluatietraject gestart met twee sporen: een procesevaluatie en een effectevaluatie. De procesevaluatie is uitgevoerd door Toegepast gezondheids Onderzoek (TGO), een zelfstandige afdeling van de Graduate School for Health Research (SHARE-research), een onafhankelijk onderzoeks- en adviesbureau van het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG). Het resultaat van deze evaluatie is beschreven in het rapport 'Gezonder Zorgen II doorgelicht' (juni 2010). De belangrijkste conclusies zijn dat het beleid succesvol kan worden genoemd waar het gaat om draagvlak en de interactieve beleidsvorming. Borging van het afgesproken beleid, en ook de invulling van het programmamanagement behoeven aandacht. Elementen die daarin een rol kunnen spelen zijn onder meer verdieping (en ook minder verschillende thema's) en het formuleren van een duidelijke maatschappelijke opgave. Daardoor kunnen gemakkelijker verbindingen worden gelegd met aangrenzende beleidsterreinen.

De effectevaluatie is, in tegenstelling tot de procesevaluatie, intern uitgevoerd door de dienst HVD/GGD, op basis van de daar aanwezige epidemiologische kennis en databestanden binnen de gemeente en van derden. Het meten van de effecten van beleid is echter een complexe zaak. Niet alleen kunnen opgetreden gezondheidseffecten nooit rechtstreeks worden toegeschreven aan het gevoerde beleid. Ook lenen lang niet alle gestelde doelen zich voor kwantitatieve monitoring. In de nota Gezonder Zorgen II staat hierover het volgende geschreven:

*Globaal zijn er drie soorten doelen.*

- *Doelen die zich niet lenen tot meten/evalueren. Hiervan zal er geaccepteerd moeten worden dat er alleen informatie kan worden verstrekt over de voortgang van de activiteiten. Zijn de activiteiten uitgevoerd, dan kan aangenomen worden dat de activiteiten bijgedragen hebben aan het resultaat.*
- *Doelen die zodanig SMART<sup>1</sup> te formuleren zijn dat vooraf duidelijk is, wanneer het doel bereikt is. Vaak betekent dit overigens wel dat er, voordat de interventie wordt ingezet, de stand van zaken in kaart moet worden gebracht (nulmeting).*
- *Doelen die zich lenen voor een inhoudelijke evaluatie. Hiertoe dient een apart onderzoeksvoorstel te worden uitgewerkt.*

Voor de laatste categorie komen, mede in verband met de inspanningen en de kosten die er mee gemoeid zijn, slechts enkele van de gekozen gezondheidsthema's in aanmerking. In die gevallen gaat het om projecten en plannen van aanpak waarin een aparte paragraaf evaluatie en monitoring is opgenomen; een voorbeeld hiervan is het plan 'Aanpak overmatig alcoholgebruik jongeren' (2008).

Met de kanttekeningen zoals hierboven zijn gemaakt passeren in deze evaluatie alle 31 gezondheidsthema's uit de nota de revue met nadruk op de prioriteiten top 10. Kort wordt aangegeven wat is bereikt, en waarop deze winst is gebaseerd. In de laatste paragraaf worden enkele voorzichtige conclusies getrokken over het behaalde effect.

<sup>1</sup> SMART = Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch en Tijdsgebonden

## 2. Resultaten op de thema's

Hieronder worden voor alle 31 thema's uit de nota Gezonder Zorgen II op basis van de beschikbare (eigen) bronnen de behaalde resultaten benoemd. Over de volgende onderwerpen wordt iets uitgebreider gerapporteerd omdat ze in de Raadscommissie als prioriteit werden benoemd;

- Afstemming zorgvoorzieningen;
- Sociaal isolement
- Ontoereikende opvoedingskwaliteiten
- Kindermishandeling
- Afhankelijkheid van zorg
- Toename overgewicht
- Overbelasting mantelzorger
- Huiselijk geweld
- Weg naar zorg wordt niet gevonden
- Binnenmilieu

### **A1 Sociaal isolement**

Uit de gezondheidsenquête 2010 blijkt dat het aantal mensen dat zich (zeer) eenzaam voelt is afgenomen van 8% in 2006 naar 6%, deze afname doet zich vooral voor onder jongvolwassenen. In de jaren 2007 t/ 2009 werd 4663 75+ers aangeschreven in het kader van de aanpak Huisbezoek 75+, van hen maakten 1779 mensen gebruik van het aanbod voor vervolgdienstverlening. In het kader van het activeringsproject 'Samen Actief', gericht op niet-actieven (o.m. bijstandsgerechtigden) werden in acht wijken in totaal 128 mensen bereikt. Ondanks deze inspanningen is uit de gezondheidsenquête 2010 gebleken dat eenzaamheid onder 75 + is toegenomen. De kwetsbaarheid van 75+ blijft onverminderd groot.

### **A2 Afhankelijkheid van zorg/betrokkenheid op elkaar**

De indicator voor de doelen bij dit thema is 'sociaal kapitaal'. Dit is de optelsom van de mate van bereidheid om elkaar te helpen, het gevoel verbonden te zijn met elkaar, mensen te vertrouwen, het goed met elkaar kunnen vinden en graag met elkaar om willen gaan. Deze 'somscore' is de afgelopen vier jaren met een half procentpunt toegenomen, van 17.7 naar 18.2. Daarmee lijkt de betrokkenheid op elkaar, en daarmee de onafhankelijkheid van professionele hulp te zijn toegenomen.

### **A3 Psychosociale problemen door overlast**

Het doel bij dit thema: burgers ervaren minder overlast van (groepen) jongeren, lijkt niet te zijn gehaald. In de Leefbaarheids- en Veiligheidsmonitor 2008 is te lezen dat de ervaren overlast van (groepen) jongeren tussen 2006 en 2008 gelijk is gebleven (11%). De mate van ervaren overlast stijgt (op een schaal van 1 tot 5) van 2.8 naar 3.2.

### **A4 Gezondheidsrisico's verplaatsen van fysiek beperkten**

De afdeling Persoon Gerichte Zorg & Welzijn van de gemeente Groningen is betrokken bij Wmo-voorzieningen. Daarbij worden onder andere woon- en vervoersvoorzieningen aangevraagd en toegekend. Vanaf 2007 werden per jaar gemiddeld 1720 aanvragen voor woonvoorzieningen ingediend waarvan 95% werd toegekend. Van de 1450 indicatiebesluiten aangaande vervoersvoorzieningen werd 97% positief beoordeeld. Van de gemiddeld 1075 indicatiebesluiten voor een rolstoel werd 97% toegekend. Er werd een onafhankelijk klanttevredenheidsonderzoek uitgevoerd waaruit bleek dat 94% tot 98% van de mensen tevreden was over de verstrekte woonvoorzieningen. Het tevredenheidspercentage was iets beter dan in vergelijkbare grote gemeenten. Gebruikers van

collectief vervoer gaven een rapportcijfer van 7,3. Van cliënten die Wmo-voorzieningen hebben geeft 83% aan dat de verstrekte voorzieningen bijdragen aan het zelfstandig blijven wonen en 74% zegt dat de Wmo-steun/hulpmiddel bijdraagt aan het kunnen blijven meedoen aan de maatschappij.

#### **A5 Binnenmilieu**

De doelstelling binnen dit thema is de luchtkwaliteit in scholen, woningen en kindercentra gezonder te maken. Met name zou dit een gunstig effect moeten hebben op het ontstaan van klachten van de luchtwegen. Ook zou het bevorderend werken op het concentratievermogen van leerlingen. In de gemeente Groningen wordt geen specifiek periodiek onderzoek gedaan naar het vóórkomen van luchtwegklachten bij kinderen. Wel is de afgelopen vier jaar veel geïnvesteerd in dit thema. Zo is op alle basisscholen en een deel van de VO-scholen de zg. 'ééndags-methode' uitgevoerd (quick scan naar luchtkwaliteit) en werden daaraan gekoppeld adviezen verstrekt over ventilatiegedrag en ventilatieapparatuur. Van 11 scholen is een uitgebreid rapport opgeleverd dat doorgaans leidde tot concrete aanpassingen. Los hiervan werden 10 voorlichtingsactiviteiten uitgevoerd.

'Binnenmilieu' is inmiddels een vast aandachtspunt geworden in bouwprojecten die door de gemeente Groningen worden uitgevoerd. Met de Woningcorporaties worden afspraken gemaakt over het binnenmilieu in huurwoningen. In de nieuwe wijk Meerstad zal een pilot worden uitgevoerd met betrekking tot extra aandacht voor het binnenmilieu en energiebesparing. Ook loopt er een pilot 'Verduurzaming sociale huurwoningen' waarbij o.m. het binnenmilieu in 1000 woningen wordt onderzocht.

#### **B1 Opvoedingsonmacht**

We hadden als doel het verbeteren en toegankelijker maken van het aanbod aan opvoedingsondersteuning en de licht pedagogische hulpverlening. Met de komst van zes Centra voor Jeugd en Gezin is de drempel om gebruik te maken van opvoedingsondersteuning verlaagd. In 2009 is bovendien, binnen het kader van het CJG, de Telefonische Advisering gestart, met in het eerste jaar 6000 vragen. Ook zijn ruim 100 medewerkers getraind in het uitvoeren van het effectieve opvoedingsprogramma Triple P. Het aantal gezinnen dat ondersteuning kreeg via Licht Pedagogische Hulpverlening 0-12 jarigen liep op tot 365. Geschoolde Zorg, een project dat extra inzet op ondersteuning van scholen met veel opvoedingsproblematiek, werd ingevoerd op 10 scholen voor basisonderwijs en één school voor Voortgezet Onderwijs. In totaal werden bijna 2000 kinderen besproken in het kader van de interne zorgstructuur op school.

#### **B2 Ongezonder en ongewenst gedrag**

Onder dit thema hebben wij abstracte doelen gesteld, die betrekking hebben op de ontwikkeling van jongeren tot vrije en verantwoordelijke burgers. Concrete activiteiten die we in dit opzicht kunnen noemen zijn; de jaarlijkse 'Maand van liefde en genot' waarbij in totaal 663 workshops werden gegeven, gastlessen en weerbaarheidstrainingen met een bereik van duizenden jonge mensen. Tientallen scholen en buurthuizen werkten hier aan mee. Een belangrijk punt bij dit thema is ook de rol van de ouders. Uit de resultaten van ons beleid t.a.v. alcoholgebruik door jongeren (zie ook B4) blijkt dat ouders inderdaad meer verantwoordelijkheid zijn gaan nemen, i.c. voor het drinkgedrag van jongeren onder de 16.

#### **B3 Roken**

Mede in verband met de dalende trend in de jaren voorafgaande aan Gezonder Zorgen II hebben wij ingezet op een verdere daling van het aantal rokers van 28 naar 20% (conform de landelijke doelstelling). Dit streven is voor wat betreft volwassenen te ambitieus gebleken (het aantal dagelijkse rokers nam af tot 24%). Bij 16 -18 jarigen is het aantal rokers wél gedaald van 29% naar 17%. Wij hebben de afgelopen jaren vooral op rookpreventie bij jongeren ingezet.



61% van onze basisscholen werkten met de interventie 'Ik wait wat ik dou', gericht op weerbaarheid tegen het omgaan met verleidingen. Op deze scholen werden gastlessen gegeven en ouderavonden georganiseerd, waar ook het thema roken aan bod kwam. Jaarlijks doen bovendien 13 scholen voor Voortgezet Onderwijs mee aan het project 'Gezonde school en genotmiddelen'. Bij het thema 'roken' verwachtten wij een gunstig effect op het roken door jongeren (16+) van de invoering van het rookverbod in de Horeca. De voortdurende onduidelijkheid in de regelgeving op dit punt vertraagt mogelijke effecten op het rookgedrag (van volwassenen).

#### **B4 Alcoholmisbruik jongeren**

Alcohol&jongeren was de afgelopen jaren één van de speerpunten van ons gezondheidsbeleid. In 2008 werd een integraal plan vastgesteld en in uitvoering genomen. Daarin werden 45 maatregelen aangekondigd op het terrein van preventie, regelgeving en handhaving, en randvoorwaarden.

Tegelijkertijd zagen we een landelijke maatschappelijke discussie over alcoholmisbruik door jongeren met gerichte aandacht voor leeftijdsgrens voor alcoholgebruik bij 16 jaar. Alle inspanningen samen hebben, zo blijkt uit de Jeugdgezondheidsenquête 2008/2009, geleid tot afname van het alcoholgebruik door jongeren onder de 16 jaar; in 2004/2005 zei nog 80% van de jongeren wel eens of zelfs regelmatig alcohol te gebruiken, vier jaar later is dit 41%. De weer toegenomen rol van de ouders zal hier een belangrijke rol bij hebben gespeeld. Bij de groep 16+ zien we aan de ene kant een afname van alcoholgebruik (van 92 naar 73%) maar tevens ook een lichte toename van de hoeveelheid alcohol die per keer wordt ingenomen: het zg. 'bingedrinken' (5 glazen of meer per keer, minstens één keer per maand maar in de praktijk vaak wekelijks) is toegenomen van 48 naar 51%. In de groep 16- is dit percentage juist gedaald, van 40 naar 30%. Naast de uitvoering van het plan 'aanpak overmatig alcoholgebruik jongeren' zijn er landelijke campagnes die een lokale vertaling krijgen, worden landelijke folders verspreid op scholen en geven niet aan de gemeente gerelateerde organisaties als de stichting Voorkom en de stichting Terwille lessen op scholen. Alles overziend kan worden gesteld dat met dit thema een kentering lijkt ingezet te zijn van de zorgelijke ontwikkeling van hoog alcoholgebruik onder jongeren.

#### **B5 Seksuele ontwikkeling jongeren**

De training 'ja, ik wil veilig vrijen' is gegeven aan 10 (intermediaire) jongeren. Verder is bij een groot aantal andere, meer algemene interventies die betrekking hebben op leefstijl, gedrag of weerbaarheid het thema seksualiteit impliciet of expliciet meegenomen. Uit het feit dat condoomgebruik is toegenomen, en de prevalentie van de meeste SOA's is afgenomen mag worden afgeleid dat in elk geval op het aspect van veilig vrijen winst is geboekt. Zie ook B2, B6, B12 en B13.

#### **B6 Ongewenste zwangerschappen, HIV en SOA**

Bij dit thema was het ons doel dat jongeren veiliger zouden gaan vrijen en dat er meer kennis onder jongeren zou zijn over HIV, SOA's en het voorkomen van zwangerschappen. Uit de Jeugdgezondheidsenquête 2008/2009 blijkt dat het stelselmatige condoomgebruik onder jongeren, vergeleken met de vorige enquête in 2004/2005, met 3% is toegenomen tot 60%. Met uitzondering van de ziekte Chlamydia is het aantal SOA-en HIV-besmettingen gedaald. Het aantal tienerzwangerschappen neemt landelijk nog steeds af; er zijn geen specifieke gegevens voor Groningen bekend. Met name in de bevolkingsgroep van Turkse en Antilliaanse/Arubaanse afkomst komt dit relatief vaak voor met 37 resp. 42 geboorten per 1000 meisjes van 15-19 jaar. Het project Amor y Salu heeft veel succes gehad in de laatste groep: 930 mensen namen actief deel. In het kader van het project 'Lang leve de liefde' volgden in totaal 20 docenten van 13 scholen een training in preventietechnieken.

## **B7 Overgewicht**

In de loop van de afgelopen vier jaar is steeds duidelijker geworden dat overgewicht, en in het bijzonder overgewicht bij kinderen en jongeren, één van de grootste volkgezondheidsproblemen van de toekomst zal zijn. In Gezonder Zorgen II hebben we dit thema, evenals in de eerste ronde van het lokaal gezondheidsbeleid, de hoogste prioriteit gegeven. Dit heeft geleid tot uitvoering van tal van interventies in de sfeer van sport/bewegen en voeding.

Zo is het aantal wijken waar Bslim wordt uitgevoerd (gecombineerde leefstijlinterventie sport, fairplay en voeding) opgelopen van 4 naar 9 wijken. De interventie 'Groninger Gruiten' (groente en fruit op school) werd getransformeerd naar het landelijke project 'Schoolgruiten', en uitgebreid naar 20 basisscholen. Op 7 scholen voor VO werd het project 'de Gezonde Schoolkantine' geïntroduceerd en uitgevoerd. Speciale aandacht was er voor de (positieve) relatie tussen borstvoeding en het ontstaan van overgewicht; jaarlijks worden studenten aan de opleiding tot vroedvrouw hierover uitgebreid voorgelicht.

In de reguliere jeugdgezondheidszorg is er tijdens alle contactmomenten tussen 0- en 19 jaar aandacht voor (het voorkomen van) overgewicht. In de sfeer van ruimtelijke ordening wordt steeds meer rekening gehouden met het creëren van stimulansen om meer te bewegen.

Onze ambitie was onder meer dat stadjsers zich meer bewust zouden worden van het probleem overgewicht. Het aantal volwassenen dat te zwaar is, is licht gedaald (dit percentage wordt vooral verklaard door de vele studenten die in de stad Groningen wonen).

Ons doel om stadjsers meer te laten bewegen is niet te meten. Wel kan worden gesteld dat sportdeelname, ook onder ouderen is toegenomen. Maar omdat sport veelal als een sociaal gebeuren wordt gezien (de 'derde helft' bij wedstrijden!) zegt dit nog niet alles over een gunstig effect op de volksgezondheid. Wat de kinderen en jongeren betreft lijkt de toename van overgewicht gestabiliseerd. Op basis van objectieve metingen zien we de volgende percentages kinderen met overgewicht: op 3 jarige leeftijd is 8% al te zwaar, op 5 jarige leeftijd 11% terwijl kinderen van 9 jaar een percentage van 18% scoren (bron: GGD Groningen).

Juist omdat overgewicht op termijn grote consequenties zal hebben voor de volksgezondheid is de afgelopen jaren gezocht naar een meer effectieve aanpak. Het Integraal Toezicht Jeugd heeft uit onderzoek geconcludeerd dat interventies te vaak niet voldoende renderen, de regie op de aanpak te vaak zwak is, de echte risicogroepen niet worden bereikt en professionals te vaak lijden aan 'handelingsverlegenheid'. Om die reden hebben wij een pilotproject voorbereid in de wijk Vinkhuizen ('Dik doun in Grunn') waarin we op zoek gaan naar een andere werkwijze. Dit vier jaar durende project gaat in het najaar van 2010 van start.

## **B8 Slechte voeding**

Dit thema heeft veel, zo niet alles te maken met het vorige thema, overgewicht. Regelmatig, gevarieerd en gezond eten is een belangrijke voorwaarde voor (latere) gezondheid. Het aanbod van voedsel thuis, maar ook op scholen en in (sport)kantines dient gezond te zijn. Veel de activiteiten onder dit thema zijn gekoppeld aan de aanpak van overgewicht. Specifieke interventies waren de Kinderkookclub 'Superchefs' die met veel enthousiasme is gevolgd in 10 wijken; alleen al in 2009-2010 namen 150 kinderen hier aan deel (en werden zo ook hun ouders bereikt). 'Schoolgruiten' draaide op 20 scholen, en 'de Gezonde Schoolkantine' op 7 VO-scholen. Alle inspanningen konden niet voorkomen dat de groente- en fruitconsumptie maar weinig veranderde. Onder kinderen en jongeren bleef het dagelijks eten van groente vrijwel gelijk (gemiddeld 49%), terwijl het dagelijks eten van twee stuks fruit zelfs sinds 2004/2005 vrij sterk daalde (van 44% naar 30%). Het aantal kinderen op het basisonderwijs dat 5 keer per week of vaker ontbijt bleef staan op 90%, in het VO is dit percentage gedaald van 81 naar 75. Van de volwassenen voldeed in 2006 31% aan de norm voor voldoende groente en fruit, in 2010 is dit met een halve procentpunt gedaald.

### **B9 Maatschappelijke problemen door overlast en alcohol**

Met dit thema doelden wij op problemen in de sfeer van huiselijk geweld, maatschappelijk functioneren van burgers en verkeersonveiligheid. Onze ambitie was dat deze problemen in een vroeg stadium worden gesignaleerd en er tijdig wordt ingegrepen. Voor de door burgers ervaren overlast (afgenomen) verwijzen wij kortheidshalve naar thema A3, psychosociale problemen door overlast. Waar het gaat om signalering en tijdige aanpak van overlastsituaties zijn de afgelopen jaren belangrijke vorderingen gemaakt. Bij de Meldpunten Overlast worden minder meldingen ontvangen (2007 3455, 2008 2905) maar deze worden effectiever verwerkt. Jongeren geven de Groningse burger vaak aanleiding om het Meldpunt Overlast en Zorg te bellen. In 2008 gebeurde dit 357 keer. In 2007 was dit aantal 437 en in 2005 zelfs 550.

Ook de bovenschoolse Zorg Advies Teams 0-12 jarigen en het Zorgnetwerk Aan Risicojongeren 12-23 jarigen (nu beide geïncorporeerd in de CJG-structuur) vervullen een belangrijke signaleringstaak; niet zelden kunnen door bespreking van jongeren in dit team mogelijke latere overlastsituaties worden voorkomen of beperkt.

### **B10 Kindermishandeling**

12% van de jongeren van 12-18 jaar geeft aan wel eens lichamelijk, en 19% wel eens geestelijk mishandeld te zijn; 4% wil deze vraag niet beantwoorden.

De aanpak van kindermishandeling heeft eind 2008 een belangrijke impuls gekregen in de vorm van de landelijke RAAK-aanpak, waardoor een regionale coördinator kon worden aangesteld. Begin 2010 werd vervolgens het werkplan van deze functionaris vastgesteld. Door personele wisseling is pas medio 2010 gestart met de uitvoering van dit werkplan. Zo zijn de geplande scholingen pas recent van start gegaan, en wordt momenteel gewerkt aan de implementatie van de meldcode en de opzet van een handelingsprotocol. Verwacht wordt dat deze activiteiten op termijn zullen leiden tot een betere vroegsignalering en een beter sluitende zorgketen, onder meer ook in relatie tot het Centrum voor Jeugd en Gezin.

### **B11 Huiselijk geweld**

Huiselijk geweld blijft vaak onzichtbaar, waardoor slachtoffers maar ook daders en betrokken kinderen niet (tijdig) worden geholpen. Ook hier is vroegsignalering één van onze doelen, evenals de meldingsbereidheid van de slachtoffers en een adequate hulp na die melding.

Het telefonisch steunpunt van het ASHG wordt steeds vaker gebeld: door professionals, slachtoffers, omstanders en in 2009 ook door 34 plegers. Het aantal bellers was tussen 2007 en 2009 in totaal bijna 5000. In die periode werden in de stad Groningen 809 gezinnen door de politie naar het ASHG verwezen.

In 2007 waren we landelijk "in the picture" doordat we samen met Amsterdam en Venlo een pilot uitvoerden met de nog aan te nemen wet op het tijdelijk huisverbod. Deze wet maakt het mogelijk plegers van huiselijk geweld 10 dagen (28 dagen bij verlenging) de toegang tot het huis te ontzeggen. De wet werd ingevoerd op 1 januari 2009. In 2009 werden 66 huisverboden opgelegd, in 2010 tot 1 augustus al 100. Bij de meeste gezinnen gaat het om partnergeweld of geweld tussen ex-partners. Opvallend is dat het bij ongeveer 10% van de gezinnen gaat om geweld tegen ouders door (net volwassen) kinderen. Het ASHG ontwikkelt voor hulp aan deze gezinnen een methodische handleiding.

De afgelopen jaren is er veel publiciteit geweest rond dit thema, mede ook door onze interventies. Dit heeft geleid tot maatschappelijke (h)erkenning van deze problematiek.

Belangrijk daarin was het voorlichtingstraject voor en met de Turkse gemeenschap in de provincie en de samenwerking met Zina (Adelheid Roosen) in 3 oude wijken. In de krachtwijken experimenteren ASHG, politie en MJD met het direct reageren op alle meldingen (in plaats van alleen bij gezinnen die instemmen met hulp). Daarnaast hebben wij veel geïnvesteerd in voorlichting aan intermediairen (huisartsen, maatschappelijk werkers, politie etc.) en aan studenten (Noorderpoortcollege, Hanzehogeschool, RUG/Geneeskunde). Alleen al het Advies- en

Steunpunt Huiselijk Geweld (ASHG) gaf van 2007 tot medio 2010 zo'n 130 voorlichtingen en trainingen.

### **B12 Seksueel geweld**

Tijdige signalering, een sluitende zorgketen en optimale hulpverlening – dat waren de doelen die wij ons in 2007 stelden. De afgelopen jaren hebben wij op al deze punten vooruitgang geboekt, in het bijzonder door de bundeling van de krachten van 13 betrokken organisaties in het Samenwerkingsverband Tegen Seksueel Geweld Groningen (STSGG), onder coördinatie van de GGD. Naast afstemming tussen de vele activiteiten op dit gebied zijn ook nieuwe initiatieven genomen. Er kwam een digitale nieuwsbrief met een bereik van 300 adressen, en er werd een sociale kaart uitgegeven (2007, met een update in 2010).

170 mensen namen deel aan een werkconferentie in 2008. Girlpower, een weerbaarheidstraining voor meiden werd 22 keer gegeven, met een bereik van ca. 250 meiden. In 2009 en 2010 werd bovendien een aangepaste versie van deze training gegeven op een MBO-opleiding (40 deelnemers).

Het aanbod in de strijd tegen seksueel geweld blijft in ontwikkeling; het is van groot belang voortdurend te blijven investeren in (signalering)deskundigheid en vaardigheden om effectief in te grijpen. 'Scherp houden' is hier het devies.

### **B13 Loverboys**

Beter inzicht in de problematiek, toename van de meldingsbereidheid en een sluitende aanpak van jeugdprostitutie. Navraag leert dat deze doelen niet met harde cijfers kunnen worden onderbouwd, maar wel geven betrokkenen aan dat de kern van het risico op misbruik door een loverboy vooral ligt bij de relationele vorming en weerbaarheid van jonge meiden. In totaal werden in de looptijd van Gezonder Zorgen II 35 gastlessen in het Voortgezet Onderwijs verzorgd, als onderdeel van de jaarlijkse 'Maand van Liefde en Genot'. Vaak werden deze lessen gegeven op uitnodiging van docenten die een vermoeden hadden van loverboys in de omgeving van hun leerlingen. Meisjes gaven vaak aan de problematiek te herkennen in hun omgeving. Docenten gaven aan blij te zijn met de verstrekte informatie, vooral om beter en eerder te kunnen signaleren.

### **B14 Verwaarlozing en mishandeling ouderen**

Ook bij dit thema gaat het vooral om het zicht krijgen op de problematiek en de borging van een sluitende zorgketen. Een belangrijk element daarin is de mantelzorgondersteuning (zie ook thema C5). In 2007-2008 werd door het CMO Groningen, met deelname van o.m. Lentis, het Advies- en Steunpunt Huiselijk Geweld (ASGH) en de GGD het project 'Signaal op Rood' uitgevoerd. In dit kader werd geïnvesteerd in kennis- en productontwikkeling en netwerkvorming. Met ingang van 2009 is deze aanpak overgenomen door het ASGH. In 2008 werden provinciebreed 18 aandachtsfunctionarissen getraind; de slotconferentie werd door 80 deelnemers bezocht. In de eindrapportage van het project 'Aanpak ouderenmishandeling provincie Groningen' (april 2010) concludeert het ASHG onder meer dat de handleiding die binnen dit project werd ontwikkeld voor hulpverleners een goede steun betekent bij hun werk. Met deze inzet is deze problematiek goed op de agenda gezet; signalering en sluitende ketenaanpak zijn beter geborgd in de reguliere structuren, maar blijvende aandacht – en vooral commitment aan deze problematiek – is geboden.

### **B15 Pesten**

Pesten op de (basis)school kan grote gevolgen hebben voor de gezondheid op latere leeftijd. Pestsituaties zullen zich altijd voordoen, en horen in zekere zin bij het proces van opgroeien. Van groot belang is echter hoe er door opvoeders op wordt gereageerd. Om die reden besteden vrijwel alle scholen al geruime tijd aandacht aan dit probleem, vaak in het kader van weerbaarheidbevordering. Op veel scholen (ook in het VO) is een contactpersoon 'pesten' aangewezen en/of is een pestprotocol in werking gezet. 6 Vensterscholen hebben deelgenomen

aan de training 'Aanpak pestsituaties in de wijk'. Voor kinderen die worden gepest is de overgang van het basis- naar het voortgezet onderwijs een cruciaal moment; voor hen is de zomertraining 'Plezier op school' opgezet. Aan deze trainingen deden de afgelopen vier jaar 117 kinderen mee. Bij ernstige pestsituaties kan het Consultatieteam Pesten advies geven; dit gebeurde in deze periode in totaal 42 keer.

### **B16 Verslechtering gebitten**

Ten tijde van de keuze voor de gezondheidsthema's voor Gezonder Zorgen II bestond er grote zorg over de verslechtering van de gebitten van kinderen en jongeren, mede door de toename van het nuttigen van ongezond voedsel en drankjes. Wij stelden ons ten doel dat 55% van de 2-jarigen de tandarts bezoekt, en het percentage kinderen en jongeren met een gezond gebit stijgt. Uit gegevens van de preferentie zorgverzekeraar Menzis blijkt dat in 2009 51,5% van de 2-jarigen inderdaad naar de tandarts is geweest, tegen 48% in 2007. Tot het 12<sup>de</sup> jaar stijgt dit percentage tot 88%, om daarna weer af te nemen tot 71% op 19-jarige leeftijd. In de looptijd van Gezonder Zorgen II is het tandartsbezoek licht gestegen, met gemiddeld 2,5%.

Vanuit het gemeentelijk beleid werd vooral geïnvesteerd in voorlichting op scholen (bereik 600 kinderen per jaar), in de bibliotheek (300 kinderen 0-4 met hun ouders) en tijdens de vaccinaties op 9-jarige leeftijd (ca. 2000 kinderen per jaar). Aan het project Fluoridespoelen namen ca. 1000 kinderen deel, eenzelfde aantal dat ook werd gezien in het project 2-jarigen.

### **C1 Samenhang in de zorg**

Bij dit thema hebben wij de afgelopen periode veel geïnvesteerd in de zorg voor jeugd en Multiproblem-gezinnen. In relatie tot onze doelen is veel bereikt bij het vroegtijdig signaleren van problemen en het borgen van tijdige en adequate hulpverlening aan gezinnen. In de Zorg Advies Teams (zie ook B9) werden tussen 2007 en medio 2010 in totaal 382 gezinnen op de rol gezet. Inclusief 'oude' gezinnen werden 715 gezinnen intensief besproken en gevolgd. De komst van de Verwijs-index in 2010 zorgde voor een sterke terugloop van het aantal meldingen in dat jaar, omdat de ZAT's werden afgebouwd. Dit instrument zal de informatie-uitwisseling en tussen hulpverleners aanzienlijk bevorderen, één van de doelen zoals die door ons werden geformuleerd. Het project 'Geschoolde Zorg', waarin extra (opvoedings)ondersteuning werd geboden werd op 10 scholen voor basisonderwijs, en één school voor Voortgezet Onderwijs uitgevoerd. Het aantal ouders/ouderparen dat het spreekuur op die scholen bezocht was 1046 (2007 tot 1 juli 2010). In het kader van de interne zorgsstructuur van de school werden 1646 leerlingen besproken (2007 tot 1 juli 2010). De pilot Multi Problem Gezinnen in drie wijken (met in medio 2010 totaal ca. 30 MP-gezinnen) bereikte in 2008 9 gezinnen; in 2009 bedroeg dit aantal 23 en in 2010 eveneens 23, maar dan wel in de eerste vijf maanden van dat jaar (aantallen zijn cumulatief incl. afgesloten trajecten en nieuwe aanmeldingen; in totaal zijn 33 gezinnen in een traject gezet). Daarmee lijkt de nieuw ontwikkelde aanpak goed aan te slaan.

### **C2 De weg naar de zorg wordt niet gevonden**

Goede informatievoorziening is belangrijk om preventief te werken en een beroep op langdurige en zware zorg te voorkomen. Naast het stedelijk Zorgloket zijn er in de zogenoemde 'Zorgen voor Morgen wijken' informatiepunten beschikbaar. Bij deze Stips kunnen wijkbewoners terecht met hun vragen. Vanuit deze voorziening werken organisaties met elkaar samen, wordt vroegsignalering vormgegeven en wordt gewerkt aan diverse ondersteuningsfuncties. Sinds de invoering van de ketenondersteuning en de plangroepen Zorgen voor Morgen realiseerden wij vanaf 2007 in 11 wijken een wijkzorgstructuur inclusief een ketenondersteuner. Een toenemend aantal Stadjsers weet de weg te vinden naar Stip. Met name Stip locaties die al meerdere jaren bestaan laten toenemende bezoekersaantallen zien. De Stips worden de komende jaren zowel inhoudelijk als organisatorisch verder ontwikkeld en versterkt.

### **C3 Gezondheidsrisico's mensen met psychische stoornis/verslaving**

Hulpverleners moeten regelmatig getraind worden in de vroegsignalering van psychische- en verslavingsproblemen. En er is een sluitend aanbod aan opvoedingsondersteuning voor de ouders uit deze groep. Voor dat laatste doel is de afgelopen vier jaar steeds meer aandacht, voor wat betreft het eerste doel kunnen wij stellen dat deze training in het kader van de OGGZ-aanpak regelmatig worden aangeboden. In het kader van gebiedsgericht werken OGGZ worden in 2010 voorlichtings- en bijeenkomsten gehouden met als doel de vroegsignalering nog beter te borgen bij alle betrokken instellingen en diensten.

### **C4 Voorzieningen voor ouderen**

Bij dit thema ging het vooral om het borgen van voorzieningen voor ouderen in de wijk. Op dit punt zijn belangrijke vorderingen geboekt. In 11 wijken is inmiddels een Steun- en informatiepunt (Stip) geopend. In het kader van de aanpak Huisbezoek 75+ werd aan 4663 ouderen gevraagd naar hun zorgbehoeften. In de 11 wijken waar een Stip is gevestigd is tevens sprake van een ketensamenwerking op het gebied van wonen, welzijn en zorg. Onder de vlag van Zorgen voor Morgen zijn in 9 wijken zogenaamde servicezones met extra voorzieningen gerealiseerd. In het kader van het beleidsprogramma Wmo 'Vitale Buurten' worden ten behoeve van ouderen en mensen met een beperking vier basisfuncties ontwikkeld en versterkt. Hiermee is er straks in de wijken van de stad een sociale structuur aanwezig waardoor de mogelijkheden om te participeren vergroot worden.

### **C5 Overbelasting mantelzorg**

Ondersteuning van- en tijdige signalering van overbelasting bij mantelzorgers zijn belangrijke voorwaarden om stadgers zo lang mogelijk in hun eigen omgeving te laten wonen, met zo laag mogelijke zorgkosten. Mantelzorg is daarom een belangrijk thema in ons gezondheids- en Wmo beleid. Maar liefst 12 á 13% van de volwassenen in onze gemeente geeft immers zorg aan een naaste; 16% van hen geeft aan overbelast te zijn. Wij hebben de afgelopen jaren veel, en met succes geïnvesteerd om deze groep te ondersteunen. Via het Steunpunt Mantelzorg werden steeds meer mensen bijgestaan: in 2007 ca. 500, in 2008 ca. 600 en in 2009 ca. 900. Het totale doelgroepbereik was echter veel groter via activiteiten, themabijeenkomsten, publieksacties, inzet van een functionaris in de wijken en door samenwerking met de STIP's. Voor allochtone mantelzorgers werd een speciaal project uitgevoerd met inzet van Voorlichters Eigen Taal- en Cultuur.

### **C6 Zorg en niet-Westerse allochtonen**

(Preventieve)zorgvoorzieningen zijn vaak nog te weinig bekend met culturele diversiteit en andere opvattingen over ziekte en gezondheid. Maar ook is het zo dat stadgers van niet-Westerse herkomst de weg naar de zorg niet altijd even goed weten te vinden. Wij hebben daarom de afgelopen jaren met succes activiteiten uitgevoerd ten behoeve van deze doelgroep. Speciaal getrainde vrijwilligers bij Vrouwegezondheidscentrum Jasmijn verzorgden in 2008 en 2009 in totaal 72 workshops over dit thema, met een bereik van meer dan 1170 vrouwen. Via het project Girlpower (zie ook B12), uitgevoerd in samenwerking met de CJG's en het Jeugd- en Jongerenwerk, werden 264 kwetsbare, weinige weerbare meiden bereikt. Zij leerden hun grenzen beter te bewaken en risicogedrag (tienerzwangerschappen, loverboys) te vermijden. In samenwerking met de HBO-V opleiding van de Hanzehogeschool werd een 'Gezondheidswerkplaats' ingericht waar allochtone stadgers laagdrempelig gescreend worden op gezondheidsproblemen, verwezen worden en voorlichting krijgen. Ongeveer 75 cliënten, die vrijwel allen nauwelijks profiteren van de reguliere hulpmogelijkheden maakten hiervan gebruik. Overgewicht, stress en psychosomatische klachten werden hier vaak gezien. Gezien het succes

van dit nog kleinschalige concept wordt onderzocht of deze voorziening kan worden gekoppeld aan de Stip's.

Via de pool van getrainde Voorlichters Eigen Taal en Cultuur werden vele voorlichtingen verzorgd voor groepen allochtonen uit diverse culturen, maar ook voor hulpverleners. Een project voor allochtone mantelzorgondersteuning bleek erg succesvol en zal worden gecontinueerd.

### **C7 Onverzekerde burgers**

Bij de invoering van de nieuwe Zorgwet (2007) werd alom gevreesd voor een grote groep stadjsers die om welke reden dan ook zonder ziektekostenverzekering zou komen te zitten. Dit zou mogelijk gevolgen kunnen krijgen voor de volksgezondheid. Deze verwachting is niet uitgekomen; in de GGD-regio Groningen (=provincie) nam het percentage onverzekerden zelfs af van 1,3% in 2006 tot 1,1%. Dit percentage is exclusief onverzekerde vreemdelingen (zie C8). De hoogste aantallen onverzekerden worden aangetroffen in de groep 18 tot 35-jarige mannen. In de stad Groningen is voor uitkeringsgerechtigden een collectief contract afgesloten met de preferente zorgverzekeraar Menzis. In 2010 werd met deze verzekeraar een convenant afgesloten, waardoor onder meer de verzekeringsgraad goed kan worden gemeten.

### **C8 Zorg en illegalen**

Illegalen, of beter gezegd: onverzekerbare, en dus onverzekerde vreemdelingen (een deel van hen is feitelijk legaal in Nederland, maar is uitgesloten van de mogelijkheid zich te verzekeren) vormen ook in Groningen een onzichtbare, maar wel degelijk aanwezige groep. De schattingen lopen uiteen van enkele honderden tot ca 1000 personen. Tot 2009 voerde de GGD Groningen een compensatieregeling uit voor hulpverleners die deze groep hielpen, maar deze hulp niet vergoed konden krijgen. Jaarlijks werd zo in de gemeente Groningen gemiddeld ca. €100.000.- uitgekeerd aan met name huisartsen, tandartsen en apothekers. Per 1 januari 2009 vond echter een aanpassing plaats van de Zorgverzekeringswet, waardoor een eigen risico van 20% werd opgelegd aan de hulpverlener. In 2009 werd vervolgens ca. 60% minder aan declaraties ontvangen. Voor een deel kan dit worden verklaard omdat apothekers via een andere constructie konden declareren. Uit een door de GGD ingesteld onderzoek (juni 2010) bleek echter dat vooral de tandheelkundige zorg voor onverzekerde vreemdelingen vrijwel ontoegankelijk is geworden. De GGD heeft dit op landelijk niveau aangekaart.

### **C9 Druk op voorzieningen rond onderwijs**

Op school worden steeds meer kinderen gezien die door hun gedrag extra zorg nodig hebben. Dit kan ten koste gaan van de reguliere onderwijstaken. De zorgstructuur rond het onderwijs kreeg het, ten tijde van het opstellen van Gezonder Zorgen II, dan ook steeds drukker. Wij hebben de afgelopen jaren dan ook gewerkt aan verbeteringen in de ondersteuningsstructuren.

Bij meerdere van de hierboven beschreven thema's (bijvoorbeeld C1) is hierover gerapporteerd. Vooral de komst van de CJG's, de (inmiddels in het CJG opgegane) ZAT's en de verschillende activiteiten op het gebied van opvoedingsondersteuning lijken te hebben bijgedragen aan de afname van de druk op de zorgstructuur. Veel verwachten wij van de verdere uitrol van het opvoedingsondersteuningsprogramma Triple P. Inmiddels zijn 20 medewerkers gecertificeerd om deze training te geven, en zijn nog eens 80 mensen in opleiding.

### **C10 Spraak/taalachterstand**

Spraak/taalachterstand op jonge leeftijd kan later in een leven leiden tot gedragsproblemen en emotionele stoornissen. Wij hebben ons de afgelopen periode daarom georiënteerd op mogelijkheden voor een effectieve en efficiënte wijze van vroegsignalering en aanpak van achterstanden. Dit heeft geleid tot de vaststelling van de nota 'Logopedische screening gemeente Groningen' (mei 2010) waarvan momenteel de implementatie wordt voorbereid; de nieuwe werkwijze zal per 1 januari 2011 van start gaan. Dan worden o.a. alle kinderen via de GGD/JGZ op 2, 3 en 3,9 en 5-jarige leeftijd gescreend op stoornis of achterstand; bij twijfels wordt een

diagnose gesteld door de logopedisten van de GGD waarna indien nodig voor verdere behandeling wordt verwezen naar een vrijgevestigde logopedist of VVE-programma.

### 3. Beschouwing, conclusies en aanbevelingen

Wij hebben met de keuze voor maar liefst 31 verschillende thema's een ambitieus lokaal gezondheidsbeleid neergezet. Het thema 'gezondheid' is hiermee breed ingevuld, met veel verbindingen met beleidsterreinen waarop voorwaarden voor een goede gezondheid kunnen worden gerealiseerd: het sociaal- en welzijnsbeleid, ouderenbeleid, jeugd- en onderwijsbeleid, beleid ruimtelijke ordening etc.. Daarmee kan Gezonder Zorgen II – en dat gebeurt ook door de 'buitenwereld'- worden beschouwd als een goed voorbeeld van intersectoraal en integraal beleid.

#### *Prioritering*

31 thema's – dat is veel. Dit aantal was een gevolg van de gekozen selectiemethode, die op zich grote waardering kreeg door de interactieve aanpak (zie de procesevaluatie 'Gezonder Zorgen doorgelicht') maar ook weinig kritisch bleek bij het stellen van échte prioriteiten. Aan de Raad is gevraagd uit 40 mogelijke thema's een top-10 samen te stellen van thema's die in elk geval in het beleid dienden te figureren, en eveneens 10 thema's aan te wijzen die zouden afvallen. Over de overige 20 thema's werd gestemd om de prioriteitsvolgorde te bepalen. Uiteindelijk leverde deze procedure 31 thema's op omdat 'alcohol&jongeren' afgevallen bleek te zijn, wat onwenselijk werd geacht. Vervolgens bleek het in de praktijk lastig om de gewenste prioritering om te zetten in praktische keuzes; het keuzeprincipe werd vaak doorkruist door factoren als de beschikbaarheid van middelen, coalities die wel/niet mogelijk bleken en 'voortschrijdend inzicht'.

Uit bovenstaand overzicht per thema blijkt dat er de afgelopen vier jaren vele activiteiten zijn uitgevoerd, vastgelegd in de successievelijke jaarlijkse uitvoeringsplannen. Al deze activiteiten hebben in meerdere of mindere mate bijgedragen aan de realisatie van de door ons gestelde gezondheidsdoelen. Uit het overzicht blijkt ook – en dat hebben wij in de nota Gezonder Zorgen II ook al aangegeven – dat lang niet altijd een feitelijke relatie kan worden gelegd tussen ons beleid en de opgetreden gezondheidseffecten. Ook zijn deze effecten lang niet altijd in een monitor vast te leggen. Dat hoeft voor een aantal thema's misschien ook niet: belangrijker is dat de factor 'gezondheidseffect' op alle relevante terreinen als toetssteen voor beleid wordt gebruikt. Voor zover er uit de bovenstaande beschrijvingen wel effecten van ons gezondheidsbeleid kunnen worden afgemeten blijkt dat er een aantal successen konden worden geboekt. Nieuwe inzichten en methodieken werden ontwikkeld of overgenomen, projecten werden ontwikkeld en de samenwerking werd gezocht. Landelijk, en dus ook in de gemeente Groningen, speelt de vraag naar effectiviteit van alle preventieve inspanningen. Uit onderzoek van het RIVM/Centrum Gezond Leven is gebleken dat van maar weinig preventieve interventies kan worden aangetoond dat ze daadwerkelijk bijdragen aan een betere gezondheid. Dat zegt lang niet alles, omdat het cruciaal is binnen welke context de interventies worden ingezet. Voor een effectieve aanpak van gezondheidsproblemen is zelden de toepassing van één interventie voldoende, vaak krijgt deze pas een meerwaarde in combinatie met andere maatregelen. Om die reden hebben wij de afgelopen jaren dan ook meerdere integrale plannen ontwikkeld, in het bijzonder op het gebied van leefstijlthema's. Een andere factor voor succes is het werken vanuit determinanten: wat zijn de achtergronden van de problematiek? Op welke aspecten kunnen wij actie ondernemen? Wat zijn op die aspecten de oplossingsrichtingen? Hoe, en met wie werken we die dan uit? Kortom: het is ook de manier van denken die bepalend is voor succes, en niet alleen de gekozen interventies.



Tegen deze achtergronden zijn er wel degelijk concrete resultaten te benoemen van ons beleid. Dat geldt vooral voor de thema's die in de top-10 van prioriteiten terecht kwamen. Op het gebied van opvoedingsvraagstukken – figurerend in meerdere thema's – zijn goede vorderingen geboekt door de komst van het Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG) en projecten zoals Triple P, Licht Pedagogische Ondersteuning en Geschoolde Zorg. In de sfeer van de ouderenzorg speelden de Stip's een belangrijke rol, en aan steeds meer mantelzorgers wordt ondersteuning gegeven. Vrijwel alle scholen, en vele woningen werden gescreend op de kwaliteit van het binnenmilieu, en er werden daadwerkelijke verbeteringen gerealiseerd. Het aantal jongeren dat rookt is gedaald, het alcoholgebruik onder jongeren tot 16 jaar is voor het eerst sterk gedaald; ouders zijn meer verantwoordelijkheid gaan nemen. Overgewicht stabiliseert en hier wordt verder intensief in geïnvesteerd om dit serieuze probleem aan te pakken. Op de thema's kindermishandeling, huiselijk geweld en verwaarlozing/mishandeling van ouderen zijn belangrijke stappen gezet, gericht op vroegsignalering en ketenzorg. Uiteraard is dit slechts een greep uit de behaalde resultaten, maar het geeft wel aan dat wij met Gezonder Zorgen II opnieuw een belangrijke bijdrage hebben kunnen leveren aan de gezondheid, en daarmee het 'welbevinden' van onze 188.000 stadters.

Deze conclusies vragen om aanbevelingen voor het vervolg, die deels ook kunnen worden gelezen in de procesevaluatie 'Gezonder Zorgen doorgelicht'.

Het grote aantal thema's zorgt voor spreiding van de aandacht; niet alleen maakt dat de coördinatie tot een lastige taak, ook het vasthouden aan de kernprioriteiten is dan lastig. Door een beperking in de themakeuze kan bovendien aan verdieping worden gewonnen.

Op het terrein van de leefstijlthema's kan aan resultaat worden gewonnen door integraler te gaan werken. Niet zozeer door met nóg meer partijen samen te werken, maar vooral door een sterkere oriëntatie op achtergronden van de problematiek, en ook door beter aan te sluiten op de wensen en gedachtewereld van de doelgroep.

Tenslotte zou onderzocht moeten worden of voor de samenstelling van het gezondheidsbeleid – het formuleren van doelen en daar op passende activiteiten uit andere beleidsterreinen bij zoeken – een beter alternatief beschikbaar is. Immers, gezondheid is wél een factor, maar geen 'core business' voor die andere terreinen, waardoor het gezondheidsbeleid in hoge mate afhankelijk is van autonome afwegingen aldaar. Dit is één van de opgaven voor Gezonder Zorgen III

## **Gezonder Zorgen II doorgelicht**

**Procesevaluatie van het lokaal integraal gezondheidsbeleid (2007-2010) van de gemeente Groningen**

drs M. Rigter

dr G.J. Dijkstra

Toegepast Gezondheids Onderzoek (TGO)

## **Colofon**

**Titel:** Gezonder Zorgen II doorgelicht  
**Opdrachtgever:** programmateam GZII GGD  
**Uitvoerend instituut:** Toegepast Gezondheids Onderzoek (TGO) / UMCG  
**Auteurs:** drs M. Rigter, dr G.J. Dijkstra  
**Datum:** juni 2010

## Inhoudsopgave

<b>1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>4</b>
1.1	Lokaal gezondheidsbeleid	4
1.2	Gezonder Zorgen I	4
1.3	Gezonder Zorgen II	5
1.4	Leeswijzer	7
<b>2</b>	<b>Onderzoeksopzet</b>	<b>8</b>
2.1	Onderzoeksvragen	8
2.2	Methode van onderzoek	9
<b>3</b>	<b>Resultaten</b>	<b>11</b>
3.1	Integraal (gezondheids)beleid	11
3.2	Samenwerking	15
3.3	Dubbelrol GGD	16
3.4	Sterkte - zwakte analyse	16
<b>4</b>	<b>Samenvatting succesfactoren / knelpunten / verbeterpunten</b>	<b>20</b>
4.1	Succesfactoren	20
4.2	Knelpunten	20
4.3	Verbeterpunten	20
4.4	Met het oog op Gezonder Zorgen III	21
<b>5</b>	<b>Conclusies en aanbevelingen</b>	<b>22</b>
5.1	Conclusies	22
5.2	Aanbevelingen	23
	<b>Literatuur</b>	<b>25</b>
	<b>Bijlagen</b>	<b>26</b>
1	Lijst met geïnterviewden	
2	Deelnemers van de focusgroepsbijeenkomst	27
3	Verslag van de focusgroepsbijeenkomst 15 juni 2010	28

## **1 Inleiding**

Onder de naam Gezonder Zorgen kent de gemeente Groningen sinds 2002 een eigen gezondheidsbeleid. Gezonder Zorgen II (GZII), de tweede editie van dit beleid met een vierjarige cyclus, loopt van 2007 t/m 2010. Eind 2010 zal GZ II afgerond zijn. Ter voorbereiding op Gezonder Zorgen III, is GZ II geëvalueerd. Deze evaluatie is uitgevoerd aan de hand van literatuur, beleidsdocumenten, vergaderstukken, interviews en een focusgroepbijeenkomst met de geïnterviewden. In dit hoofdstuk komen de eerste drie bronnen aan de orde om een kader voor de resultaten uit de interviews te schetsen. Dit hoofdstuk eindigt met een leeswijzer.

### **1.1 Lokaal gezondheidsbeleid**

Vanaf 2003 hebben gemeenten de plicht om iedere vier jaar een nota lokaal gezondheidsbeleid vast te stellen. Ten behoeve van dit beleid zijn er instrumenten ontwikkeld, zoals de gezondheidseffectschatting en regionale Volksgezondheid Toekomst Verkenningen. Landelijk worden er speerpunten vastgesteld, waarbij onderzoek wordt gedaan en interventies op effecten worden geëvalueerd. In 2006 zijn er vijf speerpunten vastgesteld, te weten roken, schadelijk alcoholgebruik, overgewicht, diabetes en depressie. Voor deze speerpunten zijn handleidingen lokaal gezondheidsbeleid verschenen (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2006; Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2010).

Integraal gezondheidsbeleid kan een belangrijke bijdrage leveren aan het verbeteren van gezondheid en het verminderen van sociaal-economische gezondheidsverschillen. Integraal beleid betekent immers dat alle sectoren, die zich op gezondheid richten, samenwerken. In deze samenwerking kunnen alle determinanten die invloed hebben op gezondheid (sociaal, fysiek en gezondheidszorg) beïnvloed worden. Vooral bij complexe problemen is samenwerken belangrijk, waarbij een gezamenlijke visie wordt geformuleerd en structurele intersectorale netwerken en contacten worden ontwikkeld en onderhouden (Storm e.a., 2007; Gezondheidsmakelaar (2009).

Factoren die van invloed zijn op effecten van integraal gezondheidsbeleid zijn:

- gemeenschappelijke belangen tussen de diensten;
- sleutelpersonen binnen de diensten;
- helder beleidskader;
- structurele programmering;
- afspraken over samenwerking en rolverdeling;
- structurele intersectorale netwerken en financiering.

Het vormgeven van integraal gezondheidsbeleid aan de hand van enkele centrale thema's of belangrijke gezondheidsproblemen is aan te bevelen, evenals uitwisseling van kennis over de uitvoering. Ook belangrijk is om te monitoren en evaluatiemethoden te ontwikkelen. Daarnaast dienen ook andere actoren dan de overheid bij het integrale gezondheidsbeleid betrokken te zijn en dienen

capaciteit en competenties vrijgemaakt te worden (Penris en den Broeder, 2004; Storm e.a., 2007; Gezondheidsmakelaar, 2009; Verweij en den Broeder, 2010).

## **1.2 Gezonder Zorgen I**

De gemeente Groningen was landelijk voorloper door al in 2001 een ambitieus beleidsprogramma vast te stellen onder de naam Gezonder Zorgen. Dit programma is opgezet als integraal gezondheidsbeleid. Er zijn twee hoofddoelen vastgesteld:

1. verkleinen van gezondheidsverschillen;
2. bijdragen aan de verlenging van een gezonde levensverwachting en de verbetering van de ervaren gezondheid en de kwaliteit van leven.

Daartoe zijn drie programma's opgesteld, zes doelstellingen en 19 fenomenen (problemen) geformuleerd met 184 activiteiten (Gemeente Groningen, 2005).

Bij de evaluatie van dit programma is gebleken dat 11% van de voorgenomen activiteiten niet is gerealiseerd. Over het bereiken van de gestelde doelen kan geen uitspraak worden gedaan "omdat het niet gelukt is om een monitor- en meetsysteem te ontwikkelen en te operationaliseren." Dit is deels te wijten aan het feit dat aan de doelstellingen en fenomenen prestatie-indicatoren zijn gekoppeld, die niet zijn geoperationaliseerd. Verder wordt geconstateerd dat de organisatiestructuur niet aan de verwachtingen heeft voldaan, het aantal fenomenen te groot en te weinig specifiek is en daarom onvoldoende haalbaar en meetbaar is geweest. Het oordeel van de 24 geïnterviewden is samengevat in een rapportcijfer 6 (Gemeente Groningen, 2005).

De verkenning van het vervolg op GZI levert de conclusies op dat de omvang van het programma dient te worden beperkt en bestaande projecten die goed lopen voortgezet dienen te worden. Voorts dient er een structuur te komen met probleemeigenaren en een programmacoördinator en de communicatie dient te worden verbeterd met een groter bereik, vaker en gedifferentieerd naar doelgroep. Bij het uitvoeringsprogramma moet onderscheid gemaakt worden in doelen die "smart" geformuleerd kunnen worden en doelen die niet meetbaar zijn. Van de niet-meetbare doelen wordt alleen de voortgang van de activiteiten gevolgd. Van de doelen die meetbaar zijn wordt vooraf vastgesteld wanneer deze zijn gehaald, voorafgegaan door een nulmeting. Het voornemen is om twee of drie doelstellingen apart te onderzoeken met een beleidseffectmeting (Gemeente Groningen, 2005).

## **1.3 Gezonder Zorgen II**

Evenals bij GZI is ook GZII vormgegeven als integraal beleidsprogramma. Daarom zijn bij de beleidsvoorbereiding en -uitvoering vijf gemeentelijke diensten betrokken, namelijk Onderwijs, Cultuur, Sport en Welzijn (OCSW), Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SoZaWe), de Milieudienst (MD), Ruimtelijke Ordening en Economische zaken (RO/EZ) en de Hulpverleningsdienst / Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst (HVD/GGD), naast een groot aantal uitvoeringsorganisaties.

De twee hoofddoelen van GZII zijn hetzelfde als in GZI en zijn geclusterd in drie deelprogramma's, namelijk 'Een Gezonde Wijk', 'Een Gezonde Leefstijl' en 'Een Gezonde Zorg'. Er zijn vijf in plaats van zes doelstellingen (hier opdrachten genoemd; de doelstelling op veiligheid is weggelaten) en 31 problemen opgenomen in GZII (Hulpverleningsdienst/GGD, 2007).

Binnen de deelprogramma's wordt beschreven wat men ten aanzien van het gesignaleerde probleem wil bereiken en wanneer dat doel naar tevredenheid is gehaald. Ook worden oplossingsrichtingen beschreven, ter uitwerking in de jaarplannen. In de nota GZII is gekozen voor monitoring en evaluatie op doelniveau. Daarbij is de kanttekening gemaakt dat het lang niet altijd mogelijk is om directe resultaten van het eigen beleid te meten, en dat sommige doelen zich uitsluitend lenen voor procesevaluatie.

In de nota GZII zijn de resultaten van de gezondheidsenquête 2006 op een aantal punten vergeleken met 2002. Daaruit blijkt dat de trend voor roken gunstig is, maar die voor overgewicht en ongezonde voeding ongunstig. Bewegingsarmoede varieert van gunstig tot stabiel en schadelijk alcoholgebruik van stabiel tot ongunstig. Ook zijn de resultaten per wijk vergeleken, omdat ook in dit programma het motto luidt: 'niet alles, niet overal, niet altijd, niet altijd op dezelfde manier'. (Hulpverleningsdienst/GGD, 2007).

Bij de voorbereiding voor de organisatie van het programma zijn onder meer de volgende afspraken gemaakt:

- Op interventie- en activiteitsniveau wordt een dienst verantwoordelijk of leidend in de uitvoering. Deze dienst maakt duidelijk hoe de coördinatie binnen de dienst en in samenwerking met de partnerorganisaties is geregeld. Daartoe wordt een contactpersoon vastgesteld.
- Er is een coördinatiegroep, bestaande uit de contactpersoon per dienst met de GGD als voorzitter. Deze coördinatiegroep is verantwoordelijk voor de voortgang van de uitvoering, het budget, de successen en de eventuele knelpunten. Voorts is zij verantwoordelijk voor afstemming van projecten in de wijk en het aanleveren van informatie aan de programmacoördinatie (HVD/GGD).
- De stuurgroep bestaat uit managers van de betrokken diensten, de voorzitter wordt geleverd door de HVD/GGD. De stuurgroep evalueert de voortgang enkele keren per jaar op hoofdlijnen en beoordeelt de nieuwe jaarplannen.
- HVD/GGD is verantwoordelijk voor afstemming, het beschrijven van de voortgang, het opstellen van nieuwe uitvoeringsplannen, het bewaken van het eigen GGD-budget en voor de communicatie.
- De meest betrokken maatschappelijke organisaties - en zeker de adviesraden en patiëntenorganisaties, die in reguliere overlegsituaties over gezondheidsbeleid spreken met de gemeente - worden één of meer keer per jaar als klankbord geraadpleegd.
- Er moet bij de gemeenteraad, de inhoudelijk betrokken ambtenaren en alle uitvoerende instanties voldoende aandacht zijn voor GZII. Dit wordt gecreëerd door voortgangsrapporten en jaarplannen

en bestaande communicatiemiddelen, zoals website, wijkgesprekken, lokale media en de digitale nieuwsbrief te gebruiken.

- De HVD/GGD voert de regie en is verantwoordelijk voor het programmamanagement, vanuit de divisie Lokaalgerichte Zorg & Jeugd van de GGD, regio stad. Ter ondersteuning van de programmamanager is een programmateam in het leven geroepen, bestaande uit drie beleidsmedewerkers en een arts Maatschappij en Gezondheid.

Uit de documenten van GZII blijkt dat de voorgenomen frequentie van vergaderen van coördinatie- en stuurgroep niet wordt gehaald. Vanaf 2008 vergaderen stuurgroep en coördinatiegroep meestal samen. Daardoor is de functie van beide niet uit de verf gekomen. De oorzaak hiervan ligt enerzijds aan personele wisselingen, anderzijds aan een grote reorganisatie binnen de GGD.

Ook is er weinig gedaan met de evaluatie van de doelen van GZII. Wel is er in 2007 een schema gemaakt met per doel te meten activiteiten en de relatie met de gezondheidsenquêtes. Daarbij zou in 2008 beoordeeld worden of dit werkt. Uiteindelijk is in de stuurgroep alleen de voortgang van de activiteiten aan de orde gekomen met behulp van de stoplichtmethode. Ook is er geen inhoudelijke evaluatie geweest van één of meer doelen, zoals voorgenomen. Het monitoren van de activiteiten blijkt verder lastig omdat gegevens soms moeilijk te generen zijn.

De voornemens over communicatie over en aandacht voor GZII via klankbordbijeenkomsten, expertmeetings, wijkbezoeken en nieuwsbrieven zijn succesvol uitgevoerd. De selectie van de 31 gezondheidsproblemen is tot stand gekomen in een interactief proces, waarin naast professionals ook burgervertegenwoordigers en gemeenteraadsleden een belangrijke rol spelen. Er is gewerkt met een methode van voorselectie van problemen, die uiteindelijk ter prioritering aan de gemeenteraad is voorgelegd. Bij de uitwerking van deze problemen naar jaarlijkse uitvoeringsprogramma's zijn opnieuw alle partijen betrokken. De expertmeetings kenden zo rond de 100 deelnemers. De bijeenkomsten hebben plaatsgevonden rond het presenteren van de jaarplannen. Om de diensten betrokken te houden zijn zij een keer per jaar bezocht door leden van het programmateam.

#### **1.4 Leeswijzer**

In hoofdstuk 2 wordt de onderzoeksopzet met de onderzoeksvragen en de methode van onderzoek beschreven. In hoofdstuk 3 worden de resultaten uit de interviews per onderzoeksvraag besproken, eindigend met een schema waarin de sterkte en zwakte van GZII wordt behandeld. In hoofdstuk 4 worden successen, knelpunten en verbeterpunten van GZII besproken met het oog op het ontwikkelen van GZIII. Tenslotte komen in hoofdstuk 5 conclusies en aanbevelingen.



## 2 Onderzoeksopzet

In overleg met de opdrachtgever is gekozen voor een procesevaluatie naar de totstandkoming van het programma en hoe belanghebbenden en beleidsmakers erbij betrokken zijn. Tegelijkertijd is getracht het effect van integraal gezondheidsbeleid na te gaan: op het beleid en op actoren en hun onderlinge verhouding; op veranderingen in samenwerking en houding ten opzichte van integraal beleid. Naast deze evaluatie worden in een aparte rapportage de resultaten van de activiteiten van GZII in beeld gebracht.

### 2.1 Onderzoeksvragen

#### *Probleemstelling en vraagstellingen*

Gezonder Zorgen I is beperkt intern geëvalueerd. Gekeken is naar de procesgang en de gerealiseerde activiteiten en projecten. Op basis van de uitkomsten van deze evaluatie is geconcludeerd dat Gezonder Zorgen II op hoofdlijnen de opzet van Gezonder Zorgen I kon volgen. Belangrijk doel van de evaluatie van Gezonder Zorgen II is het in kaart brengen van de sterke en zwakke punten van integraal gezondheidsbeleid, zoals dat in Gezonder Zorgen II is gedefinieerd, voorbereid en uitgevoerd.

De borging van de betrokkenheid van de overige betrokken diensten heeft in Gezonder Zorgen II via het model van een stuur- en een coördinatiegroep vorm gekregen. Bij de evaluatie van Gezonder Zorgen II is de HVD/GGD benieuwd of dit samenwerkingsmodel zijn vruchten heeft afgeworpen. Tot slot is de opdrachtgever geïnteresseerd in de mate waarin de dubbelrol van de HVD/GGD, waarin zowel het managen als het uitvoeren van het gezondheidsbeleid intern en/of extern tot de taak van de HVD/GGD behoorde, als een probleem is ervaren.

De HVD/GGD heeft de sectie Toegepast Gezondheidsonderzoek van het UMCG gevraagd om in de rol van onafhankelijk beoordelaar een evaluatie van het proces van Gezonder Zorgen uit te voeren ter voorbereiding op Gezonder Zorgen III. De volgende specifieke vraagstellingen zijn leidend bij deze procesevaluatie.

#### **Integraal beleid**

1. In hoeverre draagt integraal gezondheidsbeleid bij aan het realiseren van de hoofddoelen van de HVD/GGD, te weten: het verkleinen van gezondheidsverschillen?
2. In hoeverre kan gesteld worden dat Gezonder Zorgen II een goed voorbeeld is van integraal beleid? Wat zijn hierin de knelpunten c.q. verbeterpunten en wat zijn de succesfactoren?
3. Welke knelpunten spelen bij de voorbereiding, de opzet en de uitvoering van het beleid van Gezonder Zorgen II in de gemeente Groningen een rol en welke aspecten aan deze voorbereiding, opzet en uitvoering kunnen als succesfactoren worden aangemerkt?
4. Bestaat er tussen alle betrokken partijen overeenstemming over de gezamenlijke ambities en de wijze waarop deze ambities zijn geborgd?
  - 4a. Bleek deze borging voldoende of kwam zij tekort en zo ja, op welke aspecten?

## **Samenwerking**

5. Blijkt het bij het project betrekken van alle participerende diensten via een stuur- en een coördinatiegroep een goede manier om de samenwerking tussen alle partijen te borgen?
  - 5a. Wat zijn de sterke punten en de verbeterpunten van dit model van samenwerken?
  - 5b. In welke mate heeft de stuurgroep naar behoren gefunctioneerd?
  - 5c. In welke mate heeft de coördinatiegroep naar behoren gefunctioneerd?

## **Dubbelrol GGD**

6. In hoeverre heeft het uitvoeren van een dubbelrol van de GGD, namelijk zowel het voeren van het programmamanagement als die van uitvoerder van het gezondheidsbeleid, problemen opgeleverd?
  - 6a. Indien deze dubbelrol problemen opleverde, tot welke knelpunten leidde ze dan en wat waren daarvan de gevolgen?

## **2.2 Methode van onderzoek**

Hieronder wordt besproken hoe een antwoord is verkregen op de verschillende vraagstellingen.

### **Integraal beleid**

De eerste twee vraagstellingen, gericht op de doeltreffendheid van het integrale gezondheidsbeleid zijn onderzocht door een deskundige op het gebied van beleid te laten reflecteren op het beleidsmodel dat in de gemeente Groningen is gehanteerd. Hierbij is het model besproken en zijn sterke en zwakke punten van deze vorm van beleidsvoering aan de orde gekomen. Dit betreft een 'papieren' c.q. theoretische analyse, die los staat van de manier waarop het beleid daadwerkelijk is uitgevoerd. Prof. dr. M. Herwijer, hoogleraar bestuurskunde en bestuursrecht, is als deskundige geïnterviewd.

De overige vraagstellingen zijn onderzocht door in overleg met de opdrachtgever sleutelfiguren te selecteren van de vijf gemeentelijke diensten die betrokken zijn geweest bij de voorbereiding, opzet en uitvoering van Gezonder Zorgen II. Bij deze sleutelfiguren is, gecombineerd in twee- en drietalen, een interview afgenomen. Daarnaast is, eveneens in overleg met de opdrachtgever, de verantwoordelijke wethouder geïnterviewd, naast twee directeurs (GGD en OCSW), het programmateam en een vertegenwoordiging van verschillende externe uitvoeringsorganisaties. In totaal zijn er 21 personen geïnterviewd in 13 gesprekken. (zie bijlage 1 voor de lijst met geïnterviewde personen).

De interviews zijn semigestructureerd van aard en afgenomen aan de hand van een interviewformat, opgesteld op basis van literatuur en gericht op bovengenoemde vraagstellingen. In de interviews zijn de bevindingen van de betrokkenen aan de orde gekomen ten aanzien van het gevoerde beleid en is besproken hoe werkprocessen bijgesteld dienen te worden. De interviews zijn op band opgenomen, zijn in een kort verslag, gefiatteerd door de geïnterviewden, samengevat en zijn geanalyseerd in een sterke - zwakte analyse.

Deze analyse heeft, tezamen met een beknopt overzicht van succesfactoren, knelpunten en verbeterpunten, als uitgangspunt gediend voor de voorbereiding van een focusgroepbijeenkomst met een deel van de geïnterviewden (zie bijlage 2) onder leiding van een deskundige voorzitter. Het doel van deze focusgroepbijeenkomst is dat de deskundigen over de eerste bevindingen uit dit onderzoek van gedachten wisselen met het oog op de voorbereiding van GZIII (voor een verslag, zie bijlage 3).

### 3 Resultaten

De onderzoeksvragen worden aan de hand van de 14 interviews beantwoord. Door de verschillende invalshoeken van de geïnterviewden en hun kritische blik is een goed beeld ontstaan van het proces van voorbereiding, opzet en uitvoering van GZII. Ook is zicht verkregen op de effecten van het integrale gezondheidsbeleid van de gemeente Groningen, zoals dat de afgelopen acht jaar vorm heeft gekregen, op de verhoudingen tussen betrokkenen en op de samenwerking tussen de diensten. De eerste twee vragen worden beantwoord aan de hand van de analyse van Prof. Dr. Herweijer, zoals die in een interview met hem naar voren kwam. De beantwoording van de andere vragen komt voort uit de overige interviews. Het hoofdstuk eindigt met een samenvatting in de vorm van een sterkte-zwakke analyse.

#### 3.1 Integraal (gezondheids)beleid

In de literatuur wordt onderscheid gemaakt in facetbeleid, intersectoraal en integraal beleid. Bij facetbeleid probeert een dienst invloed uit te oefenen op andere sectoren, bij intersectoraal beleid wordt informatie uitgewisseld. Bij integraal gezondheidsbeleid is gezondheid expliciet het doel en er is sprake van samenwerking waarbij meerdere sectoren werken aan een gemeenschappelijk doel (Storm e.a., 2007). Uit de definiëring die de geïnterviewden geven en zoals het programma is vormgegeven blijkt dat bij GZII sprake is van integraal gezondheidsbeleid. Voor de praktijk is het voeren van integraal beleid van groot belang. Daar staat immers de mens centraal en niet één aspect. Als kanttkening is geplaatst dat het programma te veel op activiteitsniveau is geformuleerd en te weinig op de maatschappelijke effecten die je samen wil bereiken (Vogelzang, 2010). Door de nadruk op activiteiten is het programma een 'nietjesmodel' en loop je het gevaar dat monitoren moeilijk is of tot veel bureaucratie leidt. Ook loop je het gevaar om je doelen uit het oog te verliezen.

##### 3.1.1 *In hoeverre draagt integraal gezondheidsbeleid bij aan het realiseren van de hoofddoelen van de HVD/GGD, te weten: het verkleinen van gezondheidsverschillen?*

De belangrijkste vraag is, volgens Herweijer, of je met het integrale gezondheidsbeleid de doelgroepen bereikt, want alleen zo kun je gezondheidsverschillen verkleinen. Daarbij zijn vertrouwenspersonen binnen de doelgroepen van belang om succesvolle interventies uit te kunnen voeren. Om een goed gezondheidsbeleid te voeren moet je veel impulsen geven. Met veel impulsen hebben de uitvoerders allemaal een taak. Dus is het ook van belang of je de mensen in de uitvoering weet te inspireren.

Greep op andere sectoren hoef je niet na te streven en toetsen vooraf (gezondheidseffectschattingen) leiden tot te veel bureaucratie. Het belangrijkste is om elkaar attent te maken op gevolgen van beleid voor de gezondheid. Integraal beleid is belangrijk omdat vooral andere sectoren zich moeten inspannen om gezondheid te bevorderen.

Volgens Herweijer weet een inspirerende wethouder de missie uit te dragen van het belang van het bereiken van maatschappelijke doelen. Aan integraal gezondheidsbeleid dient dus een wilsuitspraak ten grondslag te liggen. Dat geeft richting aan het doen van keuzen en het formuleren van beleid en uitvoering. Als er een doel is, dan zal de richting duidelijk zijn. Ambtenaren vinden dan manieren om dit te bereiken. Anders wordt er gauw langs elkaar heen gewerkt.

Het verkleinen van gezondheidsverschillen is een zaak van de langere termijn en het is daarom goed om dit in een meerjarenprogramma vast te leggen.

*3.1.2 In hoeverre kan gesteld worden dat Gezonder Zorgen II een goed voorbeeld is van integraal beleid? Wat zijn hierin de knelpunten c.q. verbeterpunten en wat zijn de succesfactoren?*

Het doel van het programma is goed gekozen, het moet motiveren. Gezondheid is voor iedereen belangrijk en gelijkheid is voor deze gemeente ook belangrijk. Zo'n doel schept een band tussen politiek en medewerkers. Het is goed als een dienst er in slaagt om alles wat leidt tot een betere gezondheid onder een noemer te brengen. Herweijer constateert dat het gemakkelijk is om kritiek te hebben, maar een beleidsprogramma als GZII is al geslaagd als er draagvlak is bij de politiek en de uitvoerders.

Het zoveel mogelijk 'smart' formuleren van doelen is prima. Het moet intelligent, niet ondoordacht gebeuren, maar het dwingt de mensen in de uitvoering om te concretiseren. Anders geef je de sturing weg.

Knelpunt kan zijn dat een uitgebreid beleidsprogramma alleen een papieren planning is. Knelpunt kan ook zijn dat er op activiteitsniveau wordt gemonitord, want dat leidt tot bureaucratie. Ook de communicatie kan een probleem vormen, want je moet politiek, beleidsmakers en uitvoerders wel steeds op de hoogte houden en betrokken houden op het doel.

De hoeveelheid problemen in een programma is niet belangrijk en hoeft geen probleem te zijn. Als je maar onderscheid weet te maken in strategische doelen en de doelen/resultaten bij de uitvoering.

Om na te kunnen gaan of je je doelen bereikt moet je vaker dan een keer per vier jaar monitoren. Alleen de gezondheidsenquêtes voldoen daarom niet. Dankzij monitoren kun je trends zien en tijdig aandacht geven.

Een verbeterpunt is de aanscherping van het doelgroepenbeleid. De context is belangrijk om te bepalen wat je kunt bereiken. Ook al zijn niet altijd effecten te meten, wel kun je in overleg met de uitvoerende organisaties op een aantal punten laten vastleggen wat bereikt kan worden.

Voor Gezonder Zorgen III is het goed om vertrouwen te hebben in de voordelen van een langdurig programma. Dat heeft een meerwaarde. Gezien het belang van gezondheid zal er een GZIII komen. Het is landelijk interessant, het past binnen het collegeprogramma en er is draagvlak. De opdrachtgever (de raad) moet misschien nog scherper formuleren wat zij met het programma wil bereiken, en welke maatschappelijke effecten worden beoogd. Bij een integraal programma hoort een programmamanager die alle activiteiten en middelen zodanig organiseert dat het het doel dichterbij brengt. De programmamanager dient door alle diensten geautoriseerd te zijn (bevoegdheid en gezag) om deze effecten te bereiken.

### *3.1.3 Welke knelpunten spelen bij de voorbereiding, de opzet en de uitvoering van het beleid van Gezonder Zorgen II in de gemeente Groningen een rol en welke aspecten aan deze voorbereiding, opzet en uitvoering kunnen als succesfactoren worden aangemerkt?*

#### *Vorbereiding*

De voorbereiding van GZ II is een groot succes geweest: "goed en breed georganiseerd. Iedereen heeft daarbij vanuit de eigen sector input geleverd." Er is een goed voorbereide bijeenkomst georganiseerd, waarbij er workshops waren rond vele thema's van gezondheid. De thema's waren dezelfde als bij GZI. De interactieve manier van werken sloeg aan. Alle diensten, uitvoerende organisaties, gemeenteraad én klanten van de gezondheidszorg waren er bij betrokken en enthousiast. Zo is er draagvlak voor het programma gecreëerd. Ook buiten Groningen geldt het voorbereidingsproces als een voorbeeld. Toch zijn er enkele kanttekeningen. Bij sommige workshops zijn deskundigen van uitvoerende organisaties betrokken, maar niet altijd is duidelijk waarom voor deze organisatie gekozen is. GZII "leunt te veel op gemeente en GGD. De uitvoerende organisaties en de zorgverzekeraars zouden vanaf het begin betrokken moeten zijn om ook in de praktijk gestalte te geven aan integrale gezondheidszorg." Er is "onvoldoende aandacht besteed aan het samen analyseren: wat draagt bij aan gezondheid...daardoor was er een groot 'roep u maar'-gehalte". Ook de laatste fase van de voorbereiding, de prioritering van problemen door de gemeenteraad, had een minder definitief karakter kunnen hebben. Een kwestie van professionele sturing, vinden sommigen. Met tijd voor reflectie na de sessie met de gemeenteraad had de bestuurder haar verantwoordelijkheid kunnen nemen. Dan had er een extra afgewogen voorstel ter besluitvorming aan de raad voorgelegd kunnen worden.

#### *Opzet*

Er blijkt verschil van mening over de opzet van GZII. Sommigen vinden het een goed uitgebalanceerd programma, "een mooi overzicht wat de Gemeente Groningen allemaal doet op het gezondheidsterrein". "De opzet van het programma is evenwichtig", "er is een goede spreiding naar determinanten van gezondheid" (sociaal, fysiek en zorg). Anderen vinden het te veel problemen, doelen en activiteiten: "Bij de opzet zijn alle activiteiten/interventies van de betrokken diensten die ook maar enigszins met gezondheid te maken hadden opgenomen in het programma. Het is daardoor meer een opsomming geworden dan een uitgebalanceerd geheel". "De meetlat van Paas is gebruikt,

maar – mede door gebrek aan tijd – is er onvoldoende gereflecteerd op thema's, doelen en activiteiten". Er had van te voren nagedacht moeten worden over de samenhang: "De slag is gemist om opnieuw na te denken over hoe je elkaar kunt versterken". Ondanks de grote omvang ontbreekt toch een speerpunt: "Groningen is voorloper op het integrale gezondheidsbeleid. Een consequentie is dat daardoor één landelijk speerpunt namelijk depressie, is blijven liggen".

#### *Uitvoering*

Het vormgeven van de uitvoering is volgens alle coördinatie- en stuurgroepleden een zoektocht geweest, een worsteling. Vooral hoe je er sturing aan geeft. "Wat mis is gegaan in de uitvoering is de verantwoordelijkheid daar laten waar deze moet zijn, namelijk bij de betreffende dienst." "Het monitoren van de uitvoering is dubbel werk geweest". De meeste geïnterviewden hebben geen zicht op de uitvoering, wel wordt geconstateerd dat de afstemming met de WMO en andere programma's, zoals Gezonder Zorgen, beter moet. Ook geven velen aan dat de effecten en resultaten meer zichtbaar gemaakt kunnen worden. "Bij de uitvoering moet je vooral op kwaliteit letten. De opbrengst is niet altijd te meten, zeker niet evidence-based. Een veldnorm is belangrijk: is het plausibel dat de activiteit iets oplevert....en anders gaat het om een inspanningsverplichting, hoeveel mensen heb je bereikt, behoren ze bij de doelgroep, heb je aandacht gekregen voor het probleem".

Voor uitvoerende organisaties is een integraal gezondheidsprogramma heel belangrijk. Het succes van preventieve activiteiten is niet meteen zichtbaar en vraagt een langere tijd. Ook zijn deze organisaties van mening dat "aan de resultaten meer aandacht besteed mag worden. Ook hieromheen zou je expertmeetings kunnen organiseren, om van elkaar te leren. Bijvoorbeeld in het bereiken van moeilijke doelgroepen, interventies die werken." en "De activiteiten die uitgevoerd zijn binnen GZII zouden meer moeten worden beoordeeld op klanttevredenheid en wat de effecten zijn....is er gezondheidswinst?".

*3.1.4 Bestaat er tussen alle betrokken partijen overeenstemming over de gezamenlijke ambities en de wijze waarop deze ambities zijn geborgd? Bleek deze borging voldoende of kwam zij tekort en zo ja, op welke aspecten?*

Een integraal beleidsprogramma wordt gedragen door gezamenlijke ambities van alle betrokken diensten. Het mag dus niet afhankelijk zijn van de betrokkenheid of voorkeur van een of twee individuele ambtenaren die hebben meegedaan bij voorbereiding, opzet en/of uitvoering van het programma. Ambitie en borging kunnen blijken uit het feit dat gezondheid op de agenda van de betrokken diensten staat en dat gemeenschappelijke belangen worden onderkend.

Of alle betrokken diensten de ambitie hebben om integraal gezondheidsbeleid tot een succes te maken is de vraag. "De intenties bij de diensten is goed, de betrokkenheid varieert en de uitvoering sneuvelt soms onder andere belangen". In het begin was de betrokkenheid en de ambitie groot, maar deze lijken door te weinig ontmoetingen en te weinig gezamenlijke reflectie op wat de doelstelling

betekent voor het eigen beleid ambitie en betrokkenheid te verdwijnen. Uitvoerende organisaties merken op: "De ambitie en borging moeten niet alleen binnen de gemeente gezocht worden, maar ook in de uitvoering". En ook geven zij aan dat zij nog niet veel merken van "gezondheid in de hoofden en op de agenda van andere diensten". Wel geven de uitvoerende organisaties aan dat door GZII bij hen gezondheid op de agenda staat.

De borging blijkt uit het feit dat "door de aanpak gezondheid wel beter op de agenda staat bij diensten en bij de gemeenteraad". Ook worden leden van het programmateam gevraagd om mee te denken bij het ontwikkelen van beleid bij andere diensten, zoals bij het vormgeven van het wijkprogramma. "We weten elkaar steeds beter te vinden". Toch geven de meeste geïnterviewden aan dat het draagvlak voor GZII bij de verschillende diensten varieert en niet erg groot is. Eén van de geïnterviewden verwoordt het als volgt: "Gezondheidsaspecten staan wel op de agenda, maar het is geen automatisme. Er moet aandacht voor zijn om dit op de agenda te houden."

### **3.2 Samenwerking**

De samenwerking tussen de participerende diensten heeft vorm gekregen in een coördinatiegroep en een stuurgroep. Het programmateam bestond uit vijf medewerkers van de GGD.

#### *3.2.1 Blijkt het bij het project betrekken van alle participerende diensten via een stuur- en een coördinatiegroep een goede manier om de samenwerking tussen alle partijen te borgen? Wat zijn de sterke punten en de verbeterpunten van dit model van samenwerken?*

Eén van de geïnterviewden verwoordt het aldus: "Het slagen van de samenwerking zit niet in de structuur. Maar in een stuurgroep moet je mensen hebben die in de positie zitten om te sturen en die ook 'begeisterd' zijn". Het model is zo sterk als de bezetting ervan. De leden van de stuurgroep moeten in de positie zijn dat ze gezondheid ook binnen de eigen dienst als aandachtspunt weten vast te houden. De contactpersonen in de coördinatiegroep dienen aandacht te hebben voor afstemming van beleid en activiteiten. In het begin heeft het ook zo gewerkt maar op een gegeven moment was de "schwung eruit", mede door de wisselingen in de bezetting. Bovendien blijkt dat ook binnen de diensten langs elkaar heen gewerkt kan worden. Een ander constateert dat: "Samenwerking niet vanzelfsprekend is binnen de gemeente Groningen. De gemeente is nog sterk sectoraal ingedeeld.... de goede wil van mensen is er wel, maar de samenwerking moet je managen". Iedereen mist een efficiënte samenwerking meer gericht op de inhoud, waardoor inzicht kan ontstaan over gemeenschappelijke belangen. Toch zijn er weinig voorbeelden waarin de afstemming niet gewerkt heeft.

Ook kan geconstateerd worden dat niet alle partijen betrokken zijn. De uitvoerende organisaties hebben geen plaats gekregen. In een ander programma van de gemeente Groningen zijn de uitvoerende organisaties wel in de stuurgroep vertegenwoordigd.



Verbeterpunt zou kunnen zijn dat de verantwoordelijkheid voor het programma gedeeld wordt door alle diensten. Nu lijkt het te veel een 'ding' van de GGD. Een programmateam dat samengesteld is uit alle betrokken diensten, zou een optie kunnen zijn. De juiste maat van vergaderfrequentie van stuur- en coördinatiegroep en de inhoud afstemmen op de taak zou in ieder geval helpen om het enthousiasme voor de samenwerking vast te houden. Een ander verbeterpunt is flexibiliteit van organisatie en typen vergadering: niet altijd hoeft iedereen bij alle bijeenkomsten aanwezig te zijn. Vrijblijvendheid dient wel vermeden te worden. Het is de kunst om het in het begin ontstane enthousiasme vast te houden en niet te laten verzanden in verplichte vergaderingen.

### 3.2.3 *In welke mate hebben de stuurgroep en de coördinatiegroep naar behoren gefunctioneerd?*

"In de stuurgroep ligt het accent meer op de uitvoering dan op hoe het thema gezondheid binnen het beleid aan de orde komt". "Binnen de coördinatiegroep, die niet vaak bij elkaar komt, wordt niet integraal gewerkt, in de zin van bewust zijn van werkzaamheden op elkaars terrein of elkaar informeren. Er wordt niet echt gecoördineerd: afstemming van activiteiten. Het is meer volgen van activiteiten. Samenwerking moet op inhoud zijn gebaseerd." De voorgaande citaten illustreren het functioneren van stuur- en coördinatiegroep. Dit oordeel is natuurlijk ook afhankelijk van je verwachtingen hoe het zou moeten werken. Voor sommige deelnemers hebben beide goed gewerkt: "er is niemand afgehaakt". Wel blijkt uit het feit dat vanaf 2008 de vergaderingen van stuurgroep en coördinatiegroep veelal samenvielen dat de verschillend toegedachte functies in de praktijk vanaf toen niet hebben gewerkt.

### 3.3 **Dubbelrol GGD**

De GGD heeft een bijzondere positie in de gemeente Groningen. Het is de beleidsafdeling voor lokale gezondheid en tegelijkertijd uitvoeringsorganisatie voor alle gemeenten in de provincie Groningen. Dit zou ook als knelpunt ervaren kunnen worden door de participanten in GZII. Daarom de volgende vraag:

*In hoeverre heeft het uitoefenen van een dubbelrol van de GGD, namelijk zowel het voeren van het programmamanagement als die van uitvoerder van het gezondheidsbeleid, problemen opgeleverd? Indien deze dubbelrol problemen opleverde, tot welke knelpunten leidde ze dan en wat waren daarvan de gevolgen?*

Een deel van het programmateam ervaart het als een probleem dat je als de uitvoerder van het programma verantwoording aan jezelf aflegt. Ook een uitvoeringsorganisatie ervaart dit als een knelpunt, want het schept onduidelijkheid naar andere uitvoerende organisaties. De wethouder weet een voorbeeld te noemen, waarbij de GGD als uitvoeringsorganisatie niet aanwezig kon zijn, terwijl dat wel nodig was als beleidsdienst. Alle anderen geven aan dat duidelijkheid en openheid problemen kunnen voorkomen.

### 3.4 **Sterkte - zwakte analyse**

De resultaten van de interviews worden hieronder gebundeld in een sterkte - zwakte analyse.

**Tabel 1 Sterkte - zwakte analyse**

<b>Integraal beleid</b>	
<b>Sterkte</b>	<b>Zwakte</b>
<b>1 Draagt integraal gezondheidsbeleid bij aan het realiseren van het verkleinen van gezondheidsverschillen? (theoretische analyse)</b>	
Gezondheid wordt door veel verschillende determinanten beïnvloed: dus je hebt integraal beleid nodig	Hoe meer beleidsterreinen samenwerken, hoe lastiger de sturing
Meerjarenprogramma: gezondheidsverschillen verkleinen vergt lange tijd	Het meten van effecten van integraal gezondheidsbeleid is niet mogelijk
Elkaar attent maken op gevolgen van beleid voor de gezondheid	
<b>2 Is GZII een goed voorbeeld van integraal beleid? (theoretische analyse)</b>	
Veel impulsen; goed als de uitvoerders er mee uit de voeten kunnen	Greep op andere sectoren niet nastreven
Hangt af van bereiken doelgroepen	Communicatie: hoe houd je iedereen op de hoogte en betrokken
Enthousiasme politiek	Te veel economische belangen bij sommige gezondheidsproblemen zoals bij alcoholbeleid.
Alles onder een noemer: motiveert politiek en uitvoerders	Monitoren kan leiden tot bureaucratie
Beleidsmakers richten zich op een doel	Omgaan met dilemma's en paradoxen
Vorbereiding lijkt in ieder geval goed: geen partijpolitiek	Doelen zoveel mogelijk smart formuleren; Effecten op wat, wie en hoe je doelen bereikt
Alleen al een plan is goed	Rekening houden met context bij het bepalen wat je kunt bereiken
<b>3 Voorbereiding GZII</b>	
Interactief werken zorgt voor draagvlak	Oppervlakkig, er kan nog een verdiepingsslag gemaakt worden
Politiek is gemotiveerd	Vasthouden betrokkenheid
Uitvoerende organisaties enthousiast	Onduidelijk wie bij de voorbereiding betrokken wordt en waarom: te veel gemeente en GGD
Betrokken medewerkers enthousiast	Na betrokkenheid te lange tijd stil
Maatschappelijke opgave is duidelijk	Onvoldoende reflectie
	Prioriteren blijkt lastig
	Te weinig analyse hoe je elkaar kunt versterken
	Te weinig analyse en sturing bij keuze
<b>3 Opzet GZII</b>	
Mooi overzicht wat er allemaal gebeurt	Veel onderwerpen van verschillende duur en

<b>Integraal beleid</b>	
<b>Sterkte</b>	<b>Zwakte</b>
	importantie: nietjesmodel/opsomming
Evenwichtig naar determinanten van gezondheid	Psychische problemen ontbreken
	Het is vooral regulier beleid van andere diensten
	Flexibiliteit (inspelen op veranderingen tijdens de looptijd)
	Samenhang en afstemming kan beter
	Aansluiting op gezondheidsmonitor
	Doelen strakker aangeven met gewenst effect en bereik
	Te veel activiteiten/uitvoeringsprogramma
	Maatschappelijke effecten onvoldoende geformuleerd
<b>3 Uitvoering GZII</b>	
	Te weinig zicht op uitvoering
	Geen sturing op interventies andere diensten
	Verantwoordelijkheid laten bij de betreffende dienst
	Sturing op effecten/resultaat en evaluatie van effecten ontbreekt
	Verantwoording en meten van effecten van activiteiten is lastig
	Interventies beoordelen op klanttevredenheid en effecten als gezondheidswinst bij doelgroepen
	Elan verdwijnt na jaarplan 2009/2010
	Successen laten zien
	Aandacht voor hoe je doelgroepen bereikt
<b>4 Overeenstemming in ambities en borging ervan</b>	
Enthousiast en deskundig programmateam	Samenstelling alleen mensen van de GGD
Intenties en goede wil	Menskracht en budget, macht en gezag
Bij de uitvoerende organisaties staat gezondheid op de agenda	Communicatie: wordt gezondheid meegenomen?
Formuleren van gemeenschappelijke belangen	Andere/conflicterende belangen
Voldoende ambitie om GZII tot succes te maken	Ambities en borging ook in de uitvoering
	Integraal werken binnen diensten kan beter
	Uitvoerende organisaties ervaren nog steeds schotten
	Afhankelijk van kwaliteit personen

<b>Integraal beleid</b>	
<b>Sterkte</b>	<b>Zwakte</b>
<b>4a Voldoende borging gedurende de looptijd</b>	
Gezondheid staat op de politieke agenda	Behoud draagvlak, mede afhankelijk van personen
Gezondheid staat op de agenda van andere diensten en uitvoerende organisaties	Vraagt continue aandacht
Men vraagt mee te denken over gezondheid in andere programma's/beleidsontwikkeling	Personele wisselingen
Het denken over gezondheid is beter verankerd binnen andere diensten	Reorganisaties
	Afstemming met andere organisaties ontbreekt
<b>Samenwerking</b>	
<b>5 Is de organisatie via stuur- en coördinatiegroep een goede manier van samenwerken?</b>	
In het begin heeft het gewerkt	Afhankelijkheid van samenstelling
	Betrekken van uitvoerende organisaties
	Organisatie van de gemeente in sectoren
	Te weinig op de inhoud
<b>5a samenwerkingsmodel</b>	
Opzet goed	Uitwerking kan beter
	Meer efficiëntie in samenwerking en vergaderingen
<b>5b Het functioneren van de stuurgroep</b>	
Goede samenstelling	Te weinig discussie over thema gezondheid in beleid van de diensten
Stuurt op hoofdlijnen	Onvoldoende positie om te sturen
	Terugkoppeling binnen de eigen dienst
	Dubbele monitoring
	Te weinig vergaderingen/te veel mensen die niet kunnen, waardoor betrokkenheid verdwijnt
<b>5c Het functioneren van de coördinatiegroep</b>	
Bewaakt de integraliteit	Te veel nadruk op proces en sturing, waardoor enthousiasme verdwijnt.
	Afstemming heeft soms ontbroken
	Geen coördinatie
<b>Dubbelrol GGD</b>	
Beleidsmedewerkers weten ook van de praktijk	Uitbesteding
Samenwerking met uitvoerende organisaties is prima	Duidelijkheid rollen, vooral naar buiten toe

## **4 Samenvatting succesfactoren / knelpunten / verbeterpunten**

Alle factoren die hebben bijgedragen tot het succes van GZII, de knelpunten ervan en ook de verbeterpunten met het oog op GZIII zijn in het vorige hoofdstuk uitgebreid besproken. In dit hoofdstuk worden deze resultaten nog eens kort en puntsgewijs samengevat.

### **4.1 Succesfactoren**

- Interactief beleidsproces bij de voorbereiding van het programma.
- Betrokkenheid van college, raad en uitvoerende organisaties.
- Geslaagde expertmeetings.
- Enthousiaste mensen binnen het programmateam, die ook van de uitvoering weten.
- Voor uitvoerende organisaties is het programma belangrijk.
- Er is extra aandacht voor gezondheid en wat andere diensten kunnen bijdragen aan gezondheidsbevordering.
- Goede communicatie.
- "GZII is een rode loper om het nog beter te doen".
- Oordeel: een ruime voldoende (7.2).

### **4.2 Knelpunten**

- Veel thema's.
- Uitwerking op veel niveaus in langdurige projecten en korte interventies.
- Wisselingen in stuur- en coördinatiegroep.
- Reorganisatie GGD.
- Programmamanagement.
- Nog onvoldoende verankering.
- (Te) hoge ambitie.
- Nietjesmodel.
- De gemeente is niet gericht op samenwerking.
- Gezondheid is vooral landelijk beleid en er is weinig gemeentelijk budget.

### **4.3 Verbeterpunten**

- Een programmamanager met gezag, die weet te enthousiasmeren.
- Programmasturing.
- "Echt integraal beleid is samen beleid ontwikkelen en de beleidscyclus doorlopen...en het bewust zoeken naar de mogelijkheid om elkaar te versterken."
- Meer betrokkenheid door als team te functioneren, niet meer vergaderen, maar meer ontmoeten.
- Afstemming met andere programma's.
- Successen vieren.
- De wethouder op de hoogte houden van successen en knelpunten.
- Uitvoerende organisaties betrekken in de organisatiestructuur, gebruik maken van de daar aanwezige expertise.

- Leren van landelijke successen.

#### **4.4 Met het oog op Gezonder Zorgen III**

- Goede maatschappelijke opgave vanuit de raad.
- Terug naar de inhoud en de doelen voor ogen blijven houden.
- Aandacht voor monitoren en evaluatie van de resultaten/effecten van de activiteiten bij klanten en meer aandacht wanneer doelen zijn bereikt.
- Convenanten om de langere investering in preventiebeleid te borgen.
- Samenhang en elkaar versterken van GZIII en andere beleidsterreinen zoals de WMO, het Integraal Jeugdbeleid, arbeidsbeleid en milieubeleid: verbinden van gezondheid en participatie.
- Het maatschappelijke én economische rendement van preventief gezondheidsbeleid duidelijk maken.
- Aansluiten op de ontwikkeling van het wijkgericht werken.

## 5 Conclusies en aanbevelingen

De sterkte – zwakte analyse waarmee hoofdstuk 3 eindigt, vormt samen met hoofdstuk 4 al een samenvatting geordend naar onderzoeksvragen. Hier worden de conclusies en aanbevelingen verbonden met de theorie, met de bevindingen van Prof. Dr. Herweijer en de uitkomsten van de focusgroep.

### 5.1 Conclusies

#### Integraal beleid

- Gezonder Zorgen II is volgens Herweijer geslaagd omdat er draagvlak is bij de politiek en de uitvoerende organisaties. Het programma weet hen te motiveren, juist omdat GZII er in is geslaagd om alles wat leidt tot een betere gezondheid onder één noemer te brengen. Het programma biedt een mooi overzicht van alles wat er gebeurt.
- Het veel gehoorde knelpunt van te veel thema's en activiteiten hoeft volgens Herweijer geen probleem te zijn, omdat het verkleinen van gezondheidsverschillen en het verbeteren van de ervaren gezondheid veel impulsen nodig heeft en je zo ook de uitvoerende organisaties bij het thema betreft.
- Nog belangrijker om het succes van een integraal gezondheidsprogramma vast te stellen is, volgens Herweijer, de mate waarin je erin slaagt om de doelgroepen te bereiken. Daar is bij GZII te weinig zicht op geweest. Het is daarom jammer dat het voornemen om te monitoren, nulmetingen te verrichten en ook beleidseffecten te meten niet is uitgevoerd. De vierjaarlijkse gezondheidsenquêtes alleen bieden te weinig informatie om het bereiken van doelgroepen in beeld te brengen.
- Het gevaar van een papieren planning, dat volgens Herweijer dreigt bij een zo'n uitgebreid programma als GZII, is niet opgetreden. Wel is het programma te veel een 'nietjesmodel', waarbij de maatschappelijke opgaven, de doelen, uit het zicht zijn verdwenen. Daardoor was de aandacht te veel gericht op de sturing, het monitoren van activiteiten en het greep houden op de sectoren, wat heeft geleid tot het verdwijnen van het enthousiasme.
- Iedereen van de geïnterviewden is unaniem van oordeel dat het voorbereidingsproces en het interactieve beleid zeer succesvol is geweest. Alle relevante diensten waren hierbij betrokken. Bij de overige fasen van de beleidscyclus zijn de diensten en de uitvoerende organisaties te weinig betrokken geweest.
- Er bestaat overeenstemming over de gezamenlijke ambities bij GZII. Over de wijze waarop de ambities geborgd zijn binnen de diensten is geen overeenstemming. Op directieniveau blijkt bij sommige diensten onvoldoende aandacht voor GZII. Dat kan te maken hebben met de positie van de bij GZII betrokken contactpersonen, maar kan ook komen doordat in de diensten zelf langs

elkaar gewerkt wordt. Het vraagt veel inspanning van de contactpersonen om gezondheid op de agenda te houden. De organisatiestructuur blijkt niet voldoende borging.

### **Samenwerking**

- De samenwerking heeft vorm gekregen in een coördinatiegroep, een stuurgroep en een programmateam. De samenwerking heeft in zoverre goed gewerkt dat er weinig problemen zijn geweest in afstemming. Wel blijkt dat vanaf 2008 de vergaderingen meestal gezamenlijk werden gehouden. Dat had enerzijds te maken met personele wisselingen en anderzijds met de te geringe opkomst van de deelnemers. Daaruit blijkt dat de betrokkenheid na verloop van tijd is verminderd of de noodzaak van de bijeenkomsten onvoldoende duidelijk is gemaakt. Ook is de noodzaak van het onderscheid tussen coördinatie en sturing onvoldoende gebleken.
- Het programmateam heeft goed gewerkt, maar is door de samenstelling van alleen medewerkers van de GGD waarschijnlijk wel de oorzaak van het feit dat de verantwoordelijkheid van het programma te veel bij de GGD is blijven liggen.

### **Dubbelrol**

- De dubbelrol van de GGD als uitvoeringsorganisatie en als beleidsafdeling voor lokale gezondheid, heeft nauwelijks problemen opgeleverd. Wel vraagt het zorgvuldigheid en moet er duidelijkheid zijn over de rol. Er zijn geen knelpunten geconstateerd.

## **5.2 Aanbevelingen**

### **Integraal beleid**

In GZII is een aantal aanbevelingen en factoren die in de literatuur genoemd worden voor een succesvol integraal gezondheidsbeleid al verwerkt. Dat zijn onder meer het benoemen van contactpersonen binnen de betrokken diensten, afspraken over samenwerking en rolverdeling en het vaststellen van enkele centrale thema's. Bij een vervolg zullen ook de volgende factoren aandacht moeten hebben:

- Gemeenschappelijke belangen. Deze worden gecreëerd bij het samen beleid ontwikkelen en aandacht blijven houden voor de inhoud en uitvoering.
- Structurele financiering, waardoor voldoende capaciteit mogelijk is en competenties (de programmamanager) uit de verf kunnen komen.
- Uitwisseling van kennis over de uitvoering. Professionals uit de uitvoerende organisaties kunnen ingezet worden om de landelijke expertise in te brengen en om beleid en praktijk dichterbij elkaar te brengen.
- Ontwikkelen en uitvoeren van monitor, nulmetingen en evaluatiemethoden.
- Andere actoren dan alleen de overheid. Inbreng van de uitvoerende organisaties kan de organisatie versterken en een breed draagvlak geven.



De focusgroep heeft daarnaast de volgende aanbevelingen geformuleerd:

- In tegenstelling tot GZI had GZII inhoudelijk een zekere oppervlakkigheid. Er is te weinig aandacht geweest voor verdieping. De organisatiestructuur met stuurgroep en coördinatiegroep blijkt niet voldoende borging.
- GZIII begint met een duidelijke maatschappelijke opgave en benoemt een programmamanager die de opgave weet te vertalen in doelen en weet uit te zetten in de lijn, met projecten en in programmamanagement. Scenarioplanning in afstemming met andere programma's behoort tot de mogelijkheden, uitvoerenden worden ook betrokken in de organisatie, het interactieve beleid en de succesvolle expertmeetings worden gehandhaafd.

## Literatuur

- Dijk, J. van (2001). *Gemeentelijk gezondheidsbeleid. Omvang en doelgerichtheid*. Groningen: Northern Centre for Healthcare Research, Public Health and Health Services Research.
- Gemeente Groningen (2005). *Kiezen voor kansen, de zoektocht naar efficiency. Vier jaar 'Gezonder Zorgen', het gemeentelijke gezondheidsbeleid geëvalueerd*. Groningen.
- Gemeente Groningen. *Jaarplan 2007. Lokaal gezondheidsbeleid. GRONINGEN gaat steeds GEZONDER ZORGEN II*. Groningen.
- Gemeente Groningen. *Jaarplan 2008. Lokaal gezondheidsbeleid. GRONINGEN gaat steeds GEZONDER ZORGEN II*. Groningen.
- Gemeente Groningen. *Jaarplan 2009/2010. Lokaal gezondheidsbeleid. GRONINGEN gaat steeds GEZONDER ZORGEN II*. Groningen.
- Gezondheidsmakelaar (2009). *Integraal gezondheidsbeleid; Criteria en (enkele) observaties*. Presentatie, niet gepubliceerd.
- Hulpverleningsdienst Groningen/GGD (2007). *GRONINGEN gaat steeds GEZONDER ZORGEN II. Nota Lokaal Gezondheidsbeleid 2007-2010 Gemeente Groningen*. Groningen: Plantijn Casparie.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg, ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2010). *Staat van de gezondheidszorg 2010. Meer effect mogelijk van publieke gezondheidszorg*. Utrecht.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2006). *Kiezen voor gezond leven, 2007-2010*. 's Gravenhage.
- Penris, M. en L. den Broeder (2004). *Gezondheidseffectschatting, Integraal gezondheidsbeleid: theorie en toepassing*. Bilthoven: RIVM, Centrum voor Volksgezondheid Toekomst Verkenningen.
- Storm, I., F. van Zoest en L. den Broeder (2007). *Integraal gezondheidsbeleid: theorie en toepassing*. Bilthoven: RIVM, Centrum voor Volksgezondheid Toekomst Verkenningen.
- Verweij, A. en J.M. den Broeder (2010). *Integraal gezondheidsbeleid, doelen en methoden, De uitvoering, Wat zijn de effecten, Integraal gezondheidsbeleid samengevat*. Geraadpleegd op 1 maart 2010 van [http: www.rivm.vtv/](http://www.rivm.vtv/).
- Vogelzang, R. (2010). *Programmamanagement*. Gemeente Groningen, OCSW, niet gepubliceerd.

## **Bijlage 1    Lijst van geïnterviewde personen**

J. Visscher, Wethouder, portefeuillehouder volksgezondheid

A. de Jonge, directeur GGD

R. Vogelzang, directeur beleid en uitvoering OCSW

### *Coördinatiegroep*

Milieudienst            W. de Boer  
Dienst RO/EZ            B. van der Noord  
Dienst HVD/GGD        M. Vonk

Dienst OCSW            U. Glas  
Dienst SoZaWeJ. Hettinga

### *Stuurgroep*

Dienst HVD/GGD        E. Wiersma  
  
Dienst RO/EZ            W. van Geffen

Dienst SoZaWeB. van der Scheer

### *Programmateam*

HVD/GGD                T. Sytsma  
HVD/GGD                E. Bruinewoud  
HVD/GGD                E. Mackenzie

### *HVD/GGD Overige*

HVD/GGD                P. Klaassen  
  
HVD/GGD                A. Flikkema  
HVD/GGD                M. Ter Harmsel

### *Uitvoeringsorganisaties*

Lentis                    C. Dijkslag  
Bureau Jeugdzorg        L. Brookman  
  
Vrouwencentrum Jasmijn    M. van der Kleij  
Alfacollege                L. Nijhulsing

## **Bijlage 2    Deelnemers Focusgroepbijeenkomst**

E. Bruinewoud	GGD
G. Dijkstra (notuliste)	TGO
W. van Geffen	RO/EZ
U. Glas	OCSW
JH. Jansen (voorzitter)	Flex4
P. Klaassen	GGD
M. v.d. Kleij	Jasmijn
E. Mackenzie	GGD
M. Rigter (onderzoeker)	Rigter Research
E. Siegert	Lentis
T. Sytsma	GGD
M. Vonk	GGD
E. Wiersma	GGD

## **Verslag Focusgroepbijeenkomst van 15 juni 2010**

### *Aanwezig:*

Edward Mackenzie, GGD en lid programmteam GZII; Uli Glas, OCSW en lid van de coördinatiegroep GZII; Peter Klaassen, GGD; Thea Sytsma, GGD en lid programmteam GZII; Machiel Vonk, GGD en lid van het programmteam GZII;

Els Bruinewoud, GGD en lid programmteam GZII; Margriet van der Kleij, Vrouwencentrum Jasmijn; Eelke Wiersma, GGD lid programmteam en voorzitter stuurgroep GZII; Wilma van Geffen, RO/EZ en lid stuurgroep GZII; Ellen Siegert, Lentis

Jan Hendrik Jansen, Flex4, voorzitter; Geke Dijkstra, TGO, notulist; Marianne Rigter, Rigter Research, onderzoeker.

Niet alle bij het onderzoek geïnterviewden zijn aanwezig. Van de bij GZII betrokken diensten zijn Sozawe en de milieudienst niet vertegenwoordigd in de focusgroep.

Na een welkom van de voorzitter en een kort voorstellingsronde presenteert de onderzoeker in het kort succesfactoren, knelpunten en verbeterpunten van GZII en vooral overwegingen bij de voortzetting van lokaal gezondheidsbeleid in GZIII.

In de eerste ronde met reacties komt het volgende naar voren:

- Het was uitdrukkelijk de wens van wethouder en raad om op concreet niveau te werken, vandaar dat er veel aandacht is besteed aan activiteiten. Het kan een wens zijn om de successen meer te vieren, maar je moet wel een reëel beeld hebben van wat er bereikt is aan concrete resultaten. Daarop wordt opgemerkt dat het moeilijk is om concrete resultaten goed in beeld te krijgen en dat effecten van GZII niet te meten zijn. Daarom is er voor gekozen om in dit onderzoek het proces goed in beeld te krijgen. Toch wordt er door de GGD een onderzoek gedaan naar de resultaten van de uitgevoerde activiteiten. In de stuurgroep is via de stoplichtmethode aandacht besteed aan de goede voortgang van het programma. De discussie over effecten is ingewikkeld, je kunt wel scherper kijken naar realistische doelen. Prestatie-indicator kan bijvoorbeeld het bereik zijn.
- Het werken met scenarioplanning is goed, maar je moet ervoor waken dat het te abstract wordt. Ook activiteiten en successen daarbij zijn belangrijk. Tegelijkertijd moet je activiteiten stop durven zetten, je kunt niet alles eindeloos voortzetten. Reflectie op activiteiten die er echt toedoen, blijft nodig. Het monitoren op activiteitsniveau leidt tot te veel bureaucratie. Je moet monitoren op een hoger aggregatieniveau. Zijn de gezondheidsenquêtes voldoende, of moet je ook aansluiten bij de leefbaarheidsmonitor.
- De sterkte-zwakteanalyse geeft goede aangrijpingspunten voor een discussie over GZIII.
- Door de focus op het proces is GZII een surplus aan papieren werkelijkheid: het woord nietjesmodel zet je wel aan het denken. Het is belangrijk hoe je het concept neerzet; GZII had een te hoog 'roep u maar'-gehalte. Het blijkt dat de organisatie van de gemeente via het dienstenmodel een integraal programma in de weg staat. Je bent afhankelijk van de personen,

hun betrokkenheid en hun mogelijkheden om in hun eigen dienst gezondheid op de agenda te zetten en te houden. Je moet de discussie met de diensten blijven voeren over wat zij aan het doel van het programma kunnen bijdragen.

- Het is belangrijk om bij GZIII meer vanuit concepten te denken. "Waarom zouden mensen gezond moeten zijn?". Met toekomstscenario's komt dan de maatschappelijke opgave: als de trends, zoals o.a. met te dikke jongeren en de Wajong zo doorgaan, dan is er in 2040 een tekort aan arbeidskrachten van een miljoen. Scenarioplanning is een mooi instrument, maar we moeten er voor waken dat er afstemming is met andere programma's.
- Bij GZIII moet de buitenwereld meer in beeld zijn, niet alleen de gemeente. Ook andere organisaties met expertise, zoals UMCG en uitvoerende organisaties zouden betrokken moeten zijn. Bij Zorgen voor Morgen zijn bijvoorbeeld de uitvoerende organisaties in de stuurgroep vertegenwoordigd.
- Het is goed als ook de uitvoering wordt geëvalueerd. In de praktijk blijkt financiering van activiteiten zeer moeilijk. Iedere dienst heeft een ander systeem en bij de WMO zien uitvoerende organisaties soms door de bomen het bos niet meer.
- De presentatie van het onderzoek en het opgestuurde materiaal ter voorbereiding van deze bijeenkomst is heel herkenbaar en inspirerend. Het doel van GZII zijn we bij het accent op het proces helemaal uit het oog verloren: "het verkleinen van de sociaal-economische gezondheidsverschillen". Daarnaast moeten we goed in het oog houden wat we verstaan onder integraal beleid; dat is anders dan intersectoraal beleid. Als we met elkaar om tafel zitten, dan is het belangrijk dat we de doelstellingen benoemen.
- Vanuit gemeentelijke optiek is meer focus nodig, maar voor het bereiken van het doel van het programma zijn veel impulsen nodig. Veel speerpunten impliceert verschillende niveaus van sturing. Het managen van een programma is niet alleen het managen van activiteiten. We moeten dus ook niet gaan controleren wat anderen uitvoeren. Misschien moet je duidelijk benoemen wat bij de betrokken dienst blijft, wat je gezamenlijk doet, wat de GGD bijdraagt in het programma en wat je laat liggen.
- Lokaal gezondheidsbeleid is lastig omdat de verdiensten van beleid ergens anders terecht komen, bij de rijksoverheid, bij de ziektekostenverzekeraars en bij de werkgevers.
- De laatste stelling over de organisatiestructuur is het belangrijkste. Je moet de organisatiestructuur aanpassen aan de fase van het programma. De uitvoerende organisaties moeten een veel belangrijker rol hebben. Bij GZIII moet het om de inhoud gaan.

#### Concluderende samenvatting:

- In tegenstelling tot GZI had GZII inhoudelijk een zekere oppervlakkigheid. Er is te weinig aandacht geweest voor verdieping. De organisatiestructuur met stuurgroep en coördinatiegroep blijkt niet voldoende borging.
- GZIII begint met een duidelijke maatschappelijke opgave en benoemt een programmamanager die de opgave weet te vertalen in doelen en weet uit te zetten in de lijn, met projecten en in programmamanagement. Scenarioplanning in afstemming met andere programma's behoort tot

de mogelijkheden, uitvoerenden worden ook betrokken in de organisatie en het interactieve beleid en de succesvolle expertmeetings worden gehandhaafd.

Alle stellingen worden in omgekeerde volgorde nagelopen:

8. *De veelgehoorde roep om speerpunten en focus bij GZIII is tegengesteld aan integraal gezondheidsbeleid.*

De vraag is of dat zo is. Dat heeft te maken met wat je verstaat onder integraal beleid en dat heeft alles te maken met de regierol van de gemeente, waar zij altijd mee worstelt. Hoe moet je de regie voeren bij wijkgericht werken, bij GZ?

7. *Gezonder Zorgen III zou ontworpen moeten worden vanuit toekomstscenario's.*

Is het onderzoeken waard. Er zijn veel bruikbare vormen van scenarioplanning. Wel moeten we oppassen voor het wensdenken wat de gemeente heel vaak doet. Het vraagt input van veel verschillende kanten, dus liefst samen met partners kijken hoe het toekomstbeeld er uit kan zien. Hierbij moet je ook naar de korte termijn en de lange termijn kijken.

6. *De organisatie in de vorm van een programmateam, een stuurgroep en een coördinatiegroep is een voldoende waarborg voor het slagen van Gezonder Zorgen II.*

Dat is gebleken van niet. Het programmamanagement moet in ieder geval niet beperkt blijven tot GGD. De programmamanager beweegt zich op alle niveaus.

5. *Voor een belangrijk programma als GZW III dient een vacature voor een programmamanager geplaatst te worden, met als belangrijkste eigenschappen enthousiasmerend, overtuigingskracht, bekend met hoe het binnen een gemeente toegaat.*

Daar is iedereen het over eens.

4. *Zicht op de uitvoering is een voorwaarde voor de motivatie van alle betrokkenen*

Vooral de uitvoerende organisaties hebben zicht op de resultaten. Er zijn daar bilaterale voortgangsgesprekken over, die hopelijk ook verder bij de diensten bekend worden.

3. *Het succes van Gezonder Zorgen II kun je alleen terugzien in de resultaten van uitvoerende organisaties*

Groningen is met GZII landelijk een voorbeeld van een goed verlopen interactief proces. Ook dat is een succes geweest. Misschien moet je de verbinding tussen de resultaten wat meer in beeld brengen. De vraag is of de resultaten wel voldoende in beeld zijn. De monitoring kan sterk verbeterd worden.

2. *Het wel/niet slagen van Gezonder Zorgen II hangt af van de persoonlijke betrokkenheid van degenen die er mee te maken hebben en dat is een voordeel/nadeel van dergelijk beleid (enthousiasmerende mensen zijn essentieel, personeelwisselingen funest).*

Personeelwisselingen kunnen ook verfrissend zijn. Bij GZII bleek dat sommige wisselingen niet goed uitpakten, niet iedereen heeft iets met gezondheid. Misschien moet je daar meer aandacht aan besteden, de mensen meenemen in het onderwerp en het belang van het programma. Aan de andere kant moet je niet iedereen overal bij betrekken, dat kan demotiverend werken.

1. *Gezonder Zorgen II staat of valt met een goede voorbereiding.*

De implementatie heeft te wensen overgelaten. We zijn goed begonnen, maar lieten het daarna afweten. Het programmateam had te veel andere taken gekregen. Je moet daarom iemand hebben die daarop kan toezien.

De voorzitter geeft ten slotte ieder nog een kans op een 'nabrand'.

- Deze reflectie is zinvol, zou je vaker moeten doen tijdens het programma.
- Ook deze bijeenkomst is tekenend voor het programma: zorgvuldig opgezet.
- Veel impulsen zijn belangrijk om het doel van GZ te bereiken en is voor uitvoerders en voor de politiek inspirerend.
- Flexibiliteit van de organisatie en in vergadermomenten zijn belangrijk, je moet meebewegen met de fase waarin het programma is. Ook hoeft niet iedereen altijd bij alle vergaderingen te zijn.

De planning: 28 juni moet het concept van de rapportage binnen zijn. Het rapport over de resultaten wordt 6 oktober in de raadscommissie besproken. Dit is input voor de voorbereiding van GZIII. Die voorbereiding is vertraagd, want de landelijke speerpunten zijn nog niet bekend.