



Onderwerp

Pilot project Gezondheidsmakelaar

Inleiding

Op grond van de WCPV heeft de gemeente Helmond de Nota Lokaal Gezondheidsbeleid 2008-2011 ontwikkeld en vastgesteld op 4 maart 2008. Een van de speerpunten van het beleid is een wijkgerichte aanpak van gezondheidsachterstanden door de inzet van een gezondheidsmakelaar. De gezondheidsmakelaar is een nieuwe functie welke deel uitmaakt van het pilot project Gezondheidsachterstand moet wijken. Het doel van het innovatieve pilot project is de ontwikkeling van een landelijke basissystematiek (model) voor het wijkgericht werken aan gezondheidsachterstanden¹. Vier gemeente werken op experimentele wijze aan de uitwerking en implementatie van deze systematiek, te weten: Den Haag, 's-Hertogenbosh, Groningen en Helmond. Het pilot project wordt ondersteund door onderzoek en evaluatie van het AMC/Universiteit van Amsterdam (vakgroep sociale geneeskunde), en het NIGZ. Het pilot project loopt van juli 2007 tot september 2010.

Beleidsmatige context

Wet collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV): Doel van de WCPV is de gezondheid van (nog) gezonde inwoners te bevorderen en te beschermen. Op grond van de WCPV hebben gemeenten in medebewind de verantwoordelijk gekregen voor collectieve preventie op het gebied van de volksgezondheid. Daarbij zijn gemeenten verplicht hun gezondheidsbeleid elke vier jaar in een nota vast te leggen.

Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO): Het doel van de WMO is tweeledig. Ten eerste actieve Helmonders die zich inzetten voor de samenleving als basis van de Zorgzame stad Helmond. Ten tweede Helmonders die in staat zijn zo lang mogelijk zelfstandig te blijven functioneren en te participeren.

Lokaal Gezondheidsbeleid (LGB): Doel van het LGB is het voorkomen (preventie) van ziekte en bescherming en bevordering van de gezondheid van inwoners. Binnen het LGB zijn drie onderwerpen tot speerpunt van beleid gemaakt, waaronder wijkgerichte aanpak van gezondheidsachterstanden door de inzet van een gezondheidsmakelaar.

Helmonds model Gezondheidsmakelaar

Het proces om te komen tot een Helmonds model voor de Gezondheidsmakelaar is gestart met een oriëntatie in de periode half oktober tot en met maart 2008. De oriëntatie heeft zich gericht op Helmonders, organisaties en gemeentelijk beleid waarbij zoveel mogelijk met alle aspecten van gezondheid² is rekening gehouden. Vervolgens zijn er keuzes gemaakt hoe de functie de komende jaren in te zetten (positioneren) en verder te ontwikkelen. Het opbouwen van een netwerk en het vinden van draagvlak is daarbij essentieel. Het doel is een dermate goed functionerend model te ontwikkelen dat ingezet kan worden in andere wijken van Helmond of Nederland.

Er is gekozen de makelaarsfunctie en de verankering in beleid en bestuur als volgt in te zetten:

1. gezondheidsmakelaar: focus op contacten in de wijk en met organisaties
2. ambtenaar lokaal gezondheidsbeleid: focus op contacten binnen de gemeente

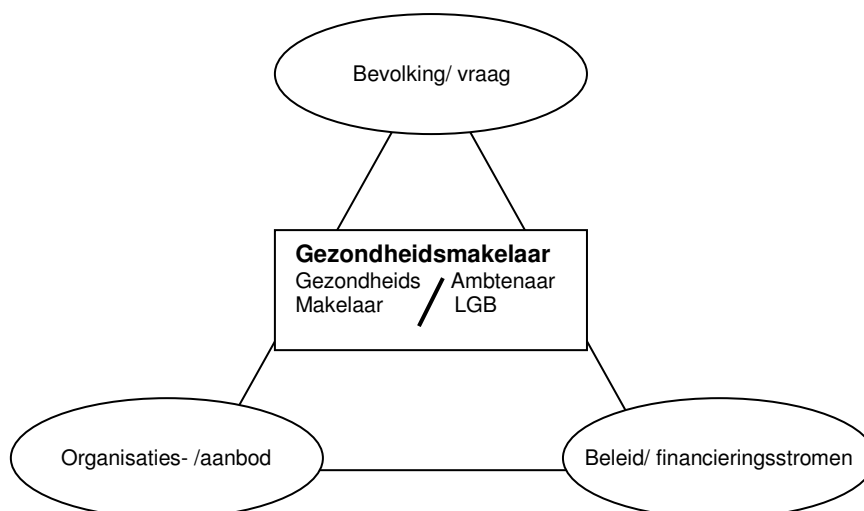
Er is dus sprake van drie niveaus:

- a. Wijk: Helmonders als groep én individu
- b. Organisaties: werkzaam in de wijk, zoals huisarts maatschappelijk werk, welzijnswerk
- c. Gemeentelijk beleid: dat invloed heeft op de gezondheid van inwoners en daaraan gekoppelde financieringsstromen in het kader van gezondheid

¹ Het concept gezondheidsmakelaar is uniek in Nederland en Europa.

² Aspecten van gezondheid zijn: Fysiek-sociale omgeving, leefwijze en zorg. Voor een uitgebreide beschrijving van deze aspecten verwijzen wij u naar bijlage 1

Hieronder is het Helmonds model schematisch weergegeven.



Uiteraard is dit model een vereenvoudiging van de werkelijkheid.

- voor de bevolking staan vele individuen en groepen van individuen met ieder specifieke problematiek en vragen
- bij organisaties betreft het diverse organisaties die actief zijn in de wijk op het gebied van zorg, welzijn, veiligheid, scholing, werkgelegenheid, woningbouw, e.d.
- het beleid betreft eveneens een veelheid aan beleidsterreinen die betrokken zijn bij bovenstaande organisaties en bevolkingsgroepen.

Logisch interventiemodel

Om de makelaar doelgericht te kunnen laten werken, wordt een logisch interventiemodel ontwikkeld. Dit interventiemodel wordt opgesteld door het AMC/UvA. Daarbij wordt gebruik gemaakt van de regenboog van Dahlgren en Whitehead. In het model wordt gedefinieerd welke gezondheidsproblemen met welke organisaties worden opgelost. Voor een voorbeeld van een dergelijk model verwijzen wij u naar bijlage 2.

Taakverdeling

Zoals eerder aangegeven komt de uitvoering van het Helmondse model van de gezondheidsmakelaar tot stand door een gezondheidsmakelaar en een ambtenaar LGB. Hieronder wordt de taakverdeling beschreven:

1. Het is de taak van *de gezondheidsmakelaar* om in het veld, afstemming te realiseren tussen de vraag van de bewoners en het aanbod van de organisaties op het gebied van gezondheid. Enerzijds signaleert de gezondheidsmakelaar gezondheidsproblemen in de wijk en verheldert de vraag van bewoners. Anderzijds heeft de gezondheidsmakelaar het aanbod op het gebied van gezondheid inzichtelijk en zorgt dat het aanbod onder de organisaties (sector overstijgend) bekend is. Kortom, de makelaarsfunctie van de gezondheidsmakelaar komt tot uitdrukking in het afstemmen van het aanbod op de vraag en het realiseren van intersectorale samenwerking op het gebied van doorverwijzing en activiteitsaanbod. Bovendien heeft de gezondheidsmakelaar de taak de ambtenaar LGB te informeren over lokale ontwikkelingen en signalen op het gebied van gezondheid. De gezondheidsmakelaar adviseert gevraagd en ongevraagd de ambtenaar LGB over oplossingsrichtingen en de inzet van de gemeente. De gezondheidsmakelaar geeft input voor beleid, maar ontwikkelt géén beleid. De gezondheidsmakelaar geeft oplossingsrichtingen en adviseert over best practices, maar ontwikkelt en voert deze activiteiten niet uit.
2. Het is de taak van *de ambtenaar LGB* om de gezondheidsmakelaar te faciliteren (middelen) en te ondersteunen (informatie, kennis, draagvlak). De ambtenaar LGB dient binnen de gemeentelijke organisatie te zorgen voor (politiek) draagvlak en inbedding van de gezondheidsmakelaar. Concreet betekent dit laatste dat gezondheid – als verbindende schakel binnen een breed scala aan beleidsterreinen – dienstoverstijgend onder de aandacht wordt gebracht. De ambtenaar LGB dient de integraliteit te waarborgen. Daarnaast heeft de

ambtenaar LGB regelmatig overleg met de gezondheidsmakelaar over gevraagde en ongevraagde adviezen ten aanzien van lokale ontwikkelingen en signalen. De adviezen van de gezondheidsmakelaar zullen meegenomen worden in besluitvormingsprocedures van bijvoorbeeld subsidieverzoeken.

Randvoorwaarden

1. Ruimte voor leren en experimenteren
2. Toegang tot bewonersgroepen
3. Toegang tot organisaties
4. Draagvlak binnen politiek
5. Draagvlak bij organisaties
6. Toegang tot middelen (financieel/ materieel)

Beoogd effect en/ of resultaat³

Het pilot project Gezondheidsachterstanden moet *wijken* wil een bijdrage leveren aan het terugdringen van sociaal economische gezondheidsverschillen. Concreet betekent dit de ontwikkeling van een basissystematiek, te weten de gezondheidsmakelaar. De ontwikkeling van de basissystematiek gebeurt op basis van experiment. Bij gebleken effect kan de basissystematiek in een later stadium ook elders in het land worden ingevoerd. De meerwaarde van de gezondheidsmakelaar is dat er geen nieuwe structuren in het leven worden geroepen, maar dat juist wordt aangesloten bij bestaande infrastructuur en bestaande trajecten met elkaar verbonden worden. Het resultaat van het pilot project is tweeledig:

1. Een Helmonds model voor een wijkgerichte aanpak (te weten de gezondheidsmakelaar) van gezondheidsachterstanden welke landelijk ingezet kan worden.
2. De gezondheidsmakelaar draagt bij aan:
 - Het terugdringen van sociaal economische gezondheidsverschillen.
 - Verbeteren van de gezondheid van de Helmonder.Door:
 - Op wijk niveau te komen tot participatie: Afstemming van de door de burger ervaren gezondheidsproblematiek, het aanbod van diverse organisatie op het gebied van gezondheid en het gemeentelijk beleid.
 - Op organisatie niveau te komen tot intersectorale samenwerking: Dwarsverbanden tussen verschillende sectoren zodat sectoroverstijgende acties ontstaan
 - Op gemeentelijk niveau te komen tot draagvlak van beleid en aanbod op de vraag.

Beïnvloedbaarheid

Onderzoek wijst uit dat het meten van gezondheidsverbetering op wijkniveau op dit moment erg lastig is. De huidige omvang van de gezondheidsmonitoren is te klein om cijfers op wijkniveau te leveren. Voor relevante cijfers dient de onderzoekspopulatie in de wijk vergroot te worden. Dit is niet mogelijk. Ook zijn wijken voortdurend in beweging. Bijvoorbeeld: de samenstelling van een wijk verandert door veranderingen op het gebied van de infrastructuur. Daardoor zijn metingen niet vaak niet valide omdat de kans groot is dat twee verschillende populaties met elkaar vergeleken worden.

Bovendien is verbetering van gezondheid pas na een realistische tijdsbestek van 10 jaar meetbaar. Het effect van preventieve activiteiten (met name primaire preventie) is een verhaal apart omdat het lastig te bewijzen is of zonder de ingezette interventie wél gezondheidproblemen zouden zijn ontstaan. Ten slotte is de inzet van activiteiten afhankelijk van het politiek en ambtelijk draagvlak, maar ook de inzet van betrokken organisaties.

De gezondheidsmakelaar kan echter wél concreet zichtbaar maken welke afstemming en intersectorale samenwerking is bereikt. Dit kan aan de hand van overeenkomsten en uitgevoerde activiteiten. Ook is het mogelijk om de gezondheidsverbetering van deelnemers van een activiteit te meten.

Actieplan Gezondheidsmakelaar Binnenstad-Oost 2008-2010

Het werkgebied van de gezondheidsmakelaar beperkt zich in de ontwikkelingsfase van het pilot project tot Binnenstad-Oost. In deze wijk bevindt zich een concentratie van problematiek ten aanzien van wonen, werken, veiligheid, gezondheid, integratie en welzijn. Om die reden is enkele jaren geleden gestart met herstructurering en wijkontwikkeling. En dat heeft zijn vruchten afgeworpen, te weten: realisatie van een sociaal maatschappelijk hart, extra inzet door partners op sociaal

³ Momenteel wordt de gezondheidsmakelaar alleen in Binnenstad-Oost ingezet. De specifieke doelstellingen voor deze wijk staan in het actieplan vermeld.

maatschappelijk vlak, vernieuwing van de Heistraat en woonbuurten Vossenbergh en Zonnekwaartier. Bovendien is er meer aandacht voor gezondheid door de aanleg van speelvoorzieningen en de oprichting van een werkgroep om de leefbaarheid te bevorderen. De *wijk Leonardus* neemt een speciale positie in. De wijkontwikkeling start in deze buurt na 2015. De problemen stapelen zich in deze buurt op, mede doordat een deel van de bewoners uit de wijk, waar al wel wijkontwikkeling plaats vindt, naar de Leonardusbuurt zijn verhuisd. Aanneمة is dat door gezamenlijke inspanningen de leefbaarheid in de wijk op peil wordt gehouden en waar nodig wordt verbeterd. Gezondheid kan hierbij als verbindende schakel fungeren.

Speerpunten

Op grond van verschillende gezondheidsonderzoeken en uit gesprekken met organisaties in de wijk Binnenstad-Oost blijken drie aandoeningen de grootste gezondheidsproblemen op te leveren. De gezondheidsmakelaar focust zich op deze problemen en bijbehorende preventiedoelstellingen.

Probleem	Preventiedoelstelling
Diabetes	Terugdringen van overgewicht Stimuleren balans in bewegen en gezonde voeding
Luchtwegaandoening	Verbeteren luchtkwaliteit en verminderen roken
Depressie	Terugdringen stress, somberheid en eenzaamheid Vergroten aantal/ kwaliteit sociale contacten

Doelstellingen Gezondheidsmakelaar Binnenstad- Oost

Lange termijn (10 jaar):

- Afname Sociaal Economische Gezondheidsverschillen in vergelijking met regionale cijfers.
- Afname gezondheidsproblemen (astma/ luchtwegaandoeningen, diabetes en depressie)
- Toename aantal gezonde levensjaren.
- Toename van de ervaren gezondheid.

Middellange termijn (einde project, september 2010)

- Advies uitbrengen obv de sociale kaart van Binnenstad-Oost
- Sluiten van samenwerkingsovereenkomsten om de intersectorale samenwerking te verbeteren
- Deskundigheidsbevordering van organisaties op het gebied van leefstijlverandering bij bewoners.
 - o Beter op elkaar aansluiten van de collectieve en de individuele aanpak op het gebied van leefstijl.
 - o Realisering van een intensieve persoonlijke benadering en begeleiding op het gebied van leefstijl.
- Onderzoeken welke praktische kansen er liggen om door ingrepen in de fysieke en sociale omgeving de inwoners te stimuleren tot gezond gedrag

Korte termijn (na 1 jaar, september 2009)

- Opstellen van een communicatieplan voor de gezondheidsmakelaar
- Ontwikkelen van een interventiemodel voor de gezondheidsmakelaar
- Procesbegeleiding van organisaties om te komen tot intersectorale samenwerking
 - o Afstemming bewerkstelligen tussen de eerste lijn en de preventie. Een onderdeel hiervan is de financiële afstemming tussen de zorg (zorgverzekering) en de financieringsstromen vanuit de preventie (gemeente).
- Meelopen met professionals die direct contact hebben met bewoners in de wijk.
- Onderzoek naar de kansen die diverse gemeentelijke nota's bieden op gezondheidseffecten

Activiteiten

Hieronder zijn schematisch de activiteiten beschreven die voor de korte termijn (KT), middellange termijn (MT) en lange termijn (LT) uitgevoerd zullen gaan worden op wijkniveau, organisatieniveau en gemeentelijk niveau. Daarbij is de taakverdeling tussen de gezondheidsmakelaar (GM) en de ambtenaar lokaal gezondheidsbeleid (LGB) per activiteit aangeven

1. Wijkniveau

Activiteit	Betrokkenen	Taken	Termijn	Resultaat
Meelopen met professionals die direct contact hebben met bewoners in de wijk.	Organisaties	GM: alles	KT	Gezondheidsmakelaar onder de aandacht brengen bij bewoners In kaart brengen wat de vraag is van bewoners op het gebied van gezondheid
Participatie van bewoners in Binnenstad-Oost realiseren op grond van de participatiewijzer.	Organisaties , bewoners	GM: Contact leggen met organisaties en bestaande structuren van burgerparticipatie LGB: ondersteuning/ feedback	KT	- Bewoners doen actief mee bij de organisatie van activiteiten (medezeggenschap over o.a. doelen en de uitvoering van plannen) - Activiteiten worden beter bezocht. - Empowerment van bewoners is versterkt, te weten: versterking van de individuele en gezamenlijke competenties van mensen om hun gezondheid en de factoren die daarvan van invloed zijn, 'in eigen hand' te nemen en te verbeteren.

2. Organisatiesniveau

Activiteit	Betrokkenen	Taken	Termijn	Resultaat
Advies obv sociale kaart Binnenstad-Oost (SMIP)	Gemeente, Organisaties, Bewoners	GM: opstellen sociale kaart LGB: informatieverstrekking uit bestaande bronnen	MT	Sociale kaart voor Binnenstad-Oost voor de drie speerpunten, met: - overlap in beeld brengen - kansen voor samenwerking in beeld brengen
Procesbegeleiding van organisaties om te komen tot intersectorale samenwerking	Organisaties	GM: actief benaderen van partijen, voorlichting, advies en ondersteuning om op de speerpunten activiteiten te ontwikkelen en te implementeren LGB: faciliteren (middelen)	KT MT	Overeenkomsten/contracten tussen organisaties om langdurig gezamenlijk via (een van) de speerpunten aan gezondheid te werken. Huisartsen: activiteiten eerste lijn en wijkgerichte preventieve gezondheidsactiviteiten samen brengen en op elkaar afstemmen, startend met een gezamenlijke startconferentie in de Leonarduskerk. Dit resulteert in een preventieopzet voor de Leonarduskerk, aansluitend aan de gebruikte zorgplannen. Onderdeel is het maken van afspraken over de financiering van deze preventie activiteiten door gemeente en zorgverzekeraar. Woningbouw: Ondersteunen Volksbelang en GGD bureau gezondheid milieu en veiligheid, bij het opstellen en vorm geven van een plan om de luchtkwaliteit in huis te verbeteren en zo de schimmel in huis terug te dringen.
Deskundigheidsbevordering van organisaties op het	Organisaties	GM: in kaart brengen geschikte methodieken,	MT	Beter op elkaar aansluiten van de collectieve en de individuele aanpak op het gebied van leefstijl.

gebied van leefstijlverandering bij bewoners.		organiseren van bijeenkomsten LGB: faciliteren		Realisering van een intensieve persoonlijke benadering en begeleiding op het gebied van leefstijl.
Onderzoeken welke praktische kansen er liggen om door ingrepen in de fysieke en sociale omgeving de inwoners te stimuleren tot gezond gedrag	Gemeente organisaties	GM: in beeld brengen van fysieke gezondheids belemmeringen, inventariseren van ervaringen elders Aandragen van praktische oplossingen LGB: ondersteunen (informatie verstrekken, draagvlak creëren, feedback geven)	MT	Inzicht in de fysieke en sociale belemmeringen die men ervaart voor gezond gedrag Aanbevelingen voor praktische oplossingen die bijdrage aan een gezonde omgeving.

3. Gemeentelijk niveau

Activiteit	Betrokkenen	Taken	Termijn	Resultaat
Opstellen communicatie en promotieplan gezondheidsmakelaar	Gemeente: afdeling communicatie	LGB: opdrachtverstrekking aan communicatie afdeling GM: input	KT	Plan waarin beschreven is hoe de gezondheidsmakelaar zich naar organisaties en inwoners dient te profileren. Voorstellen voor foldermateriaal.
Onderzoek naar de kansen die diverse gemeentelijke nota's bieden op gezondheidseffecten	UvA Gemeente	Externe vanuit UvA LGB, GM: input/ ondersteuning	KT	Onderzoeksrapportage met: - inzichtelijk welke nota's kansen bieden - inzichtelijk hoe kansen omgezet kunnen worden in acties - plan van aanpak opstellen hoe de plannen systematisch doorgelicht kunnen worden op gezondheid.
Ontwikkelen van een interventiemodel voor de gezondheidsmakelaar	Gemeente UvA	Externe: UvA GM en LGB: ondersteuning	KT	Interventiemodel

Evaluatie

Het pilot project Gezondheidsachterstanden moet *wijken* kenmerkt zich door gezamenlijk leren en kan beschouwd worden als experiment. Om die reden wordt het pilot project ook ondersteund door onderzoekers van de UvA. Er is sprake van *collaborative reseach* omdat er een samenwerkingsverband is tussen de onderzoekers en de gemeenten. Ten eerste zijn er samenkomsten en schriftelijke uitwisselingen met de gezondheidsmakelaar(s) van elke gemeente afzonderlijk. Ten tweede zijn er landelijke bijeenkomsten waarin zowel de ervaringen van de gemeente als de samenvattende verbinding en reflecties van de onderzoekers als input dienden (5 tot 6 keer per jaar). Ten derde zijn er per jaar circa 4 studiedagen in het kader van een wijkgerichte aanpak van gezondheidsachterstanden.

Werking Helmondsmodel

De werking van het Helmondsmodel wordt geëvalueerd door de UvA. De evaluatie beoogt de meerwaarde van het makelaarschap in kaart te brengen. Daarbij wil de UvA beschrijven welke veranderingen er op korte termijn door de inzet van de gezondheidsmakelaar tot stand komen. Daarbij wordt bovendien nagegaan of en op welke manier deze veranderingen op de langere termijn kunnen bijdragen aan het verkleinen van gezondheidsverschillen. Ook zal de UvA de tevredenheid meten van de inwoners, organisaties en de gemeente. In oktober 2008 is een voortgangsrapportage opgeleverd, voor de inhoud verwijzen wij u naar bijlage 3.

Resultaten actieplan 2008-2010

De resultaten van de activiteiten van het actieplan worden in beeld gebracht door de gezondheidsmakelaar. Hierbij is ondersteuning van de ambtenaar LGB en de UvA. De evaluatie beoogt de directe uitkomsten van de ingezette acties in kaart te brengen. Per actie worden criteria benoemd.

Argumenten

1. De gezondheidsmakelaar draagt bij aan een wijkgerichte aanpak van gezondheidsproblemen. Middels dit experiment wordt een model ontwikkeld dat uniek is in Nederland en Europa. Het experiment draagt bij aan het leerproces om gezondheidsachterstanden middels een wijkgerichte aanpak tegen te gaan.
2. Het actieplan Binnenstad-Oost biedt activiteiten op drie niveau's waarmee de integraliteit wordt bevorderd.
3. De evaluatie zal laten zien hoe het model werkt én wat de effecten zijn van de lokale acties.

Kanttekeningen

1. De gezondheidsmakelaar maakt deel uit van een pilot project wat zich kenmerkt als een experiment. Het is mogelijk dat het project dusdanig weinig effect en resultaten oplevert dat het project niet wordt voortgezet. Door de begeleiding van de UvA is bijsturing mogelijk wat de kans op succes bevordert.
2. Trajecten om bijvoorbeeld te komen tot een overeenkomst tussen twee organisatie duren lang. Het creëren van een win-win situatie kost tijd, met name tussen organisaties uit twee verschillende sectoren. Echter, op het moment dat er een overeenkomst wordt gesloten is er draagvlak.
3. Bij blijvende aandacht is het effect van de pilot op de gezondheidsachterstanden pas na 10 jaar meetbaar. Dankzij het landelijk project kan echter wel draagvlak ontwikkeld worden om blijvend en integraal aandacht aan gezondheidsachterstanden te besteden, doordat het wetenschappelijk wordt onderzocht.

Middelen

Rijk

Gedurende drie jaar stelt het ministerie van VWS in totaal een bedrag van € 123.750 aan de gemeente Helmond beschikbaar. Hiervoor dient de gemeente een wijkgerichte aanpak van gezondheidsachterstanden uit te voeren, te weten: de Gezondheidsmakelaar.

Daarnaast is er nog niet nader vastgesteld budget beschikbaar voor het uitvoeren van evaluaties op de geformuleerde activiteiten in het actieplan.

Lokaal

Voor het jaar 2008 heeft de Raad € 75.000 beschikbaar gesteld voor de uitvoering van het Lokaal gezondheidsbeleid. Het grootste gedeelte van deze incidentele middelen zijn bedoeld als werkbudget van de gezondheidsmakelaar. De middelen kunnen op basis van projectvoorstellen c.q. subsidieverzoeken worden aangewend. De gezondheidsmakelaar is medeverantwoordelijk voor de inhoudelijk verantwoording van de resultaten.

Bijlagen

1. Gezondheidsaspecten
2. Regenboogmodel
3. Voortgangsrapportage Pilot Project 'de Gezondheidsmakelaar'

1. Gezondheidsaspecten

Gezondheidsachterstanden vormen de basis voor de inzet van de gezondheidsmakelaar. Dat is de reden dat stil gestaan wordt wat gezondheidsachterstanden zijn en welke factoren hierop van invloed zijn.

Gezondheid wordt door vrijwel iedereen als een van de meest waardevolle elementen van het leven beschouwd. Hierbij wordt gezondheid breder gezien dan alleen niet ziek zijn. Zo kunnen aan gezondheid en ziekte o.a. de volgende begrippen toegekend worden:

- Ziek zijn:** pijn hebben/ misselijk zijn, niet goed functioneren, maar ook futloos, lusteloos zijn of een klacht hebben. Kortom, als men ziek is en een serieuze klacht heeft, wordt de dokter bezocht en laat men zich behandelen (*passief*).
- Gezondheid** betekent fit zijn, energie hebben, je zeker voelen, kracht hebben om zaken aan te pakken. Gezondheid daarentegen lijkt iets vanzelfsprekends, maar in feite moet men er blijvend aan werken (*actief*). Ook leef- en maatschappelijke omstandigheden zijn hierop van invloed.

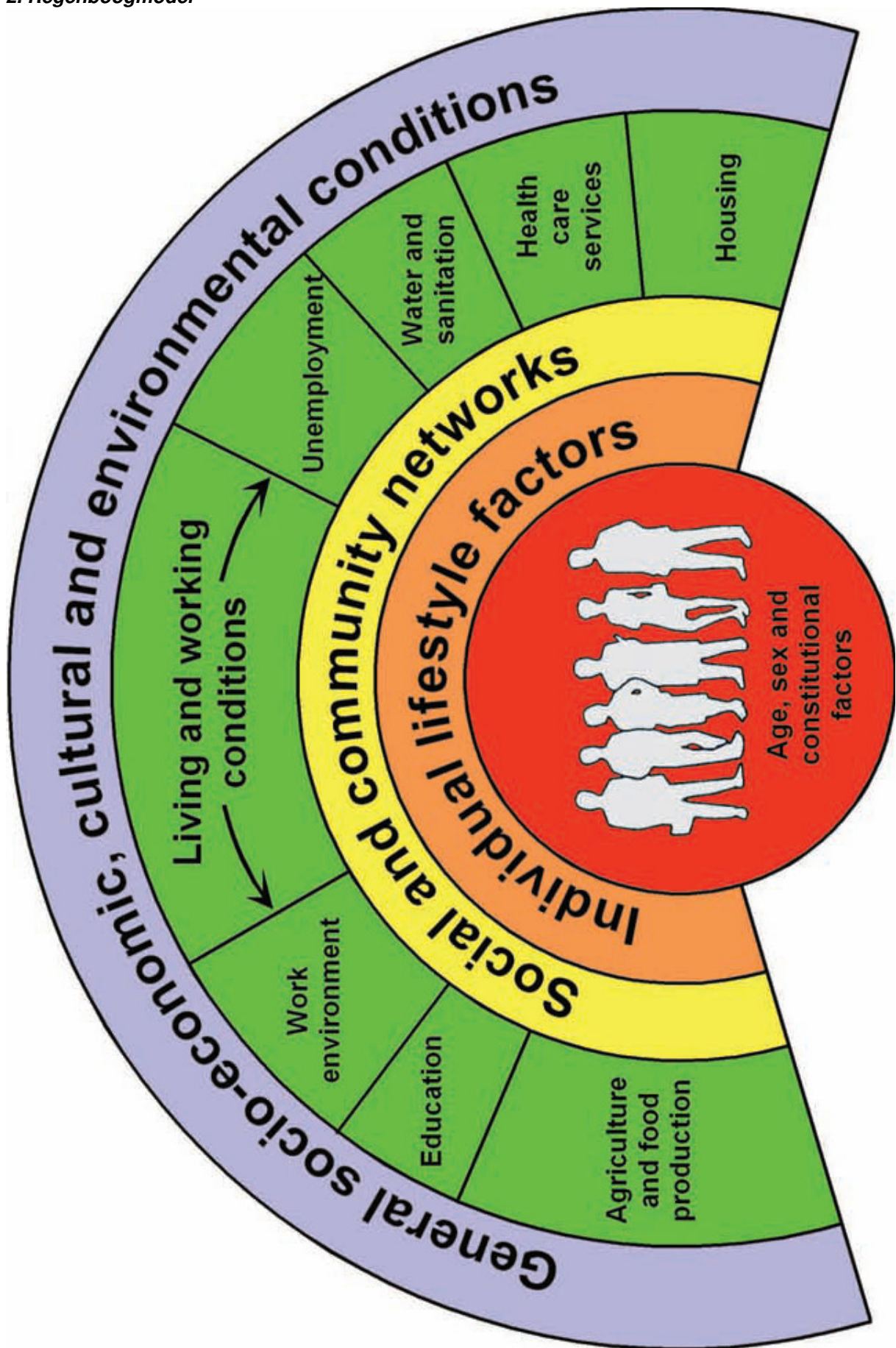
Hoe gezond men is en hoe men zich voelt, wordt naast erfelijke aanleg, voor een groot deel bepaald door de leefwijze en de leefomstandigheden waarin men verkeert en hoe men die ervaart. Zo wordt gezondheid ook beïnvloed door:

Economische situatie	Wat men heeft
De opleiding	Wat men weet
Taalvaardigheid	Wat men begrijpt
Dagvulling/ sociale contacten	Wat men doet: werk/ vrijwilligers werk
De fysieke omgeving	Waar men woont en werkt
De sociale omgeving/	Met wie men leeft/sociale steun die men krijgt
De culturele achtergrond	Waar men vandaan komt

Al deze zaken hebben gevolgen voor zowel de lichamelijke als de geestelijke gezondheid van iemand. Tevens hebben ze een versterkend effect. Problemen op een aspect zijn te compenseren, problemen op meerdere aspecten worden steeds lastiger om te compenseren. In Binnenstad Oost worden de individuele bewoners geconfronteerd met een opeenstapeling van verschillende problematiek.

In Binnenstad oost scoort een groot deel van de bevolking slecht op meerdere fronten. Zowel de door de overheid aangewezen speerpunten op preventie gebied als andere veel voorkomende gezondheidsproblemen en achterstanden op het gebied van sociaal economische factoren, komen hier bovengemiddeld voor.

2. Regenboogmodel



3. Voortgangsrapportage Pilot project De Gezondheidsmakelaar

Voortgangsrapportage Pilot-project

‘De Gezondheidsmakelaar’

Implementatie en Evaluatie van de basismethodiek ‘Gezondheidsachterstand moet wijken’

Naam opdrachtgever: Ministerie van Volksgezondheid, welzijn en sport

Naam procesmanager: Gemeente Den Haag

Betrokken pilot-gemeenten:
Gemeente Groningen
Gemeente ‘s-Hertogenbosch
Gemeente Helmond
Gemeente Den Haag

Evaluatie:
AMC, Universiteit van Amsterdam
Vakgroep Sociale Geneeskunde

Advisering:
NIGZ

Datum: dinsdag 3 februari 2009

1. Algemene gegevens

Deze korte rapportage bericht het ministerie van VWS (subsidieverlener) over de voortgang van het project *Gezondheidsachterstand moet wijken* met subsidienummer 300667.

Op verzoek van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft de gemeente Den Haag in 2004 namens de G31 het initiatief genomen voor de uitwerking van een basismethodiek wijkgericht werken aan gezondheidsachterstanden in het Grote Steden Beleid. Zij heeft daartoe een werkgroep opgericht bestaande uit medewerkers van de gemeente Den Haag, NIGZ, GGD Nederland en de Universiteit van Amsterdam. Deze werkgroep heeft vervolgens in 2005 de werkcyclus 'Gezond wijkgericht werken in het GSB' georganiseerd. Ervaringskennis over wijkgericht werken uit de grote steden in Nederland is destijds bijeen gebracht en gespiegeld aan de ervaringen die in Engeland zijn opgedaan met de Health Action Zones.

Vier steden die in het kader van de huidige GSB-afspraken met het Rijk het wijkgericht werken aan gezondheidsachterstanden hebben opgenomen, hebben vervolgens voorgesteld nog in deze GSB-periode de basismethodiek te willen implementeren en evalueren. In april 2007 is, na ontvangst van de subsidiebeschikking, gestart met het oprichten van een projectgroep en de werving van gezondheidsmakelaars in deze vier steden; Den Haag, 's Hertogenbosch, Groningen en Helmond. Deze projectgroep bestaat uit: Isabel Joosen (voorzitter en projectleider gemeente Den Haag) en Annamarieke Boersma (projectsecretaris, gemeente Den Haag), Hermien Bazuin (projectleider gemeente Groningen), Joris Ketelaars (projectleider gemeente Helmond) en Sandra van Wersch (projectleider gemeente 's Hertogenbosch). De evaluatie wordt uitgevoerd door Karien Stronks en Janneke Harting (AMC/ UvA). De projectgroep wordt verder bijgestaan door Joop ten Dam vanuit het NIGZ. Sinds september 2007 is bekend dat Hermien Bazuin en Els Bruinewoud (Groningen), Joris Ketelaars en Freke van der Esch (Helmond), Eugenie Botden ('s Hertogenbosch) en Herman Bijkerk (Den Haag) de rol van gezondheidsmakelaar vervullen. Begin 2008 is het Groningse team versterkt met Mirjam Sevenga en heeft 's Hertogenbosch Iris Vertooren benoemd als opvolger van Eugenie Botden. Recentelijk is bekend geworden dat Herman Bijkerk en Joris Ketelaars het project in de nazomer van 2008 zullen verlaten. Opvolging wordt geregeld.

2. Doel van het proces

Het doel van de implementatie is om het basisadvies *Gezondheidsachterstand moet wijken* in de vier initiatiegemeenten te vertalen naar de lokale situatie van wijkgericht werken aan gezondheid. Een viertal gezondheidsmakelaars is in 2007 aan de slag gegaan in de vier steden. Door de al aanwezige ervaringskennis met wijkgericht werken aan gezondheid van de groep gezondheidsmakelaars uit de vier initiatiegemeenten te koppelen aan het vertalen van het advies *Gezondheidsachterstand moet wijken* wordt inzichtelijk:

1. in hoeverre het advies praktisch uitvoerbaar is, met eventuele consequenties voor bijstelling van het advies op onderdelen. Hiervan maakt de webapplicatie WijkSlag (NIGZ) onderdeel uit. Resultaat: een concrete toolkit die is getoetst in de (variabele) lokale praktijk van vier grote steden. Dit verhoogt de kans op succesvolle implementatie bij andere gemeenten die in de toekomst met de basismethodiek *Gezondheidsachterstand moet wijken* aan de slag willen.
2. welk profiel, welke randvoorwaarden en welke instrumenten voor gezondheidsmakelaars noodzakelijk zijn om hun werk optimaal te kunnen doen, met eventuele suggesties voor nader te ontwikkelen scholings- en/ of trainingsaanbod (bijvoorbeeld NSPOH). Resultaat: verdere professionalisering van functionarissen bij gemeenten en GGD'en die zich bezighouden met lokaal gezondheidsbeleid / wijkgerichte aanpak van gezondheidsachterstanden.

3. Oplossingsrichting

In het kader van het Grote Steden Beleid 2005-2009, hebben de gemeenten Den Haag, Groningen, Helmond en 's-Hertogenbosch de wijkgerichte aanpak van gezondheidsachterstanden als doelstelling opgenomen in de afspraken met het Rijk. De bestuurders van deze vier steden hebben zich ook achter het advies *Gezondheidsachterstand moet wijken* geschaard. Zij stellen de uitvoeringspraktijk in hun steden ter beschikking om de basismethodiek Gezond Wijkgericht Werken te implementeren en in de praktijk te toetsen op resultaat.

In het advies *Gezondheidsachterstand moet wijken* is daarom voorgesteld om deze steden van 2007 tot en met 2009 met de intersectorale aanpak in de wijk te laten experimenteren aan de hand van de functie 'gezondheidsmakelaar' op wijk- en beleidsniveau. Dit kan concreet worden gemaakt op de thema's overgewicht bij jeugd en de inrichting van een gezonde leefomgeving door de koppeling sociaal-fysiek (bijvoorbeeld de 56-wijken aanpak).

4. Implementatie

4.1. Algemeen

Tussen augustus 2007 en juli 2008 werden vier landelijke bijeenkomsten georganiseerd. Tijdens deze bijeenkomsten werd de (uitgangs-)situatie in de vier steden besproken en werden ideeën over de lokale implementatie van de basismethodiek uitgewisseld. Daartoe gingen de betrokkenen uit de gemeentelijke praktijk en de onderzoekers een samenwerkingsverband aan (*collaborative research*). In het eerste projectjaar stonden het gezamenlijk vormgeven van de makelaarsfunctie en het in samenspraak ontwikkelen van de inhoud van het makelaarswerk centraal. Daarnaast werd in dat jaar de lokale inbedding van de gezondheidsmakelaars geregeld. Vanuit het AMC/UvA werd in de periode mei-juni 2007 een discussienotitie geschreven onder de titel *Key characteristics of the 'health broker' concept – a summary of relevant literature* (zie bijlage 1). Penvoerder van dit overzicht is Albert Kwan, een Canadese student Gezondheidswetenschappen. Het literatuur-overzicht is inmiddels vertaald, wordt door de projectgroep gebruikt als werkdocument voor de uitwisseling tussen praktijk en onderzoek, en fungeert als input voor een in ontwikkeling zijnde wetenschappelijke publicatie.

Creëren makelaarsfunctie

De vier gemeenten hebben elk een eigen concrete invulling gegeven aan de functie van gezondheidsmakelaar, die past bij de lokale infrastructuur, dynamiek en beleidsprioriteiten. De bemensing en de positionering van deze mensen varieert en er zijn (grote) verschillen in handelingsruimte en in de te besteden tijd en middelen. De verwachting is dat variatie in lokale invulling meer zicht kan bieden op de bevorderende en belemmerende factoren voor de introductie van het makelaarschap en de implementatie van de basismethodiek *Gezondheidsachterstand moet wijken*. De concretisering van de makelaarsrol lijkt momenteel nog niet afgerond. Er wordt bijvoorbeeld nog onderhandeld over de eigen positie en het mandaat, gelobbyd voor meer tijd en middelen en aansluiting gezocht bij mogelijke makelpartners of makelteams. Het uitkristalliseren van een dergelijke nieuwe functie vergt dus meer tijd dan oorspronkelijk werd voorzien.

Inhoud makelaarswerk

Om als makelaars doelgericht te kunnen werken was het idee om een concreet logisch interventiemodel uit te werken. Het AMC/UvA heeft daartoe, met behulp van de regenboog van Dahlgren en Whitehead, een basismodel opgesteld (zie bijlage 2) en een aantal vragen geformuleerd om het model te kunnen invullen. Een concrete vertaalslag daarvan naar de praktijk van de wijk blijkt echter behoorlijk moeilijk. Deels komt dat doordat een integrale gezondheidsanalyse op wijkniveau ontbreekt (versnippering van gegevens over verschillende partijen). Belangrijker lijken echter de complexiteit van zowel de wijk zelf als gezondheids-achterstanden daarbinnen. Een meer globale invulling lijkt soms wel mogelijk, en wel op basis van diverse inventarisaties van de wijk, waaronder de epidemiologische inzichten van de GGD, literatuur over het ontstaan of in stand blijven van SEGV, gezond verstand en creativiteit bij het kiezen van makelpunten, het benoemen van voorlopige acties, en het definiëren van procesdoelen op korte termijn en veranderingen op middellange en langere termijn. Naar aanleiding van het (op dat moment verst gevorderde) Helmondse model is gediscussieerd in hoeverre het model en het proces er naar toe als voorbeeld kunnen dienen voor de andere gemeenten. Afgesproken werd dat ook de andere drie steden, met ondersteuning van het AMC/UvA, voortgaan met hun pogingen een logisch interventiemodel op te stellen. Ook een dergelijke uitwerking van een logisch interventiemodel vergt dus meer tijd (en mogelijk deskundigheid) dan het projectvoorstel veronderstelde.

4.2 De vier steden

Den Haag

Den Haag heeft ervoor gekozen het makelaarswerk aan één functionaris te koppelen. Deze makelaar is ondergebracht bij de gemeente in de sector Volksgezondheid en Zorg. Daar heeft de makelaar een positie die vergelijkbaar is met die van een senior beleidsmedewerker. Vanuit deze positie kan de gezondheidsmakelaar direct schakelen naar centraal beleids-, directie en bestuurlijk niveau op het terrein van Volksgezondheid en Zorg én de GGD.

De werkzaamheden van de gezondheidsmakelaar zijn in eerste instantie voornamelijk procesgericht. Via bijvoorbeeld informeren, afstemmen, samenwerken, signaleren en oplossen van knelpunten werkt de makelaar aan structuur, cultuur en procedures ten behoeve van intersectorale samenwerking op gezondheidsthema's. Dat moet bijdragen aan integrale agendasetting, beleidsontwikkeling en besluitvorming en daarmee een omgeving die effectiever en efficiënter met gezondheidsproblemen omgaat. Het werkgebied van de Haagse gezondheidsmakelaar is het stadsdeel Centrum.

In Den Haag is inmiddels een werkplan vastgesteld. Dit plan omvat een gebiedsafbakening, een keuze voor drie actuele gezondheidsthema's (overgewicht jeugd, ongezond binnenmilieu woningen en een derde nog door de wijk te definiëren probleem). Tevens zijn vier resultaat gebieden aangewezen: starten nieuwe projecten, inbrengen van beleidsveranderingen op diverse niveaus (gezondheidsurgentiebesef, samenwerking en structurele aandacht voor gezondheid), oplossen van knelpunten in lopende projecten, leren en publiciteit.

Dankzij de gezondheidsmakelaar is er veel aandacht ontstaan voor sociaal economische gezondheidsverschillen in de Haagse media. De nieuwe functie heeft veel publiciteit gegenereerd waardoor SEGV en de Haagse aanpak daarvan op de kaart is gezet.

De Gezondheidsmakelaar maakte een kwaliteitsslag voor de Haagse Monitor; hij kon relevante onderzoeksvragen formuleren doordat hij al snel tegen het verschijnsel aan liep dat er onvoldoende cijfers beschikbaar waren over de actuele gezondheidssituatie. Mede door dit signaal zijn de betrokken partijen bij elkaar gebracht en zal er in het kader van het Krachtwijk-experiment een gezondheidsanalyse op wijkniveau worden uitgevoerd (op basis waarvan we de SEGV gaan aanpakken).

Deze vragen hebben een gedegen discussie aangezwengeld tussen de uitvoerders en de onderzoekers. Het gaat om een zoektocht die eigen is aan deze pioniersfunctie. Deze zoektocht heeft in Den Haag waardevolle informatie opgeleverd hoe deze functie zodanig ingezet kan worden zodat deze echt resultaten oplevert.

De Gezondheidsmakelaar heeft een cruciale rol gespeeld bij het opnemen van het thema gezondheid in de krachtwijkplannen en er is een aparte 'businesscase' 'gezondheid en sport' gekomen.

Door bemiddeling van de Gezondheidsmakelaar is het thema 'overgewicht' op de agenda van de stedenbouwers in stadsdeel centrum komen te staan. Speelruimten / publieke ruimten werden zodanig opgeknapt dat dit resulteerde in een Zoneparc. Zonder de gezondheidsmakelaar zou deze speelplaats niet zijn gerealiseerd. Het eerste Haagse Zoneparc wordt 17 oktober geopend.

De gezondheidsmakelaar slaagde erin om als ontstopper het proces los te trekken rondom allochtone meiden in Escamp waardoor het project nu kan worden uitgevoerd.

De gezondheidsmakelaar heeft verder een essentiële rol gespeeld in de vertaling van het beleid naar het stadsdeelniveau. Juist door zijn netwerk in stadsdeel Centrum wist hij hoe deze vertaling optimaal kon aansluiten bij het stadsdeel, het geen de uitvoering van het beleid vergemakkelijkt heeft, waardoor de gewenste resultaten eerder gerealiseerd konden worden.

De gezondheidsmakelaar in Den Haag beweegt zich enerzijds binnen de sector Volksgezondheid en Zorg en vindt anderzijds aansluiting bij twee gebiedsgerichte ontwikkelingen: de stadsdeelorganisatie Centrum en de ontwikkeling van Haagse Krachtwijken. Beide ontwikkelingen zijn relatief jong in de organisatiestructuur en dat brengt met zich mee dat de gezondheidsmakelaar daarin vooral pioniert. De aanpak van de gezondheidsmakelaar in Den Haag (stadsdeel Centrum) is daarom gevat in een breed model waarbij alle (organisatorische) invalshoeken in een schema zijn gezet. De Haagse gezondheidsmakelaar noemt dit dan ook het "pioniermodel". Vanuit dit brede perspectief is er reactief aandacht voor signalen uit de wijk en proactief aandacht voor intersectorale kansen op de thema's overgewicht en gezonde leefomgeving. Ook wordt er bewust ruimte gecreëerd voor onvoorspelbare kansen en resultaten. Zo is in de afgelopen periode het thema 'problemen achter de voordeur' als derde thema relevant geworden. De makelaar richt zich vooralsnog op de beleidsmatige en organisatorische situatie in de wijk waarbij hij een overzicht levert en zorgt voor verduidelijking voor de diverse partijen. Dit koppelt verschillende partijen rondom concrete projecten aan elkaar, wat enthousiaste reacties oplevert. De concrete acties van de gezondheidsmakelaar kenmerken zich door een focus op informatie-uitwisseling en communicatie, op het teweegbrengen van gezamenlijke inspanningen downstream op basis van concrete casuïstiek in de wijk, en op een verdere agendasetting van SEGV. Hiermee beoogt de gezondheidsmakelaar op het niveau van het stadsdeel de gezamenlijke visie op gezondheidsachterstanden te versterken en gezamenlijke investeringen tot stand te brengen vanuit de diverse sectoren binnen de gebiedsgerichte ontwikkelingen.

De Haagse makelaar is van mening dat via deze brede insteek meer recht wordt gedaan en beter kan worden aangesloten bij wat er in de wijk al gebeurt (zowel downstream op bijv. het gebied van leefstijl en problemen achter de voordeur, als upstream binnen de verschillende sectoren op de maatschappelijke determinanten van gezondheid). Den Haag wijkt daarmee beargumenteerd af van het logisch interventiemodel in de andere 3 pilot-steden, waarin wordt gedefinieerd welke gezondheidsproblemen met welke partijen moeten worden opgelost. De bedoeling is dat de huidige pioniersaanpak na het eerste jaar werkenderwijs steeds concreter gaat worden en mogelijk alsnog op thema's een logisch interventiemodel kan worden opgesteld.

Groningen

In Groningen is het makelaarschap vormgegeven in een team. De makelaarsstaken zijn ondergebracht binnen de gezondheidssector en verdeeld over drie niveaus: beleid, coördinatie en uitvoering. In de uitwerking van het makelaarschap worden twee elementen als vernieuwend benoemd: (1) de identificatie van het thema en de ontwikkeling van interventies in samenspraak met wijkbewoners en (2) de planmatige aanpak van het wijkproject als geheel. Voor het oppakken van complexe problemen is bovendien vaak zeggenschap nodig over de eventuele inspanningen van de andere sectoren. Deze intersectorale aanpak van gezondheid en gezondheidsverschillen is in Groningen al volop in ontwikkeling, zodat de focus van het makelaarschap zich in eerste instantie op niet deze component richt, maar probeert gebruik te maken van wat er op intersectoraal gebied al is bereikt.

Groningen heeft ervoor gekozen de makelaarsfunctie in te zetten in de wijk Lewenborg. Het makelaarsteam wil de inhoud van het makelaarswerk laten afhangen van de ervaren problematiek in de wijk. Dit sluit aan bij de gemeentelijke dialoogmethode waarin de gemeente in gesprek gaat met de burger. Vooralsnog ligt de verdere invulling van het logisch interventiemodel dus nog open. Het is voor het Groningse makelaarsteam daarom nog niet goed mogelijk om aan te geven wat over drie jaar de meerwaarde van het makelaarschap voor de wijk of de wijkbewoners zou moeten zijn. Evenmin kunnen nu al interventies of beleidsmaatregelen worden gespecificeerd die tot die meerwaarde zouden moeten leiden. Het startdocument wordt uitgewerkt in een concreet werkplan. Die ontwikkeling werd vertraagd door de reorganisatie van de GGD, en doordat de makelaars op uitvoeringsniveau pas enige tijd na de start aan het project werd toegevoegd. Toch ontwikkelt het makelaarschap zich in ook in de Groningse praktijk gestaag verder. De eerste contacten in de wijk verliepen positief (steun van de gebiedsmanager) maar een introductie van het makelaarschap bij de partners van het stadsdeel (sociale wijkoverleg) kwam op een verkeerd moment met weerstand tegen het idee van weer een nieuw project. Een hernieuwde introductie in de wijk was een stuk succesvoller. Dit had tot gevolg dat sleutelfiguren uit de wijk in de aanpak zijn gaan investeren. Zij doen voortaan actief mee, er is sprake van daadwerkelijke inzet. Zo heeft het makelaarsteam na een hernieuwde introductie meer draagvlak gekregen bij werkers en instanties in de wijk.

'Het gezondheidsbeleid zoals beschreven in Gezonder Zorgen II is het kader voor de keuzes die gemaakt worden. In een latere fase, als er al wel thema's zijn, zal de aanpak en het logisch interventiemodel concreter kunnen worden vormgegeven. Nu koerst men met name aan op de participatie. Via interactie zullen vervolgens in samenspraak met de bewoners thema's worden gekozen en tenslotte passende interventies worden ontwikkeld en/of geïmplementeerd. Met het opzetten van de participatie is het de kunst om precies die groep aan te spreken en te mobiliseren die het makelaarsteam ook daadwerkelijk wil bereiken. Daarover vindt kennisuitwisseling met de drie andere steden en het AMC plaats.

Momenteel is Groningen bezig om via sleutelfiguren de problematiek in de wijk in kaart te brengen (de epidemiologische cijfers weerspiegelen die onvoldoende) en tegelijkertijd een werkplek in de wijk te realiseren (om contacten met stakeholders en bewoners te vergemakkelijken en te waarborgen). De makelaar probeert dit te doen vanuit een brede integrale visie op gezondheid en gezondheidsbevordering. Ook brengt ze in kaart welke initiatieven er zijn: er gebeurt al veel in de wijk, en daarbij wordt zoveel mogelijk aangesloten. Deze initiatieven worden weliswaar zo breed mogelijk ingezet (intersectoraal), maar blijven vaak beperkt tot kleine thema's en ad hoc reacties op signalen uit de wijk. Ook blijken er nog steeds tussensectorale barrières te bestaan. Voor meer structurele intersectorale actie lijkt de makelaar te kunnen aansluiten bij de vensterschool, het Nieuw Lokaal Akkoord (wijkteam), nieuw op te zetten wijkgebonden bijeenkomsten van professionals, en de sociale herstructurering die van start gaat nu de fysieke herstructurering vrijwel klaar is.

Helmond

In Helmond wordt het makelaarschap ingevuld op twee niveaus: dat van beleid en dat van de wijk. De makelaar op beleidsniveau is een beleidsambtenaar volksgezondheid. De makelaar op wijkniveau is ondergebracht bij de GGD. Op beleidsniveau wordt getracht het makelaarswerk en intersectorale acties ten behoeve van gezondheid en gezondheidsachterstanden op de agenda te zetten. Ook zou op dit niveau mandaat verkregen moeten worden. Op wijkniveau lijkt de makelaarsrol meer de vorm te krijgen van netwerk- en alliantievorming: het samenbrengen van partners en het bundelen van krachten. Helmond heeft ervoor gekozen de makelaarsfunctie in te zetten in het wijk Binnenstad-Oost met de nadruk op de Leonardus-buurt daarbinnen. Een uitdrukkelijk uitgangspunt van het Helmondse makelaarteam is om geen extra functionarissen en geen nieuwe structuren in de wijk te creëren, maar aan te sluiten bij hetgeen er al gebeurt in Binnenstad-Oost. Men wil voortbouwen op wat er in de wijk al bestaat aan beleid, organisaties en initiatieven, met aandacht voor het streven naar continuïteit. Men zoekt de meerwaarde van het makelaarschap onder meer in agendasetting, het bundelen van bestaande krachten rondom het thema gezondheidsverschillen en het aansturen op gezamenlijke acties van de diverse betrokken partijen en partners in de wijk.

Helmond tracht in het makelaarsproject dus in de eerste plaats vanuit intersectorale samenwerking toe te werken naar een integrale benadering. Daartoe is gestart met een verkennende fase ten behoeve van een wijkscans en een nadere probleemdefinitie. De verkenning vindt zowel op politiek, beleidsmatig als wijkniveau plaats. Daartoe wordt in de inventarisatie ook gekeken naar kansen. Het doel is te komen tot een meeromvattende paraplu-makelaarsinterventie waaronder deelinterventies een plaats kunnen hebben. Een integrale aanpak van gezondheid betekent enerzijds het bestaande beleid screenen op gezondheidseffecten, anderzijds praktisch werken vanuit de wijkproblematiek waarbij buiten de geëigende kaders wordt gedacht.

Op basis van diverse inventarisaties van de wijk is in Helmond een concept logisch interventiemodel opgesteld. Dit stelt een aantal prioriteiten in de SEGV-problematiek (luchtwegaandoeninge, diabetes en eenzaamheid/depressie) en laat zien hoe deze problematiek in grote lijnen in elkaar zit. Dit levert eveneens een aantal makelpunten op. Ook zijn er contacten gelegd met diverse partners, inclusief een presentatie van het project gezondheidsmakelaar en het logisch model. De ontvangst van het conceptplan was kritisch maar wel positief. Minder duidelijkheid is er nog over de exacte makelaarsaanpak. Die is voorlopig via voorbeeldinterventies in grote lijnen ingevuld, zodat duidelijker wordt waar de beschikbare gelden zullen worden ingezet. Een en ander zal gaandeweg het project meer vorm en inhoud krijgen.

Het huidige Helmondse actieplan omvat drie logische interventiemodellen: één rond elk van de drie geïdentificeerde speerpunten diabetes, luchtwegaandoeningen en eenzaamheid/depressie. De modellen laten zien welke maatschappelijke factoren in de wijk waarschijnlijk een rol spelen bij het in stand houden van de gezondheidsachterstand op deze gezondheidsgerelateerde maten. In het achterliggende totale model zijn ook een aantal 'makelpunten' geplaatst waarbij aansluiting gezocht kan worden, zoals het wijk(gezondheids-)centrum, herstructurerings- en daaraan verwante plannen, (bewoners)overleggen, en acties in het kader van de WMO. Op basis van het logisch model en de beoogde makelpunten is een zo concreet mogelijk plan van aanpak geformuleerd. Dat omvat concrete (voorbeeld)acties, acties gericht op beleid, strategische acties, voorwaardenscheppende acties, en PR-acties. Op basis hiervan zijn weer korte-, middellange- en langetermijndoelen geformuleerd. Met de onderzoeker wordt verder gewerkt aan (de verdere vormgeving van) het logisch model en aan de verdere opzet van de evaluatie.

's Hertogenbosch

De makelaarsfunctie is gekoppeld aan één medewerker van de GGD die tevens een werkplek heeft bij de gemeente. Het makelaarsproject als zodanig valt onder de hoede van een gemeentelijke beleidsmedewerker Jeugd die betrokken is bij het project Jeugd en Overgewicht.

's Hertogenbosch is bezig met het bepalen van de oorzaken (determinanten en factoren) van overgewicht in Boschveld. De oorzaken worden achterhaald met behulp van het logisch interventie model. Nadat de oorzaken zijn vastgesteld, wordt met behulp van het regenboogmodel de oorzaken gerubriceerd. Aan de hand van de rubricering worden oorzaken en probleem-eigenaren (sectoren gemeente en organisaties, sleutelfiguren) aan elkaar gekoppeld. Daarna wordt per rubriek met de stakeholders gezamenlijk bepaald hoe het probleem aan te pakken. Het gehele traject wordt uitgevoerd vanuit de ecologische visie van D.J. Hunter. De taak van de makelaar is onder andere het gehele proces te begeleiden, draagvlak te creëren voor een gezamenlijke aanpak, intersectorale samenwerking en integraal beleid, beleidsveranderingen bewerkstellingen, agenda-setting, fondsenwerving en verbinden met bestuur.

's Hertogenbosch is gestart met een verkennende fase ten behoeve van een wijk schets en een nadere probleemdefinitie om op basis daarvan te kunnen bepalen hoe de wijk er over drie jaar uit zou moeten zien. Van belang lijkt om gezondheid op de agenda te zetten bij anderen: die moeten gezondheid als zodanig benoemen, gezondheidsproblematieken (h)erkennen en zich mede-verantwoordelijk gaan voelen voor het oplossen daarvan. Gestart werd met het leggen van contacten in de wijk en het schrijven van een actieplan dat zich concentreert rond het thema overgewicht. Dit thema wordt door professionals herkend en past bovendien binnen de GSB doelstellingen van 's Hertogenbosch en bij projecten waar al op wordt ingezet in de wijk (vanuit Jeugd). Het actieplan schept inmiddels een overzichtelijk beeld van de overgewichtsproblematiek, de gedrags- en omgevingsfactoren, en de maatschappelijke determinanten in de buurt. Ook wordt een beeld geschetst van het buurtgerelateerde beleid (wijkvisies), en van de buurt- (stakeholders) en de gemeentelijke structuur (sectoren en hoe deze sectoren in de buurt hun invloed hebben en via welke vertegenwoordigers). Gewerkt wordt momenteel aan een logisch model waarin wordt aangegeven hoe al deze aspecten aan elkaar gerelateerd zijn en op elkaar ingrijpen. Daarmee moet duidelijk worden wat het makelaarswerk inhoudelijk kan gaan betekenen.

Op basis van het actieplan heeft de gezondheidsmakelaar in 's Hertogenbosch inmiddels contacten gelegd met stakeholders binnen de GGD (schrijver lokale nota, directie), de gemeente (ambtenaar volksgezondheid, wethouder, wijkmanager, projectleider fysiek en projectleider sociaal en sleutelfiguren en organisaties in de wijk. De reacties zijn over het algemeen positief, maar het makelaarsproject blijft moeilijk uit te leggen. In de startnotitie verwoordt de makelaar een aantal randvoorwaarden die te maken hebben met haar positionering, de beschikbare tijd en de benodigde deskundigheid. Die randvoorwaarden lijken nog niet optimaal. De ontmoetingen met de stakeholders en de eerste vingeroefeningen met het logisch model zijn weliswaar positief, maar roepen ook vragen op omtrent de keuze voor het thema overgewicht - wellicht is een breder thema werkbaarder. Hoewel het logisch model moeilijker blijkt in te vullen dan gedacht, komt wel al een aantal makelpunten naar voren: de Brede Bossche School, WijkgerichtWerken, de herstructureringsoperatie, Centrum voor Jeugd den Gezin, Wijkgezondheidscentrum, stedelijk kader Gezondheidsbevordering en het Obesity center dat gelieerd is aan het ziekenhuis.

5. Evaluatie

In het voorgaande werd al melding gemaakt van de notitie getiteld *Key characteristics of the 'health broker' concept – A summary of relevant literature* (zie bijlage 1). Deze notitie dient als uitgangspunt voor het samenwerkingsverband dat de onderzoekers en de gemeenten met elkaar zijn aangegaan (*collaborative research*). Dit proces van *collaborative research* kreeg de afgelopen periode praktisch vorm in 1) samenkomsten en schriftelijke uitwisselingen met de gezondheidsmakelaar(s) van elke gemeente afzonderlijk, 2) landelijke bijeenkomsten waarin zowel de ervaringen van de gemeenten als de samenvattende bevindingen en reflecties van de onderzoekers als input dienden. Deze ontmoetingen vormden tevens een belangrijke bron van dataverzameling.

Het gezamenlijke proces is enerzijds bedoeld om de functie van gezondheidsmakelaar vorm te geven volgens de theoretische noties uit de literatuur met medeneming van de praktische (on-)mogelijkheden van de gemeentelijke praktijk. Anderzijds beoogt deze gezamenlijke inspanning het evaluatieonderzoek zo goed mogelijk te laten passen op wat zich daadwerkelijk in de gemeentelijke praktijk afspeelt (ontwikkeling en inhoud van het makelaarswerk) en op de resultaten die daarvan te verwachten zijn. Het samenwerkingsverband blijkt te leiden tot een vruchtbare uitwisseling tussen onderzoek en praktijk, waarbij alle partijen hun expertise kunnen inbrengen en op elkaars inbreng kunnen reflecteren. Dit is inmiddels beschreven in twee wetenschappelijke abstracts en gepresenteerd op het Nederlands Congres Volksgezondheid (bijlagen 3 en 4)

In de periode 2007 - 2008 heeft dit gezamenlijke proces het theoretisch kader van het project en het evaluatieonderzoek verder aangescherpt zodat in het najaar van 2008 kan worden overgegaan tot een concretere invulling van de evaluatie van de functie van gezondheidsmakelaar. Daarbij wordt, binnen de grenzen van de onderzoeksopzet in de subsidieaanvraag, zo goed mogelijk rekening gehouden met het beloop van het project.

Allereerst verliep de ontwikkeling en implementatie van het gezondheidsmakelaarschap minder snel dan bij aanvang van het project werd voorzien. De belangrijkste oorzaken hiervoor waren

- ✓ de betrekkelijke vaagheid van de theoretische notie van gezondheidsmakelaar;
- ✓ geen duidelijke voorbeelden van een gezondheidsmakelaar in de literatuur en/of de praktijk;
- ✓ het tegelijkertijd moeten creëren *en* inhoudelijk invullen van een nieuwe functie;
- ✓ de complexiteit van gezondheidsachterstanden (deels ontbreken van gezondheidscijfers, ontbreken van samenhangend oorzakelijk beeld, vrijwel ontbreken van [downstream en upstream] voorbeeldinterventies SEGV);
- ✓ de complexiteit van de wijk (veelheid van actoren en (beleids-)initiatieven waarbinnen makelaarschap vorm en meerwaarde moet krijgen);
- ✓ de problemen die deze twee vormen van complexiteit opleveren voor de inhoudelijke invulling van het makelaarschap (logisch interventiemodel);
- ✓ onduidelijkheden over of het ontbreken van randvoorwaarden (zoals tijd, budget, mandaat, expertise, competenties);
- ✓ praktische vraagstukken, zoals de presentatie van een gezondheidsmakelaar in de gemeentelijke praktijk en in de pers;
- ✓ organisatorische belemmeringen, (zoals reorganisatie [Groningen] en personele wisselingen ['s Hertogenbosch, Groningen, Den Haag, Helmond]).

Ondanks deze vertragende factoren, slaagden de vier gemeenten erin het concept van gezondheidsmakelaar in praktijk handen en voeten te geven, is er op wijk- en gemeentelijk niveau van

alles in beweging gezet, en zijn er diverse motiverende resultaten te melden. Hiermee is de legitimatie van een voortzetting van het evaluatieonderzoek voldoende gewaarborgd.

Ten tweede ontwikkelde het makelaarschap zich in de vier gemeenten op situatiespecifieke wijze. De "gezondheidsmakelaars" verschillen onder meer in profiel, positionering, werkwijze, inhoudelijke focus en inhoudelijke uitwerking (logisch interventiemodel). Aangegeven werd al dat deze variatie in lokale invulling naar verwachting meer zicht kan bieden op de bevorderende en belemmerende factoren voor de introductie van het makelaarschap en de implementatie van de basismethodiek Gezondheidsachterstand moet wijken. Deze lokale vormgeving wordt door het oorspronkelijke theoretisch kader, namelijk dat van *policy entrepreneur* (zie ook subsidieaanvraag), echter maar gedeeltelijk gedekt. Om de specifieke ontwikkelingen in de vier gemeenten afdoende te kunnen beschrijven, overwegen de onderzoekers het theoretisch kader te verbreden naar het concept van *public entrepreneur* (bijlage 5). Dit *public entrepreneurship* kan vorm krijgen op verschillende wijk- of gemeentelijke niveaus (organisatorisch, beleidsmatig of politiek) en gebruik maken van strategische, tactische en/of operationele strategieën en instrumenten. Daarmee lijkt het onderzoek meer recht te kunnen doen aan de belangrijkste werkprincipes die de subsidieaanvraag presenteert als randvoorwaarden voor succesvol wijkgericht werken aan gezondheidsachterstanden: politiek-bestuurlijk en beleidsmatig draagvlak, intersectorale samenwerking en community-participatie.

Deze twee ontwikkelingen (knelpunten en respectieve bijsturingen) hebben een aantal implicaties voor de verdere invulling van het onderzoek. Omdat de concretisering van de logische interventiemodellen (inhoud en [tussentijdse] uitkomsten van het makelaarschap) lastiger bleek dan gedacht en op dit moment slechts in globale termen mogelijk blijkt, lijkt een kwalitatieve evaluatie van het verdere ontwikkelings- en implementatieproces van het makelaarschap momenteel het meest geëigend. De hoofdvraagstelling van deze procesevaluatie betreft, conform de subsidieaanvraag, dus of en hoe de verschillende conceptualisaties van het makelaarschap tot (welke soort) actie leiden op het gebied van gezondheidsachterstanden en welke kwalitatieve veranderingen dit tot gevolg heeft. Alleen als de verdere ontwikkelingen dat toestaan, zal het onderzoek, in aanvulling op de subsidieaanvraag, ook de effecten van het makelaarschap op (determinanten en indicatoren van) gezondheidsachterstanden in kaart trachten te brengen.

De procesevaluatie zal zich bijvoorbeeld richten op een beschrijving van de verdere ontwikkeling van de makelaarsfunctie (bijv. pioniersrol, positionering, draagvlak, en middelen), de instrumenten van het makelaarschap (concrete strategieën), en de beweging die de makelaar via deze instrumenten in de wijk of binnen de gemeente teweeg brengt (bijv. communicatiestromen, intersectorale samenwerkingsvormen, agendasetting, fondsenwerving en beleidsveranderingen gericht op de beoogde uitkomstmaten). Dit betekent overigens ook dat de gemeenten de exacte vraagstellingen voor deze procesevaluatie nog kunnen sturen. Bij het beschrijven van dit "mechanisme" van verandering via het makelaarschap proberen de onderzoekers ook (veranderingen in) de context te betrekken (bijv. andere wijkinitiatieven, migratie en reorganisaties binnen de gemeente). Zo tracht het onderzoek een nadere indicatie te krijgen over de relatie van de inzet van een gezondheidsmakelaar met mogelijke veranderingen op de (tussentijdse) uitkomstmaten. Tevens is er aandacht voor de duurzaamheid van de teweeggebrachte veranderingen: de manier waarop acties structureel worden ingebed en voortgezet, ook daar waar er nog geen concrete resultaten kunnen worden ingeboekt.

Wat betreft een eventuele effectevaluatie zal in de loop van 2008-2009 per gemeente in samenspraak bepaald worden voor welke onderdelen of uitvloeisels van het makelaarschap wel een kwantitatieve effectevaluatie mogelijk is. Zo wordt momenteel met Helmond overlegd over de evaluatie van eventuele intermediaire effecten (bijv. overgewicht, roken, stress en eenzaamheid) en van de veranderingen in de daaraan gerelateerde maatschappelijke of omgevingsdeterminanten (bijv. bepaalde aspecten van vochtproblematiek, werk en inkomen, opleiding, sociale cohesie en sociale contacten). Voor de overige gemeenten geldt dat de plannen van aanpak en/of de logische

interventiemodellen op dit moment nog onvoldoende aanknopingspunten bieden voor een dergelijke specificatie van een effectevaluatie. Wel is het voorstel om, indien mogelijk, de vier stadsdelen of wijken waarin met de gezondheidsmakelaar wordt geëxperimenteerd op te nemen in een groter onderzoek naar de effecten van de Vogelaar Krachtwijkenaanpak. Dit 4-jarige onderzoek gaat eind dit jaar van start en maakt onder meer gebruik van landelijke databestanden waaruit informatie op wijkniveau te destilleren is. Hieruit worden mogelijk de langetermijneffecten van de inzet van een gezondheidsmakelaar duidelijk.

Ten slotte probeert het onderzoek de methodologische vraag te beantwoorden of de huidige manier van werken (*collaborative research*, gaandeweg gezamenlijk vormgeven van het concept gezondheidsmakelaar, logisch interventiemodel en interventiestrategieën) zich leent om dit type interventies te evalueren via een procesevaluatie en een geleidelijk vorm krijgende effectevaluatie.

6. Resumerend

De vier steden, het AMC en NIGZ zijn vanaf de start met veel enthousiasme betrokken bij dit project. Het project kenmerkt zich door een open sfeer en gezamenlijk leren. Het eerste jaar stond dan ook vooral in het teken van een gezamenlijk zoekproces, zoeken naar:

- ✓ het profiel van de gezondheidsmakelaar en daadwerkelijke invulling,
- ✓ juiste inbedding van de gezondheidsmakelaars in de 4 steden (in zowel organisatie als wijk),
- ✓ juiste introductie van de gezondheidsmakelaar voor draagvlak (bestuur tot en met wijk)
- ✓ een zo adequaat mogelijke inhoudelijke invulling van het gezondheidsmakelaarschap (logisch interventiemodel),
- ✓ het realiseren van de vereiste randvoorwaarden voor een verdere implementatie van het gezondheidsmakelaarschap,
- ✓ een passende opzet voor de evaluatie (design en methoden).

Dit zoekproces is anno juli 2008 nog in volle gang, maar zoals uit deze voortgangsrapportage blijkt heeft de samenwerking tussen praktijk en onderzoek een aantal tussenproducten opgeleverd (zie bijlagen). Na de zomer 2008 maken we een start met het organiseren van de expertise-bijeenkomsten op de vier randvoorwaardelijke werkprincipes voor 'gezond wijkgericht werken': politiek-bestuurlijk draagvlak en bestuurlijke inbedding, participatie, intersectorale samenwerking en evaluatie/monitoring. Naar verwachting zullen deze bijeenkomsten de gemeenten en het onderzoek ondersteunen bij de verdere ontwikkelingen in dit gezondheidsmakelaarsproject. Over de planning en programmering van ervan houden we het ministerie van VWS als opdrachtgever op de hoogte. De primaire focus van het evaluatieonderzoek ligt vooralsnog op een nadere beschrijving en analyse van het proces van de ontwikkeling en implementatie van de rol van gezondheidsmakelaar. Waar mogelijk wordt aangekoerst op het in kaart brengen van de directe uitvloeisels van de inzet van een gezondheidsmakelaar op wijk- en/of gemeentelijk niveau en een kwantitatieve evaluatie van eventuele intermediaire en uiteindelijke effecten.

7. Voorgenomen invulling volgende fase (nazomer 2008 en verder)

Wat	Wanneer	Wie	Product	Overige opmerkingen
Via tweewekelijkse interviews door de onderzoeker met de functionarissen 'gezondheids-makelaar' in de vier steden worden logboeken gemaakt	Nazomer 2008	AMC en de 4 pilotsteden	Logboek	Via de logboeken komt de dagelijkse praktijk in beeld, kansen, bedreigingen, bedoelde en onbedoelde resultaten
Er wordt gezocht naar aansprekende, concrete voorbeelden in internationale bronnen	2008 e.v.	NIGZ en AMC	Best practises	Via best practices uit het buitenland verkrijgen van meer zicht op concrete wijkgerichte strategieën voor de gezondheids-makelaars
Er wordt een lijst gemaakt waarop (tussentijdse) successen van de gezondheidsmakelaars worden geïnventariseerd	2008 -2009	AMC	Successen	Beschrijving successen wordt gebruikt in communicatie over (en creëren van draagvlak voor) de functie gezondheidsmakelaar
Kennisdelen via website	2008	Gemeente Den Haag	Website	
Kennisdelen via deskundigheidsbijeenkomsten	2008-2010	AMC, NIGZ en de 4 pilot-steden	Verslagen en publicaties	Per thema worden aansprekende deskundigen aangetrokken
1 ^e expertisebijeenkomst *	Winter 2008	AMC, NIGZ, pilot-steden	Verslagen , publicaties	Participatie en interactieve beleidsformulering
2 ^e expertisebijeenkomst *	Voorjaar 2009	AMC, NIGZ, pilot-steden	Verslagen, publicaties	Frontliniesturing; empowerment via inspirerend Leiderschap
3 ^e expertisebijeenkomst *	Herfst 2009	AMC, NIGZ, pilot-steden	Verslagen, publicaties	Nader in te vullen
4 ^e expertisebijeenkomst *	Lente 2010	AMC, NIGZ, pilot-steden	Verslagen, publicaties	Nader in te vullen
Periodieke intervisie-bijeenkomsten	Lopend proces	AMC, NIGZ, pilot-steden	Verslagen	Nader in te vullen
Slotbijeenkomst	2010	AMC, NIGZ, pilot-steden	Eind-evaluaties	
Werkcongres	2010	AMC, NIGZ, pilot-steden	Eind-rapport	Congres met landelijke uitstraling met als doel vaststelling van een getoetste basismethodiek / toolkit voor gemeenten om wijkgericht gezondheids-achterstanden te verkleinen

* De deskundigheidsbijeenkomsten zijn nu over de tijd heen verspreid, maar het wordt niet uitgesloten dat bij behoefte aan uitwisseling van expertise en kennis, deze bijeenkomsten sneller op elkaar zullen volgen.