



rivm

Resultaten verkenning ondersteuning professionals gezondheidsbevordering

Bijlage bij

Plan van aanpak Professionals Gezond Versterkt 2010-2012

Centrum Gezond Leven

CGL-rapportage 10-03

Resultaten verkenning ondersteuning professionals gezondheidsbevordering

Bijlage bij Plan van aanpak Professionals Gezond Versterkt 2010-2012

Marian Sturkenboom, RIVM Centrum Gezond Leven
Carla Kolner, DSP-groep

Contact:
Marian Sturkenboom
RIVM Centrum Gezond Leven
marian.sturkenboom@rivm.nl

Dit onderzoek werd verricht in het kader van de opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan het RIVM Centrum Gezond Leven.

RIVM Centrum Gezond Leven

Het RIVM Centrum Gezond Leven (CGL) versterkt doelmatige, samenhangende en effectieve lokale gezondheidsbevordering. Het CGL bevordert het gebruik van de best passende leefstijlinterventies en ondersteunt lokale professionals. Onder andere door beschikbare interventies inzichtelijk te presenteren en te beoordelen op kwaliteit, effectiviteit en samenhang. Hierbij houdt het continu de vinger aan de pols bij de wensen en behoeften van de professionele gebruikers van het centrum. Het CGL is onderdeel van het RIVM (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu) en werkt samen met diverse lokale en landelijke partners.

Het CGL is ingesteld door het ministerie van VWS in antwoord op de bevindingen van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) in 2005 (Staat van de gezondheidszorg 2005. Openbare gezondheidszorg: hoe houden we het volk gezond). Dit rapport wees onder andere op de versnippering van kennis en het onvoldoende gebruiken van wetenschappelijk bewezen interventies. Het CGL maakt deel uit van de wettelijk door de minister te onderhouden ondersteuningsstructuur publieke gezondheidszorg.

© RIVM Centrum Gezond Leven 2010

Delen uit deze publicatie mogen worden overgenomen op voorwaarde van bronvermelding: 'RIVM Centrum Gezond Leven, de titel van de publicatie en het jaar van uitgave'.

Inhoud

1	Inleiding	5
2	Opzet om te komen tot een plan van aanpak	6
2.1	Analyse stand van zaken gezondheidsbevordering	7
2.2	Veldinventarisatie onder professionals gezondheidsbevordering.	7
2.3	Vergelijking in andere sectoren	8
2.4	Analyse opleidingen gezondheidsbevordering	9
3	Opbrengst resultaten uit de analyses	11
3.1	'State of the art': resultaten naar aanleiding van gesprekken met 'stakeholders'	11
3.1.1	<i>Kloof tussen landelijke aanbod en de lokale praktijk</i>	11
3.1.2	<i>De broze identiteit van het vak gezondheidsbevordering</i>	12
3.1.3	<i>Gebrek aan regie en aansturing</i>	12
3.1.4	<i>Wensen ten aanzien van het ondersteuningsprogramma</i>	13
3.2	Resultaten veldverkenning professionals gezondheidsbevordering	13
3.2.1	<i>Algemene resultaten</i>	13
3.2.2	<i>Behoeftte aan ondersteuning</i>	15
3.2.3	<i>Verschillen tussen de sectoren</i>	16
3.2.4	<i>Verschillen tussen de niveaus</i>	17
3.2.5	<i>Randvoorwaarden voor ondersteuning</i>	19
3.2.6	<i>Aanbevelingen</i>	19
3.3	Resultaten vergelijking andere sectoren	20
3.3.1	<i>Algemene resultaten</i>	20
3.3.2	<i>Conclusies en aanbevelingen</i>	21
3.4	Resultaten analyse opleidingen gezondheidsbevordering	22
3.4.1	<i>Algemene resultaten</i>	22
3.4.2	<i>Conclusies en aanbevelingen</i>	23
4	'Overall' conclusies en aanbevelingen	25
4.1	Doelen ondersteuningsprogramma	25
4.2	Doelgroep(en) en bereik van doelgroepen	27
4.3	Inhoud en vorm ondersteuningsprogramma	28
4.4	Uitgangspunten voor gebruik ondersteuningsprogramma	29
4.5	Structuur en organisatie ondersteuningsprogramma	30
5	Beschouwing	32
	Bijlage 1 - Geïnterviewden en werkgroepleden	33
	Bijlage 2 - Gebruikte afkortingen	34

1 Inleiding

Het RIVM Centrum voor Gezond Leven werkt in opdracht van het Ministerie van VWS aan een plan van aanpak voor het ondersteuningsprogramma voor professionals gezondheidsbevordering (GB) in de sectoren GGD, GGZ, verslavingszorg, thuiszorg en sport. In deze rapportage treft u de resultaten aan van vier afzonderlijke analyses die zijn uitgevoerd om te komen tot dit plan van aanpak. Doel van het plan van aanpak is een belangrijke kwaliteitsslag te maken in het werk van genoemde professionals.

Belangrijke uitgangspunten in de opdracht van het ministerie van VWS aan het CGL waren¹:

- Betrek recent onderzoeken en analyses (zoals reeds uitgevoerde CGL-verkenningen, het Trendonderzoek gezondheidsbevordering en preventie 2008, de Disseminatie en Implementatie van Kennis (DIK) studie naar de kennisinfrastructuur van de openbare gezondheidszorg van de Universiteit van Wageningen & ZonMw enzovoort);
- Stem af met belangrijke initiatieven (zoals ‘Gezonde slagkracht’ en ‘Preventiekracht dichtbij huis’ van Zon-mw en landelijke leefstijlprogramma’s);
- Creëer draagvlak bij belangrijke *stakeholders* (de kennis- en thema-instituten, brancheorganisaties VNG, GGD Nederland, GGZ Nederland, Actiz, LVG), de beroepsverenigingen NVPG en de NPHF) en opleidingsinstituten (NIGZ, NSPOH enzovoort).

De vier analyses die zijn uitgevoerd zijn:

1. Voorbereiding ‘State of the art’ (november 2009 tot en met januari 2010): in deze fase is met belangrijke stakeholders gesproken, een krachtenveldanalyse opgesteld en een literatuurstudie uitgevoerd.
2. Veldinventarisatie onder professionals (februari tot en met april 2010): betreft het uitvoeren van een zestal focusgroepen met professionals GB en managers uit de genoemde sectoren en het overleggen van een ‘toets’ met professionals en managers.
3. Onderzoek naar de ondersteuningsstructuur voor professionals in andere sectoren (februari – mei 2010). In drie andere sectoren (de sportsector, infectieziektebestrijding en de medische milieukunde) is een kwalitatieve studie uitgevoerd naar het ondersteuningsprogramma voor professionals.
4. Onderzoek naar de opleidingen gezondheidsbevordering (november 2009 tot mei 2010). Door TNO is een analyse uitgevoerd van het huidige aanbod van opleidingen, bij- en nascholing op het terrein van gezondheidsbevordering.

Deze rapportage geeft een samenvatting van de belangrijkste resultaten van deze vier verkenningen. Van de deelonderzoeken zijn aparte rapportages gemaakt, twee ervan zijn bij het CGL verkrijgbaar. De onderzoeken naar de ondersteuningstructuur in andere sectoren en naar opleidingen zijn vertrouwelijk.

Leeswijzer

Hoofdstuk 2 beschrijft de opzet van de vier afzonderlijk uitgevoerde analyses. In hoofdstuk 3 vindt u de belangrijkste resultaten, conclusies en aanbevelingen uit deze analyses.

In hoofdstuk 4 worden de ‘overall’ conclusies en aanbevelingen op een rijtje gezet voor zover het de ontwikkeling van het ondersteuningsprogramma voor professionals GB betreft. In hoofdstuk 5 wordt een beschouwing gegeven op de resultaten, en worden enkele randvoorwaardelijke zaken aangestipt die – naar verwachting – van invloed zijn op de mogelijke opbrengst van een ondersteuningsprogramma voor professionals GB.

¹ Uit offerte RIVM, juni 2009 (publieksversie).

2 Opzet om te komen tot een plan van aanpak

Om te komen tot een plan van aanpak voor een ondersteuningsprogramma voor professionals GB heeft het CGL vanaf oktober 2009 meerdere analyses laten uitvoeren. Het betreft hier de analyses zoals beschreven in de offerte van het RIVM 'Bovenregionale ondersteuning professionals gezondheidsbevordering' aan VWS². Een aantal onderdelen is nader uitgewerkt in de notitie 'Professionals Gezond Versterkt'³.

De analyses zijn uitgevoerd om op een aantal vragen antwoord te kunnen geven, zoals:

- Welke verwachtingen, beelden en wensen hebben belangrijke 'stakeholders' van een ondersteuningsprogramma?
- Hoe zit het nu met de behoeften van professionals uit de genoemde sectoren? Welke verschillen zijn er wat dit betreft tussen de professionals?
- Wat kunnen we leren van andere sectoren als het gaat om ondersteuning?
- Voorziet het huidige aanbod van opleiding, bij- en nascholing wel in de behoefte en sluit dit aanbod aan bij de eisen die aan professionals in de praktijk gesteld worden?

Bij de opzet en uitvoering van de analyses (veelal kwalitatieve verkenningen) gaf het CGL opdracht aan een aantal onderzoek- en adviesbureaus⁴. Daarnaast zijn er presentaties gegeven in relevante gremia en overlegorganen zoals de CGL-Adviesraad, het Preventie Programma Teamoverleg (VWS) en het accounthoudersoverleg (VWS). Er is een speciale tijdelijke werkgroep belegd met hierin vertegenwoordigers van een aantal direct betrokken stakeholders (NVPG, GGD Nederland, ZonMw, TNO, NSPOH, NISB). In deze werkgroep zijn concrete producten afgestemd. En er zijn twee partneroverleggen georganiseerd om over het plan van aanpak met de belangrijkste thema-instituten en kennisinstituten te praten en draagvlak te creëren voor de opzet en inhoud ervan. Voor het partneroverleg zijn de landelijke thema-instituten, fondsen, brancheorganisaties, TNO, NSPOH, ZonMw, academische werkplaatsen en de NVPG uitgenodigd.

Tijdens de veldverkenning bij professionals is al gewerkt aan ondersteuning van professionals. De ontmoeting tussen professionals van verschillende sectoren (GGD, GGZ, verslavingszorg, thuiszorg en sportservice) werd alom gewaardeerd door de deelnemers. Tevens heeft CGL de afgelopen jaren zelf al ondersteuning uitgevoerd voor het programma Gezonde School maar ook zijn regiobijeenkomsten georganiseerd.

² Opdrachtbrief VWS 10 augustus 2009 (intern document CGL).

³ Notitie Professionals Gezond Versterkt, C.Kolner, DSP-groep, november 2009.

⁴ Het betreft TNO, DSP-groep en bureau Mannen met Plannen.

2.1 Analyse stand van zaken gezondheidsbevordering

Doel

Het doel van deze eerste verkenning (*quick scan*) was het verkrijgen van een beeld van de belangrijkste onderliggende problemen met betrekking tot het vak gezondheidsbevordering en de wensen en verwachtingen van belangrijke betrokkenen ten aanzien van het ondersteuningsprogramma voor professionals GB. Het betreft hier een kwalitatieve verkenning onder een geselecteerd gezelschap.

Doelgroep

Het onderzoek is in de maanden november 2009 tot februari 2010 uitgevoerd onder belangrijke 'stakeholders' voor het ondersteuningsprogramma. De lijst van gesprekspartners is opgenomen als bijlage 1 van dit rapport.

Onderzoeksvragen

De belangrijkste vragen voor deze eerste verkenning waren:

1. Wat zijn volgens de 'stakeholders' de belangrijkste problemen (probleemgebieden) die ten grondslag liggen aan het ontwikkelen van een ondersteuningsprogramma voor professionals GB?
2. Hoe zien de 'stakeholders' het ondersteuningsprogramma voor professionals:
 - Welke beelden en verwachtingen leven er ten aanzien van doel, doelgroepen, vorm, inhoud en structuur van het programma?
 - Welke meerwaarde kan het ondersteuningsprogramma hebben voor de eigen organisatie of het veld in het algemeen?
 - Welke landelijke, regionale of lokale ontwikkelingen zijn van belang en welke kansen bieden die?
 - Welke risico's en valkuilen worden gesignaleerd?

Onderzoeksmethode

Er is literatuuronderzoek uitgevoerd en er zijn interviews afgenomen met geselecteerde instellingen en personen.

Resultaat/rapportage

Het onderzoek heeft geresulteerd in een notitie 'State of the art': professionals Gezond Versterkt, stand van zaken januari 2010' (op te vragen via het CGL).

2.2 Veldinventarisatie onder professionals gezondheidsbevordering.

Doel

Doel van de kwalitatieve veldinventarisatie was het nader verkennen van de probleemgebieden en achterliggende oorzaken vanuit de praktijkervaring van professionals GB zelf en het inventariseren van mogelijke oplossingen in de zin van ondersteuning voor professionals.

Doelgroep

Het onderzoek is uitgevoerd onder:

- professionals GB uit de genoemde sectoren (GGD, GGZ, verslavingszorg, thuiszorg en sport/bewegen). Het ging hierbij vooral om professionals die dicht bij de uitvoering staan of coördinerende taken hebben als projectleider;
- managers van deze professionals.

Onderzoeksvragen

De vragen die aan deze inventarisatie ten grondslag lagen, waren:

1. Welke problemen signaleren professionals GB in de praktijk binnen de genoemde sectoren en welke prioriteiten geven ze daarbij aan?
2. Welke verwachtingen en wensen hebben de professionals voor het aanbod van het ondersteuningsprogramma? (Betreft de inhoud en vorm van de ondersteuning.)
3. Welke kansen en knelpunten kunnen professionals aangeven voor de uitvoering dan wel het gebruikmaken van het ondersteuningsprogramma? (Betreft de randvoorwaarden voor het gebruik van het aanbod van de ondersteuning.)

Methode van onderzoek

Het onderzoek is uitgevoerd door middel van:

- Zes focusgroep interviews met professionals waarvan één zich richtte op managers. Elke volgende focusgroep gaf een verdieping op de tot dan toe verzamelde resultaten. In de focusgroep met managers zijn de resultaten van de voorgaande focusgroepen toegelicht;
- 'Toets'overleg met professionals waarbij zowel managers als professionals aanwezig waren. In dit overleg zijn de resultaten uit de focusgroep interviews teruggekoppeld en besproken.

Resultaat/rapportage

Van dit onderzoek is de rapportage 'Help ons elkaar helpen' verschenen die beschrijvend en kwalitatief van aard is. Deze is op te vragen via het CGL of te downloaden via Loketgezondleven.nl.

2.3 Vergelijking in andere sectoren

Parallel aan de veldverkenning is een inventarisatie uitgevoerd naar de ondersteuningsstructuur voor professionals in een aantal andere sectoren.

Doel

Doel van deze kwalitatieve inventarisatie was het opsporen van cruciale kenmerken, de lessen en succes- en faalfactoren van de ondersteuningsstructuren in een aantal interessante en min of meer vergelijkbare sectoren voor de gezondheidsbevordering. Op grond hiervan kunnen onderbouwde keuzes gemaakt worden voor de structuur en de organisatie van het ondersteuningsprogramma.

Doelgroepen

In eerste instantie zijn de volgende vijf sectoren op hoofdlijnen aan een analyse onderworpen:

1. Centrum voor Criminaliteitspreventie en Veiligheid (CCV)
2. Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen (NISB)
3. Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding (RIVM LCI)
4. Centrum Gezondheid en Milieu (RIVM CGM)
5. Veilig verkeer Nederland (VVN)

Er is een diepteonderzoek uit gevoerd in de sectoren genoemd onder 2, 3 en 4.

Onderzoeksvragen

In de interviews is gevraagd naar de volgende onderwerpen:

- visie, doel en doelgroep(en);
- organisatiestructuur (kenmerken, wie doet wat?);
- samenwerking met andere stakeholders;
- werkwijze en inhoud van de ondersteuning;
- financiering;
- mate en wijze van verbinding tussen landelijke professionals (en kennis) en het regionale en lokale niveau (communicatielijnen en –middelen);
- kenmerken kennis- en informatie-uitwisseling (opdoen of bottom-up);
- succes- en faalfactoren.

Methode van onderzoek

In vijf sectoren is een *quick scan* uitgevoerd via documentanalyse en telefonische interviews. De diepte-inventarisatie in drie geselecteerde sectoren is uitgevoerd door *face-to-face* gesprekken met relevante medewerkers van het ondersteuningsprogramma en enkele personen die veelvuldig gebruik maakten van de ondersteuning.

Resultaat/rapportage

Van dit onderzoek is een deelrapport verschenen onder de naam ‘Bovenregionale ondersteuning van professionals, de resultaten van een vergelijkend onderzoek in drie sectoren’ (DSP-groep, mei 2010). Dit rapport is vertrouwelijk.

2.4 Analyse opleidingen gezondheidsbevordering

In opdracht van het CGL voerde TNO Kwaliteit van Leven een inventarisatie en analyse uit van het aanbod aan opleidingen en trainingen op het terrein van gezondheidsbevordering.

Doel

De doelstelling van de opdracht is:

1. Een overzicht opstellen van het initiële en postinitiële aanbod voor opleiding en training gezondheidsbevordering.
2. Analyse van het aanbod in het licht van de ontwikkelingen in het werkveld gezondheidsbevordering.
3. Op basis van de informatie aanbevelingen formuleren voor de versterking van de competenties van professionals.

Doelgroep/reikwijdte

Bij de inventarisatie is uitgegaan van professionals GB die gezondheidsbevordering als hoofdtaak hebben. Dat is een specialistische functie in het werkveld. Hun rol en aanduiding kunnen verschillen: bijvoorbeeld (beleids)adviseur gezondheidsbevordering, consulent gezondheidsbevordering, preventiewerker (vooral in de geestelijke gezondheidszorg) of leefstijladviseur.

Onderzoeksvragen

De centrale vraag is in hoeverre en in welke mate het actuele aanbod aan opleidingen en trainingen de competenties van professionals GB en preventie versterkt in hun rol van lokale adviseurs gezond leven.

De specifieke vraagstellingen zijn:

1. Wat is het huidige aanbod aan opleidingen en trainingen gezondheidsbevordering?
2. Op welke competenties is dit aanbod gericht?
3. In hoeverre sluit het aanbod aan op ontwikkelingen in het veld?
4. Welke witte vlekken zijn er in het aanbod?

Methode van onderzoek

Geraadpleegd zijn de websites en studiehandleidingen van universiteiten en hogescholen en andere (opleidings)instellingen in het werkveld, die opleiding en training verzorgen op het terrein van gezondheidsbevordering.

Resultaat/rapportage

Het onderzoek heeft geresulteerd in een rapportage die nu nog vertrouwelijk is, omdat de informatie nog gedeeld dient te worden met de opleidingsinstituten. Het overzicht aan opleidingen is later te vinden op Loketgezondleven.nl.

3 Opbrengst resultaten uit de analyses

In dit hoofdstuk zijn de belangrijkste resultaten van de in hoofdstuk 2 beschreven vier analyses beknopt weergegeven. Een meer uitgebreide rapportage is beschreven in de in hoofdstuk 1 genoemde deelrapporten. Er is tijdens de gesprekken met stakeholders en in de veldverkenning vooral gevraagd naar problemen die men ervaart in het veld van gezondheidsbevordering en waar het ondersteuningsprogramma een oplossing zou kunnen bieden. Er is niet expliciet gevraagd naar wat er goed gaat. Vandaar dat deze rapportage mogelijk een te negatief beeld geeft over het veld van gezondheidsbevordering. Deze weergave is dus maar een deel van de werkelijkheid.

3.1 'State of the art': resultaten naar aanleiding van gesprekken met 'stakeholders'

De belangrijkste conclusie van deze kwalitatieve verkenning is dat er onder landelijke 'stakeholders' veel overeenstemming is over het nut en de noodzaak om te komen tot een ondersteuningsprogramma voor professionals GB. Er zijn vele onderliggende problemen in de praktijk die tot op heden niet of nauwelijks worden aangepakt en waar een ondersteuningsprogramma kan helpen om deze – in ieder geval deels – op te lossen. De meeste problemen kunnen worden gerelateerd aan drie probleemgebieden, te weten:

1. De kloof tussen het landelijke niveau en de lokale uitvoeringspraktijk.
2. De broze identiteit van het vak gezondheidsbevordering.
3. Het gebrek aan regie en aansturing van professionals en lokale interventies.

Hierna volgt een beknopte weergave van de belangrijkste resultaten over de deelprobleemgebieden. Daarna volgt een overzicht van de belangrijkste wensen en verwachtingen geuit door de landelijke partners en stakeholders.

3.1.1 Kloof tussen landelijke aanbod en de lokale praktijk

De kloof tussen het landelijke aanbod en de lokale uitvoeringspraktijk wordt op velerlei manieren zichtbaar en ook aan twee kanten gevoeld, zo geven de 'stakeholders' aan. Wel zijn de verschillen tussen professionals afhankelijk van de sector waarbinnen ze werken en het type werk dat ze verrichten. Het gaat hier onder andere om de volgende belevingen (uit de gesprekken) en bevindingen (uit de literatuur):

- Landelijke stakeholders geven aan dat lokale professionals nog te weinig gebruikmaken van de beschikbare kennis over interventies en hoe deze zijn toe te passen. De implementatie van de interventies blijft aldus achter bij de mogelijkheden. Hiervoor zijn uiteraard diverse oorzaken te benoemen.
- Zo zijn interventies lang niet altijd op maat te maken voor de lokale praktijk. Dit heeft onder andere te maken met het feit dat er op landelijk niveau te weinig zicht is op de praktijk; er wordt te makkelijk over de uitvoering gedacht en de ambities zijn vaak te hoog en niet in verhouding tot het geld en de tijd waar men in de praktijk over kan beschikken.
- Er is sprake van te veel aandacht voor de inhoud en te weinig voor het (implementatie)proces. Zeker als het gaat om integraal en intersectoraal werken.
- Ook zijn er professionals die van mening zijn dat wat landelijk ontwikkeld is en theoretisch is onderbouwd, overgewaardeerd wordt en dat wat in de praktijk gebeurt te lang niet serieus wordt genomen.

- De kloof is ook voelbaar als het gaat om het toepassen van resultaten van wetenschappelijk onderzoek in de praktijk. Dit gebeurt nog te weinig. Andersom worden vragen uit de praktijk te traag bediend of vanuit een wetenschappelijke context benaderd.
- Er bestaat op lokaal niveau onzekerheid over hoe belangrijke (landelijke) ambities, zoals het verkleinen van sociale gezondheidsverschillen, gerealiseerd kunnen worden. Professionals voelen zich vaak niet capabel genoeg of ervaren een gebrek aan de juiste vaardigheden en materialen om hierin concrete resultaten te boeken.

Al met al is de indruk dat – wil de gesignaleerde kloof verkleind worden – er een omslag gemaakt dient te worden als het om ondersteuning gaat. Landelijke organisaties en universiteiten zouden de lokale praktijk beter moeten ondersteunen bij het uitvoeren van de taak om mensen de juiste gezondheidsvaardigheden bij te brengen. Het gaat hierbij dus vooral om ondersteuning bij de implementatie.

3.1.2 De broze identiteit van het vak gezondheidsbevordering

Meerdere 'stakeholders' geven aan dat de inhoud van het vak gezondheidsbevordering momenteel sterk aan veranderingen onderhevig is en onder druk staat vanwege een gebrek aan urgentie en geld. Men waarschuwt ervoor dat de wereld van de gezondheidsbevordering het risico loopt dat ze zichzelf uit de markt prijst of kansen mist voor aansluiting bij die werkterreinen waar het geld (wel) naar toe gaat, tenzij ze efficiënter en coherenter gaat functioneren. Waar gaat het vak over en wat bepaalt op dit moment de identiteit?

Gesignaleerde zaken die met dit probleem samenhangen zijn onder andere:

- Het nog dikwijls ontbreken van een goede verbinding van de praktijk van de gezondheidsbevordering met andere sectoren zoals de curatie, de sport en bijvoorbeeld de welzijnssector.
- De weinig professionele/zakelijke (en vaak grillige) relatie tussen de lokale organisaties met gemeenten en zorgverzekeraars.
- Het ontbreken van bruikbare en *up to date* competentieprofielen voor professionals GB werkzaam in de genoemde sectoren.
- Het ontbreken van goede maatstaven of een veldnorm om de voortgang van het werk jaarlijks te kunnen beoordelen.

3.1.3 Gebrek aan regie en aansturing

Er ontbreken neutrale schakels 'gezondheidsbevordering' op landelijk en regionaal niveau. Deze neutrale schakels kunnen zorg dragen voor een wederzijdse overdracht van kennis en expertise, waardoor een kwaliteitsslag gemaakt kan worden en de identiteit en professionaliteit van het vak aan sterkte wint. Het invullen van de regiefunctie leidt op regionaal en lokaal niveau tot veel discussie en onduidelijkheid tussen de partijen. Gemeenten geven op zeer wisselende wijze invulling aan de regierol. Het oppakken van de uitvoerende regie door bijvoorbeeld GGD'en wordt niet altijd waargemaakt. Het traject ondersteuning professionals kan de juiste stimulans, kennis en middelen aan deze regionale schakelfunctie geven. Een dergelijke functie is volgens de 'stakeholders' onder andere nodig om:

- de samenwerking op regionaal en lokaal niveau beter en efficiënter te laten verlopen;
- de samenwerking tussen lokale partijen en gemeenten te verbeteren;
- de samenwerking tussen beleid, onderzoek en praktijk (BOP) sterker te maken;
- de communicatie tussen partijen onderling te versterken;
- versnippering in het ondersteuningsaanbod tegen te gaan (onder andere door het bieden van overzicht);

- verbinding te leggen tussen wat er landelijk aan aanbod (qua kennis, goede voorbeelden, interventies enzovoort) beschikbaar is, en aan regionale en lokale krachten en mogelijkheden.

3.1.4 Wensen ten aanzien van het ondersteuningsprogramma

Het is de geïnterviewden duidelijk dat niet alle gesignaleerde problemen door een ondersteuningsprogramma kunnen worden opgepakt. Een aantal problemen ligt immers in de sfeer van (het ontbreken van noodzakelijke) randvoorwaarden, zoals tijd, capaciteit en geld. Toch verwachten de respondenten veel van een ondersteuningsprogramma voor professionals GB, in die zin dat men hoopt dat door de ondersteuning de professionals:

- beter onderbouwde besluiten nemen;
- prioriteiten gaan stellen (en daarmee de landelijke speerpunten beter uitvoeren);
- meer en beter gebruik gaan maken van beschikbare kennis, instrumenten en methodieken (evidence-based interventies);
- meer en effectiever met elkaar gaan samenwerken binnen integrale programma's.

Men vindt het vooral van belang dat het programma nauw aansluit bij de werkelijk beleefde problemen van professionals in de praktijk. Nabijheid van de ondersteuning, flexibiliteit en diversiteit, maar ook lokaal maatwerk en het bevorderen van gelijkwaardige uitwisseling tussen landelijke, regionale en lokale professionals uit de verschillende sectoren worden als belangrijke eigenschappen van het programma genoemd. De hoop en verwachting wordt alom uitgesproken dat het CGL, en met name het ondersteuningsprogramma, direct of indirect een rol gaat spelen in het beter uitvoeren van de regionale makelaar-schakelaarfunctie die door velen wordt gemist, waarmee wordt aangegeven dat een betere match tussen vraag en aanbod nodig is.

De deelnemers aan het onderzoek zagen met name risico's en valkuilen in:

- te hoge ambities van het programma;
- gebrek aan draagvlak onder de partners;
- aankomende bezuinigingen die de uitvoering van het werk verder belemmeren;
- het te traag tot ontwikkeling komen van de competentieprofielen door werkgevers.

3.2 Resultaten veldverkenning professionals gezondheidsbevordering

In de veldinventarisatie zijn bovengenoemde probleemgebieden verder uitgewerkt in een checklist voor de focusgroepen. Daarbij is uitgegaan van een open vraagstelling. Dat wil zeggen aan de deelnemers aan de interviews zijn vragen gesteld in de trant van:

- Waar loop je in je werk tegen aan? (problemen)
- Waar zou je ondersteuning bij kunnen gebruiken? (inhoud)
- Waar denk je dan aan? (vorm)
- Welke factoren belemmeren (mogelijk) het gebruikmaken van ondersteuning? (randvoorwaarden)

De focusgroepen hebben de mogelijkheid geboden de reeds geschetste problemen vanuit de ogen van de professionals te bezien en ook de achtergronden en oorzaken van de problemen beter in beeld te krijgen. Ook is beter zicht verkregen op de verschillen tussen de professionals onderling. Wat valt hierbij op?

3.2.1 Algemene resultaten

Uit de focusgroepen komt een beeld naar voren dat vergelijkbaar is met de resultaten van 'State of the Art'. De probleemgebieden zoals geschetst in de notitie (paragraaf 3.1) worden op verschillende manieren verwoord en specifiek benoemd en toegelicht door professionals GB.

Professionals GB lopen in de praktijk tegen drie clusters van knelpunten aan waarbij ondersteuning een uitkomst kan bieden:

- interventies selecteren, doorvertalen, ontwikkelen en onderbouwen;
- samenwerken met andere organisaties;
- gezondheidsbevordering agenderen en randvoorwaarden regelen waaronder de financiën.

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

Hoge ambities

De professionals voelen dat er hoge ambities zijn en verwachtingen worden gesteld aan de wijze waarop ze werken, de doelgroepen die ze bereiken en de resultaten die ze boeken.

Denk hierbij aan zaken als: integraal, intersectoraal en *evidence-based* werken, betrokkenheid van de doelgroep, bereiken van groepen met een lage sociaal economische status (SES), aandacht besteden aan de speerpunten uit de landelijke nota, samenwerking met andere lokale partijen enzovoort. Die verwachtingen en ambities – die ze overigens ook zichzelf opleggen – knellen dikwijls en maken dat men zich soms tekort voelt schieten (want de eigen resultaten zijn vaak niet hard te maken, bereikcijfers vallen tegen enzovoort), maar soms ook gefrustreerd raken (want op landelijk niveau snapt men weinig van de praktijk).

Complexe omstandigheden

De omstandigheden waarbinnen professionals werken, zijn complex te noemen. Er zijn ook vele onzekere factoren die het werk moeilijker en lastiger maken.

Denk hierbij onder andere aan: veel aanbieders/spelers in het veld, weinig zicht op werkbaarheid van de vele interventies binnen de eigen specifieke context (welke kies je dan en hoe maak je ze op maat?), grote verschillen tussen gemeenten, onduidelijkheid in de regie (wie pakt die nu?), onzekere rolopvattingen, een onduidelijk en competitief krachtenveld, en een vaak onzekere opbrengst. Lang niet altijd lukt het professionals om de omstandigheden naar de eigen hand te zetten; men moet ‘veel ballen tegelijkertijd in de lucht houden’ en op ‘meerdere borden tegelijkertijd schaken’. Zelf geven ze aan soms ook te weinig besluitvaardig te zijn (of vanuit de eigen organisatie te weinig ondersteund te worden) in het stellen van prioriteiten en het duidelijk kiezen voor een bepaalde rol. Dit speelt met name bij GGD’ en bij het opteren voor de rol van regisseur van de uitvoering. Het wreekt zich soms in verkeerde of te hoge verwachtingen van de eigen organisatie en die van anderen.

Onvoldoende randvoorwaarden

De randvoorwaarden (tijd, geld, capaciteit, kwaliteit) waarmee professionals moeten werken, worden als onvoldoende ervaren om het werk echt goed te kunnen doen.

Er is in het algemeen sprake van weinig geld voor de uitvoering (vooral bij de GGZ en in de thuiszorg), zo is de beleving van professionals. Veel tijd en geld gaan zitten in fusies, aanvragen van subsidies, verantwoording van de resultaten en overleg met samenwerkingspartijen. Dit gaat dan ten koste van de tijd voor de inhoud van het werk. Ook ervaart men een gebrek aan goede materialen met name voor lage SES-groepen en allochtonen. Verschillende professionals geven eerlijk aan dat ze zich minder bekwaam voelen in: het samenwerken met anderen (goede allianties smeden), het vak goed verantwoorden (monitoren), het vak goed verkopen en op de agenda zetten bij bestuurders en wethouders.

Gelukkig gaan er ook zaken goed en is er bij de meeste mensen voldoende energie, doorzettingsvermogen en passie voor het werk. Maar het is mede om bovengenoemde redenen en problemen dat professionals aangeven wel degelijk ondersteuning te kunnen gebruiken bij het werk. Dat is ook nodig om landelijk gestelde ambities en doelen te kunnen realiseren.

3.2.2 Behoeftte aan ondersteuning

De ondersteuningsbehoefte die uit de gesprekken naar voren komt, is divers te noemen. De behoefte is mede afhankelijk van de rol, de functie en het niveau van de betrokken professionals en de sector waarin deze werken (zie paragraaf 3.2.3 en 3.2.4).

Professionals geven aan behoefte te hebben aan verschillende vormen van ondersteuning.

1. De ondersteuning moet er ten eerste op gericht zijn professionals overzicht te bieden en het maken van keuzes te vergemakkelijken. Overzicht en keuzes in interventies enerzijds, en in samenwerkingsprocessen anderzijds.
2. Professionals willen graag snelle en makkelijke toegang tot basis- en voorbeeldmaterialen (bijvoorbeeld via de I-database (Interventiedatabase) van het CGL).
3. Ten derde is er behoefte aan ontmoeting, uitwisseling van kennis en ervaringen, en coaching op maat.
4. Tot slot is er behoefte aan training en ontwikkeling van specifieke kennis en vaardigheden, bijvoorbeeld op het gebied van sociale marketing en het sluiten van strategische allianties.

Vooraf de ondersteuningsvormen overzicht geven, materialen bieden, en gerichte ontmoeting en uitwisseling, zijn vaak genoemd en als belangrijk naar voren gekomen.

De professionals geven aan goed te begrijpen dat niet alle geconstateerde onzekerheden in de praktijk en beperkte randvoorwaarden als tijd en geld door een ondersteuningsprogramma zijn op te lossen. Wel geven ze aan dat ze graag willen dat het ondersteuningsprogramma hen helpt bij:

- het stellen van prioriteiten; dat wil zeggen hen ondersteunt bij lastige dilemma's en het maken van keuzes (bijvoorbeeld ten aanzien van thema's, doelgroepen en interventies);
- beter omgaan met onzekere factoren binnen de context waarin ze werken;
- het waar mogelijk optimaliseren van de omstandigheden, onder andere door het beschikbaar stellen van overzichten en goed bruikbare en geteste materialen (liefst samenhangende geteste preventieprogramma's bestaande uit modules), zodat ze die zelf niet meer hoeven te maken;
- het krijgen van meer en beter inzicht in de resultaten van hun werk ten aanzien van het bereik en de effecten daarvan bij einddoelgroepen.

Maar zij willen ook dat het ondersteuningsprogramma hen uitdaagt om eigen kennis en ervaringen in te brengen, zodat anderen daar weer van kunnen leren.

Tot slot: monitoren van bereikgegevens

Professionals weten dat zij meer werk moeten gaan maken van het monitoren van bereikgegevens. Zij geven aan ondersteuning te willen bij het verzamelen, registreren en analyseren van deze gegevens.

Belangrijk aandachtspunt voor het CGL is hier, dat als bereikgegevens onderdeel van de I-database gaan uitmaken, de cijfers volgens de deelnemers niet zomaar voor iedereen en zonder informatie over de context van een interventie beschikbaar mogen komen. Volgens de professionals is het risico op verkeerd interpreteren van deze gegevens groot. Dit komt overigens niet overeen met dat wat de lokale en landelijke stakeholders inbrengen die direct betrokken zijn bij de ontwikkeling van de monitorfaciliteit bereik en implementatie. Bij hen lijkt het belang van transparantie voorop te staan.

3.2.3 Verschillen tussen de sectoren

Er zijn verschillen tussen de sectoren voor wat de problemen waar men tegen aanloopt betreft en de ondersteuning die men momenteel al krijgt of vindt. In die gevallen waarin al gerichte ondersteuning geboden wordt (door of landelijke of regionale partijen) is de behoefte aan ondersteuning minder urgent dan in sectoren waar dat niet of minder het geval is.

GGZ/verslavingszorg

Voor professionals van de GGZ en de verslavingszorg geldt dat ze voor een groot deel bediend worden door het Trimbos-instituut en daar in het algemeen tevreden over zijn. Ze hebben toegang tot evidence-basedmethoden en vinden het vrij vanzelfsprekend om met deze interventies te werken. Dat is mogelijk te verklaren uit het feit dat het Trimbos-instituut het veld al jaren betreft bij de toetsing en Randomized Controlled Trial (RCT) in de praktijk. Van deze praktijk valt dan ook veel te leren. Toch wordt ook in deze sectoren melding gemaakt van een ‘verschraling van de ondersteuning’. Er is minder geld en dat wordt alom gevoeld.

Sport

De professionals in het domein sport en bewegen worden volop ondersteund door landelijke en regionale partners. Ze komen ruimschoots aan hun trekken bij het Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen (NISB) maar ook bij provinciale sportraden, sportkoepels en -bonden. De sportsector heeft evident minder last van geldgebrek, mede door de impuls van het Nationaal Actieplan Sport en Bewegen (NASB) van het ministerie van VWS. Wat opvalt in de sportsector is dat men zich in het algemeen niet aangesproken voelt door de functienaam ‘gezondheidsbevordering’, al valt de laatste jaren op dat er steeds meer wordt samengewerkt tussen de professionals GB en de sport. Toch voelen ze zich soms nog een ‘vergeten’ partij als het aankomt op integraal en intersectoraal werken. Vooral GGD’en benutten de kracht van de sportprofessionals te weinig, zo wordt vaker aangegeven.

Thuiszorg

De preventie en gezondheidsbevordering in de thuiszorg, die momenteel op tijdelijke basis haar geld via ZonMw ontvangt, heeft het vrij zwaar. Er is weinig geld voor preventie en gezondheidsbevordering. Het geld dat er is, moet men op vrij intensieve manier aanvragen en verantwoorden, waardoor de uitvoering in de knel komt. De sector zoekt naar mogelijkheden voor ondersteuning voor de eigen professionals en praktijk – zeker als het geld straks wegvalt. Ook binnen de eigen sector heeft men last van het ontbreken van bestuurlijk draagvlak voor preventie en gezondheidsbevordering. In een aantal sectoren is dit goed geregeld (jeugdgezondheidszorg en kraamzorg), maar het gaat dan vooral om selectieve preventie. Men maakt zich zorgen over de kwaliteit van het preventiewerk in de toekomst en dat terwijl van alle genoemde sectoren alleen de thuiszorg ‘achter de voordeur’ komt.

GGD

GGD’en ervaren de kloof tussen het landelijke niveau en de lokale praktijk. Ze zitten letterlijk en figuurlijk tussen de partijen in, die allen verwachtingen en wensen hebben en eisen stellen. Landelijk worden de GGD’en ondersteund door verschillende thema-instituten die veelal onafhankelijk van elkaar hun wensen (op hun eigen thema) aan GGD’en kenbaar maken, maar soms ook buiten de GGD om scholen en andere lokale vragers rechtstreeks benaderen. Soms lopen de onderlinge contacten goed, maar er zijn ook veel verbeterpunten⁵. De GGD’en worstelen evident met hun rol in de lokale praktijk, waarbij zij enerzijds afhankelijk zijn van de verschillende gemeenten die zij adviseren, en anderzijds hun rol als regisseur van de uitvoering willen waarmaken. Dat gaat niet zonder slag of stoot en brengt veel onzekerheid over de eigen rol met zich mee. In het algemeen ontbreekt een goed zicht en oriëntatie

⁵ Zie Samenwerking GGD’en en thema-instituten rond leefstijlinterventies: verkenning van GGD perspectief (CGL, 2009).

op andere lokale uitvoeringspartners, een goede uitzondering daargelaten. Ook vallen de grote verschillen tussen de GGD'en op. De ene GGD krijgt veel meer voor elkaar dan de andere. Een belangrijke genoemde factor is een grotere bezetting ofwel GB-capaciteit.

Professionals uit verschillende sectoren (met name GGD'en maar ook thuiszorgmedewerkers) hebben de weg naar de Netherlands School of Public & Occupational Health (NSPOH) gevonden voor een kortdurende training of cursus. Ook bezoeken de meeste professionals regelmatig een landelijke studiedag of conferentie. Vooral GGD'en geven aan dat men tevreden was over het voormalige aanbod van ondersteuning via het NIGZ dat echter grotendeels is weggefallen. Vooral over de netwerkbijeenkomsten waren ze erg tevreden.

Voor meerdere partijen geldt dat ze veel tijd kwijt zijn aan het zoeken naar informatie of ondersteuning die ze op dat moment nodig hebben. Soms lukt dat in het geheel niet. De hoeveelheid informatie over interventies is (te) hoog, soms te algemeen en te verspreid te vinden. Het is 'zoeken naar een speld in een hooiberg' of 'een doolhof' waar men niet gemakkelijk de weg in vindt. Het ontbreekt de meesten aan tijd om hier echt goed voor te gaan zitten. Er is duidelijk behoefte aan goede overzichten van het aanbod aan ondersteuning en opleidingen. Dit gaat nadrukkelijk verder dan het overzicht van interventies zoals inmiddels in het Loketgezondleven.nl beschikbaar is.

3.2.4 Verschillen tussen de niveaus

De diversiteit in de wensen aan ondersteuning hangt uiteraard niet alleen af van de sector waarin professionals werkzaam zijn (en de mate van ondersteuning die ze al ontvangen), maar ook van de rol en de taken die deze professionals hebben. Het maakt nogal wat uit of je als uitvoerder zelf met einddoelgroepen werkt en je je moet inleven in de einddoelgroep of dat je een lokale adviseur voor gemeenten bent of een manager van een afdeling met twaalf professionals onder je.

Uit de gesprekken met professionals kon het volgende onderscheid in verschillende groepen professionals gemaakt worden.

Tabel 1. Kritische beroepsactiviteiten beroepsgroepen.

Beroepsgroepen	Wie	Wat (kritische beroepsactiviteiten)
1. Uitvoerders/veldwerkers	Veelal eerstelijns professionals als huisartsen, fysiotherapeuten, diëtisten enzovoort. Daarnaast kleine groep professionals van GGD, GGZ, verslavingszorg, thuiszorg en sport.	Werken met de einddoelgroepen. Geven van trainingen. Inspanningen gericht op bereik doelgroepen. Samenwerken met andere uitvoerders. Planningsactiviteiten. Uitvoeren communicatieactiviteiten.
2. Coördinatoren/ projectmedewerkers/lokale adviseurs voor gemeenten	Grotere groep professionals uit alle sectoren die dicht bij de uitvoering zitten, maar vooral een coördinerende of adviserende rol hebben. Ze werken meestal op vaste projecten binnen de settings wijk, sport, school of zorg.	Aansturen uitvoerend niveau. Keuze van interventies in samenwerking met leidinggevend. Voorbereiden planning en controle. Voorbereiding samenwerking. Eerste contact met het veld (bijvoorbeeld directies van scholen). Voorbereiding implementatie en communicatie. Bijdrage aan monitoring indien van toepassing.
3. Leidinggevenden/managers	Geven direct leiding aan coördinatoren, projectleiders en indirect aan projectmedewerkers.	Kiezen hoofdthema's en integrale programma's. Zorgen grotendeels voor de randvoorwaarden geld, tijd, draagvlak enzovoort, zodat projectleiders en uitvoerenden het werk kunnen doen. Ondersteunen de coördinatoren. Voorbereiden strategische allianties. Onderhouden contacten/regelen randvoorwaarden via bestuurders.
4. Directies en bestuurders	Directeuren van GGD'en, sportinstellingen, GGZ, thuiszorg en verslavingszorg Raden van bestuur	Smeden strategische allianties Zorgen voor geld.

Vooraf uit de gesprekken met managers werd duidelijk dat de differentiatie naar de verschillende beroepsniveaus van groot belang is voor het ondersteuningsprogramma. Het wordt lastig gevonden dat er momenteel nog niet kan worden gebouwd op actuele competentieprofielen voor de professionals GB binnen de verschillende sectoren. Vooral managers ervaren dit als een probleem. Het ondersteuningsprogramma zal evenwel toch een onderscheid in beroepsgroepen en niveaus moeten maken om de ondersteuning goed te kunnen adresseren, zo wordt aangegeven.

Door de professionals en managers wordt aangegeven dat het CGL zich vooral moet richten op niveau 2 (coördinatoren, projectleiders en lokale adviseurs voor de gemeenten) en ten tweede op niveau 3 (managers). Dit zijn immers de mensen die tussen de uitvoerders (groep 1) en de directeuren en bestuurders (aan de andere kant) in staan. Om op alle vier de niveaus de juiste en noodzakelijke prikkels te geven, zou het CGL wel verbinding moeten maken met andere ondersteuningsprogramma's en opleidingsinstituten gericht op deze professionals en met de instituten die deze groepen bedienen en bereiken (het huisartsengenootschap en andere belangen- en brancheorganisaties).

3.2.5 Randvoorwaarden voor ondersteuning

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

Tijd, geld en draagvlak

Ondersteuning heeft alleen zin als professionals eraan kunnen en willen meedoen. Hier is sprake van enig verschil tussen de sectoren; thuiszorg en GGZ hebben de meeste moeite tijd en geld te vinden. Toch geven alle gesprekspartners aan dat ze ruimte krijgen om gebruik te maken van ondersteuningsvormen, mits hun werk of de organisatie daarvan profiteert en het in hun ontwikkelplan past (als dat er is) en de kosten niet te hoog zijn in verhouding tot wat wordt geboden.

Zelf een bijdrage leveren

Professionals profiteren graag van elkaars kennis, ervaringen en materialen. Dat veronderstelt dat ze zelf ook een bijdrage leveren aan het ondersteuningsprogramma, in plaats van alleen te consumeren. Bijvoorbeeld door materialen ergens te uploaden, een presentatie te geven of een workshop te leiden. Of ze dat gaan doen, hangt van een aantal zaken af. Er kwamen twee voorwaarden op tafel.

- Doorbreek de anonimiteit: als je iets bijdraagt, wil je daar graag de resultaten van zien. Dat inspireert. Anoniem ergens materiaal uploaden zonder dat je er ooit nog iets van hoort, is daar geen goed voorbeeld van. Anderen coachen of via een workshop een stap verder helpen, is beter.
- ‘Voor wat hoort wat’: in het algemeen betekent dit dat de toegevoegde waarde van bijdragen duidelijk moet zijn. Dat geldt niet alleen voor de professional zelf, maar ook voor de organisatie waar hij of zij werkt. Meer concreet zou het kunnen betekenen dat professionals een vergoeding krijgen voor het leveren van een bijdrage, bijvoorbeeld in de vorm van credits, die ze zelf weer kunnen benutten om hulp of ondersteuning te krijgen. Een ruilsysteem als het ware.

3.2.6 Aanbevelingen

Vanuit het onderzoek onder professionals komt een aantal kenmerken en adviezen voor het op te stellen ondersteuningsprogramma naar voren. Deze zijn:

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

Daarnaast zijn ook deze overstijgende aanbevelingen voor wat betreft de totstandkoming van het programma interessant:

- Blijf dicht op de huid van diegene voor wie het programma is bedoeld. Dat wil zeggen: stem tijdens de ontwikkeling en uitvoering regelmatig af met het veld en de partnerorganisaties en maak professionals medeontwikkelaars van het programma.
- Bouw kleinschaligheid in; rol nieuwe werkmethode pas landelijk uit nadat je op kleine schaal met deze vorm hebt geëxperimenteerd.

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

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

3.3 Resultaten vergelijking andere sectoren

CGL heeft een vergelijkend onderzoek uit laten voeren naar andere ondersteuningstructuren gericht op professionals. Het betrof de sectoren sport, infectieziektebestrijding en medische milieukunde. Hierna volgen de belangrijkste verschillen en overeenkomsten, de succes- en faalfactoren en de centrale lessen die uit deze vergelijking geleerd kunnen worden.

3.3.1 Algemene resultaten

Het aanbod van de ondersteuning in de drie onderzochte sectoren bestaat over het algemeen uit een grote hoeveelheid geschreven materialen (interventies, richtlijnen, toolboxes enzovoort) die het werk van de professionals in de praktijk vergemakkelijken.

De werkwijze, ofwel de manier waarop de ondersteuning plaatsvindt, omvat bij de drie onderzochte organisaties in ieder geval de volgende drie componenten:

- Digitale communicatiemiddelen. Om de materialen onder de aandacht te brengen wordt vooral internet (websites) ingezet. Daarnaast worden ook andere digitale communicatiemiddelen ingezet, zoals nieuwsbrieven en e-mailservices. Soms is er voor de primaire doelgroep een aparte, besloten website in combinatie met een discussieforum gemaakt.
- Het organiseren van ontmoeting, overleg en deskundigheidsbevordering is een component die in alle organisaties terugkeert, ofwel ad hoc, ofwel zeer gestructureerd en regelmatig.
- Adviseurs op regionaal niveau. Alle onderzochte organisaties hebben gekozen voor een tussenlaag op (boven)regionaal niveau die vervolgens lokaal actief is. Sommige organisaties hebben de adviseurs zelf in dienst; andere huren adviseurs in die bij bestaande regionale organisaties werken.

De belangrijke succesfactoren die genoemd werden, zijn:

- het werken met regionale adviseurs die steun verlenen aan professionals in het veld en een verbinding tot stand brengen tussen het landelijke en lokale niveau;
- het werken met richtlijnen (standaarden of protocollen) die door professionals in de praktijk zijn ontwikkeld, regelmatig worden getoetst en daardoor goed uitvoerbaar zijn;
- een goede pr die ook via (koepel)organisaties en beroepsverenigingen loopt;
- de krachten bundelen met organisaties die dezelfde doelen nastreven;
- een toegankelijke website met een logische vindstructuur;
- binnen de doelgroep een cultuur creëren van eenheid en 'erbij willen horen';
- de landelijke organisatie zo inrichten dat de uitwisseling met het veld optimaal plaats kan vinden;
- het structureel maken van ontmoeting en overleg.

De belangrijke genoemde knelpunten zijn:

- het bereiken van de doelgroep. Dit is vooral bij het NISB een knelpunt, voornamelijk omdat deze organisatie een zeer grote en diverse doelgroep heeft, wel vergelijkbaar met het CGL;
- de hoeveelheid informatie. Indien de informatie of ondersteuning niet goed wordt geadresseerd, kan het voorkomen dat de professional afhaakt omdat hij/zij door de bomen het bos niet meer ziet;
- verlies van controle. Indien wordt gewerkt met regionale adviseurs die in dienst zijn van externe organisaties kunnen loyaliteitsproblemen voorkomen;
- vraaggericht werken. Indien de verwachtingen vooraf niet goed zijn afgestemd tussen het werkveld en de landelijke organisatie kunnen problemen zich voordoen. Twee organisaties hebben bovendien de ervaring dat de vragen die op lokaal niveau leven vaak erg operationeel van aard zijn.

3.3.2 Conclusies en aanbevelingen

Het vergelijkend onderzoek in de drie sectoren (sport, infectieziektebestrijding en medische milieukunde) heeft een aantal conclusies en aanbevelingen opgeleverd voor het CGL. De aanbevelingen zijn onderverdeeld naar algemene aanbevelingen en aanbevelingen op het gebied van doelgroep, inhoud, werkwijze, structuur, tussenlaag op regionaal niveau, organisatie, samenwerking met andere organisaties, communicatie en onderzoek. Belangrijke conclusies en leerpunten voor het CGL en interessant voor de opbouw van een eigen ondersteuningsprogramma voor professionals GB zijn onder andere:

- De inzet van (regionale) adviseurs of ‘verbindingsofficieren’ die ondersteuning bieden aan professionals in de praktijk. Zij zijn in staat het landelijke en lokale niveau aan elkaar te verbinden. De forse investering die een dergelijke werkwijze vraagt, kan ruimschoots worden terugverdiend, mits deze adviseurs:
 - de regionale en lokale praktijk goed kennen;
 - ze ‘op maat’ steun en advies geven;
 - ze geen uitvoerende taken op zich nemen;
 - er duidelijke afspraken met hen worden gemaakt (die regelmatig gecontroleerd en bijgesteld worden); en
 - er gewerkt wordt aan een goede binding met de organisatie of het centrum waarvoor ze werken.
- Het is vooral de mix van verschillende ondersteuningsvormen en methoden die het succes bepaalt en het bereik van doelgroepen verhoogt. Denk daarbij aan een goede website, een helpdesk, het faciliteren van ontmoetingen en bijeenkomsten en advies op maat. Het gebruikmaken van al bestaande netwerken, overlegorganen en communicatiemiddelen binnen de sectoren is sterk aan te raden uit het oogpunt van efficiëntie en het bereiken van de doelgroepen. Het creëren van exclusiviteit kan de aandacht van specifieke groepen verhogen. Ook is het van belang dat de ondersteuning zich richt op alle belangrijke partners in de keten, zodat het effect van de ondersteuning optimaal is.
- Het werken met richtlijnen die door professionals uit de praktijk zijn opgesteld, kan wellicht een goed alternatief zijn voor die situaties waar evidence-based interventies ontbreken of gewoonweg niet gegeven kunnen worden, bijvoorbeeld bij programmatisch werken, community-based werken of bij integrale aanpakken waarbij meerdere interventies tegelijk worden ingezet.
- Het is heel belangrijk – zeker in de beginfase – te werken aan het vertrouwen van de professionals. Dit kan op veel manieren, onder andere door:
 - als het ware ‘naast’ ze te gaan staan;
 - door snelle en interactieve communicatie;
 - het betrekken van professionals bij de opbouw en uitvoering van het programma; vraaggericht werken;
 - het doen aan verwachtingsmanagement;
 - het regelmatig vragen om feedback.

3.4 Resultaten analyse opleidingen gezondheidsbevordering

3.4.1 Algemene resultaten

Karakterisering opleidingsaanbod

Grosso modo kan worden geconstateerd dat GB in brede zin in een substantieel aantal hbo- en universitaire opleidingen is opgenomen. De inventarisatie laat wel een divers, betrekkelijk versnipperd beeld zien van opleiding en training. Twaalf hogescholen en zeven universiteiten voorzien in de opleiding gezondheidsbevordering, zij het lang niet altijd onder de term gezondheidsbevordering.

Er is (nog) geen algemene hbo-opleiding op het terrein van gezondheidsbevordering. Initiële hbo-opleidingen leiden op tot professionals met kennis van preventie en leefstijladvisering op het terrein van bewegen en gezondheid of voeding en gezondheid. Het zijn beroepsopleidingen voor uitvoerende, (beleidsondersteunende) advies- en managementfuncties bij sport en beweging bij bijvoorbeeld bedrijven, zorginstellingen, sportserviceorganisatie en overheden.

Initiële universitaire opleidingen leggen de nadruk op research & development en op het opleiden van professionals GB die wetenschappelijk goed toegerust zijn. Er zijn universiteiten die generieke specialisaties GB aanbieden en universiteiten die specifieke specialisaties/modules aanbieden, gerelateerd aan preventie in relatie tot bewegen en gezondheid en aan preventie in relatie tot voeding en gezondheid.

In het postacademische aanbod zijn verscheidene professionele (post)masterprogramma's die, niet specifiek voor gezondheidsbevordering zijn (brede public health opleiding) maar wel, relevant voor professionals GB.

De kortdurende bij- en nascholing beslaat een breed spectrum, dat zowel voor uitvoerende gezondheidsbevorderaars, adviseurs gezondheidsbevordering, beleidsmedewerkers en management gezondheidsbevordering is bedoeld.

Opleidingsaanbod en competenties

Binnen de universitaire opleidingen gaat het dan vooral om het aanleren van academische competenties (onderzoek in de verschillende kennisdomeinen) en bij de hogere beroepsopleidingen betreft het vooral beroepsvaardigheden met de nadruk op het (adviseren over het) ontwikkelen, uitvoeren en implementeren van leefstijlinterventies. In beginsel is dus wel sprake van consistentie in de vakinhoudelijke en vakmethodische opleidingen op academisch en hoger beroepsniveau.

De huidige initiële opleidingsprogramma's van hogescholen en universiteiten sluiten daarmee aan bij het NVPG-beroepsprofiel voor professionals preventie en Gezondheidsvoorlichting (GVO).

Binnen enkele universiteiten en hogescholen is gerichte aandacht voor competenties gericht op breed in te zetten strategieën, zoals wijkgericht werken (communitybenadering) en intersectorale samenwerking. Dat is ook terug te zien in het soort generieke basiscompetenties die worden aangeleerd in het initiële opleidingsaanbod. Er is gerichte scholing op het terrein van communicatievaardigheden, samenwerkingsvaardigheden, projectmanagement, veranderkundige en managementvaardigheden.

In de postacademische opleidingen is er een gering specifiek aanbod op het terrein van gezondheidsbevordering. De post-hbo-opleiding en -training en de bij- en nascholing van thema-

instituten richten zich vooral op competenties met betrekking tot de uitvoering dan wel advisering van leefstijlgerichte programma's.

De vakinhoudelijke en vakmethodische opleiding in gezondheidsbevordering domineren in de initiële universitaire en hogere beroepsopleidingen. In enkele universitaire opleidingen is aandacht voor de meer generieke aspecten en vaardigheden, in relatie tot de ontwikkelingen in de functie-uitoefening, positie en context van gezondheidsbevordering. Het is wenselijk dat deze generieke aspecten en vaardigheden in opleidingsprogramma's worden versterkt.

Witte vlekken in het opleidingsaanbod

Afgeleid van de uitdagingen die de NVPG beschrijft en de signalering van het CGL over de veranderende rol van professionals GB, is in de initiële opleiding aandacht wenselijk voor brede competenties als:

- beleidsadviesing in gezondheidsbevordering;
- verander- en procesmanagement in het kader van integraal werken en versterken samenwerking preventie en curatie;
- strategisch handelen in een politiek-bestuurlijke context;
- regisseren en coördineren in gezondheidsbevordering;
- adviseren over onderbouwde interventies.

Enkele postinitiële (opleidings-)instituten zoals de NSPOH en het NIGZ, spelen in hun bij- en nascholing al meer in op de ontwikkelingen in het veld met scholing voor huidige professionals over beleid en uitvoering van de publieke gezondheidszorg en scholing over generieke competenties (zoals beleidsadviesing, verander- en procesmanagement). Deze insteek dient te worden versterkt. Systematisch overleg, samenwerking en taakverdeling tussen de partners in het werkveld (CGL, NVPG en brancheorganisaties) zijn hiertoe noodzakelijk.

Daarnaast ontbreken in het reguliere bij- en nascholingsaanbod andere ondersteunende vormen van leren. Van belang is te onderstrepen dat de veranderende rol van de professionals GB niet uitsluitend versterkt kan worden met klassieke cursorische scholing (die overigens wel noodzakelijk is). Optimaliseren van de functie-uitoefening kan aanvullend worden gestimuleerd door het faciliteren van nieuwe vormen van professionalisering, zoals het stimuleren van lerende netwerken op regionaal niveau, intervisie en intercollegiale consultatie.

3.4.2 Conclusies en aanbevelingen

Conclusies

- De initiële opleidingen richten zich hoofdzakelijk op vakinhoudelijke en vakmethodische kennis, waarbij tevens basisvaardigheden op het terrein van onder andere communicatie, projectmanagement, veranderkunde en samenwerking worden aangeleerd. Wat betreft de kennisdomeinen sluiten de opleidingen grotendeels aan op het NVPG-beroepsprofiel gezondheidsbevorderaars⁶.
- Er is geen hbo-opleiding op het gebied van gezondheidsbevordering.
- Initiële academische opleidingen leggen de nadruk op research & development en het opleiden van wetenschappelijk goed toegeruste professionals.
- Binnen enkele academische en hbo-opleidingen is gerichte aandacht voor breed in te zetten strategieën als wijkgericht en intersectoraal werken.

⁶ Beroepsprofiel preventie en gezondheidsbevordering 2000-2003. NVPG, 1999.

- In het postinitiële opleidingsaanbod richten enkele instituten zich op het versterken van algemene beroepsvaardigheden. Thema-instituten ondersteunen en scholen professionals in diverse settings in de toepassing van interventies en programma's.
- Het opleidingsaanbod sluit niet altijd even goed aan op de ontwikkelingen en uitdagingen in het werkveld. Een typerende dynamiek voor de professionals GB is momenteel het ontwikkelen en verankeren van integraal gezondheidsbeleid, samenwerking en ketenpreventie, wijkgericht werken, en het verbinden van preventie, curatie en zorg. Dit vergt afstemming en samenwerking tussen de verschillende spelers en organisaties in de gezondheidsbevordering.
- In het bij- en nascholingsaanbod ontbreken nieuwe vormen van professionalisering, zoals lerende netwerken en intervisie.

Aanbevelingen

- Het verdient aanbeveling dat het overzicht van opleiding en training gezondheidsbevordering wordt opgenomen in het digitale Loketgezondleven.nl van het CGL. (Toekomstige) professionals kunnen zich aan de hand hiervan oriënteren op het opleidingsaanbod gezondheidsbevordering.
- Aanbevolen wordt dat het CGL het initiatief neemt om met de NVPG in samenwerking met de brancheorganisaties (GGD Nederland, GGZ Nederland, Actiz) te werken aan de vernieuwing van het competentieprofiel gezondheidsbevordering en dat meer in lijn te brengen met de veranderingen in rol, positie en context van de professionals.
- Het is wenselijk dat het CGL in samenwerking met brancheorganisaties onderzoek entameert naar actuele functie- en taakbeschrijvingen gezondheidsbevordering bij de aangesloten instellingen. Dergelijk onderzoek geeft inzicht in de competenties die in de praktijk worden gevraagd van de professionals. Tevens biedt het informatie in relatie tot vernieuwing van het competentieprofiel gezondheidsbevordering en voor relevante training en opleiding.
- Het is wenselijk dat het CGL het initiatief neemt om in samenwerking met de opleidingsinstellingen de afstemming te bevorderen over de opleidingsprogramma's in relatie tot de beschreven ontwikkelingen in rol, positie en context van de professionals GB.
- Binnen de initiële opleidingen is meer aandacht wenselijk voor competenties zoals beleidsadvisering, strategisch handelen in een politiek-bestuurlijke context, regie en coördinatie in gezondheidsbevordering en adviseren over onderbouwde interventies. Aanbevolen wordt dat het CGL voor de professionals GB aanvullende opleiding en training stimuleert en faciliteert op deze onderwerpen.
- Ten slotte is het wenselijk dat het CGL andere vormen van professionalisering zoals lerende netwerken en intervisie faciliteert, om professionals te laten leren van elkaar in hun veranderende rol, context en positie.

4 ‘Overall’ conclusies en aanbevelingen

In hoofdstuk 3 zijn de resultaten beschreven van een viertal analyses die het CGL het afgelopen jaar heeft laten uitvoeren om te komen tot een plan van aanpak voor een ondersteuningsprogramma voor professionals GB uit de GGD, GGZ, verslavingszorg, thuiszorg en sportservice organisaties. Vanuit deze analyses zijn in dit hoofdstuk een aantal (concept) ‘overall’ conclusies en aanbevelingen te vinden voor de inrichting van het ondersteuningsprogramma voor professionals GB.

Belangrijke opmerkingen vooraf

Het is belangrijk bij het lezen en wegen van de resultaten te beseffen dat het bij het noemen van de belangrijkste resultaten het vooral gaat om kwalitatieve gegevens. Het gaat om belevingen en meningen van mensen die weliswaar in een context zijn geplaatst en alleen dan zijn genoemd indien ze vaker en door meerdere personen naar voren zijn gebracht. Echter, bij de analyse van het totaal is het niet ondenkbaar dat sommige resultaten toch te veel aandacht krijgen of enigszins uit zijn verband zijn getrokken. Dit kan onder andere te maken hebben met het feit dat bepaalde groepen professionals in de focusgroep bijeenkomsten over- of ondervertegenwoordigd waren. (De GGD was oververtegenwoordigd en de thuiszorg was ondervertegenwoordigd.) Om die reden zijn de resultaten, alvorens definitief gemaakt, in diverse overlegorganen teruggekoppeld. Tevens is van belang op te merken dat in de focusgroepen is gesproken met een selectieve groep; professionals die behoefte hebben aan ondersteuning. Verder is in de veldverkenning alleen gevraagd naar problemen in het veld van gezondheidsbevordering en niet naar wat goed gaat. Dat geeft een vertekend beeld.

Hierna worden conclusies en aanbevelingen gegeven over:

- doelen ondersteuningsprogramma;
- doelgroep(en) en bereik van doelgroepen;
- inhoud en vorm ondersteuningsprogramma;
- uitgangspunten voor gebruik ondersteuningsprogramma;
- structuur en organisatie ondersteuningsprogramma.

Bij het opstellen van deze conclusies en aanbevelingen zijn de resultaten betrokken uit de belangrijkste overleggen en discussies in diverse gremia en overlegorganen (zie intro hoofdstuk 2).

De genoemde analyses hebben uiteenlopende aanbevelingen opgeleverd, die deels het ondersteuningsprogramma betreffen, maar deels ook overstijgend zijn en bijvoorbeeld gericht zijn op het CGL als ‘spin in het web’ en ‘schakelaar-makelaar’ in de wereld van de gezondheidsbevordering. Deze paragraaf gaat alleen in op aanbevelingen die betrekking hebben op het te ontwikkelen ondersteuningsprogramma. Overige aanbevelingen geadresseerd aan het CGL of aan derden worden belicht in de nabeschouwing in hoofdstuk 5.

4.1 Doelen ondersteuningsprogramma

Conclusies

- Zowel stakeholders als ook professionals zijn van mening dat het ondersteuningprogramma tegemoet moet komen aan wensen en behoeften van professionals die het werk in de praktijk uitvoeren. Een *top-down* benadering moet worden voorkomen, de lokale professional staat centraal. Onderliggende vraag moet dan ook zijn: hoe kunnen we de lokale professionals helpen om hun werk efficiënter en effectiever te laten verrichten?

- Uit de analyses blijkt dat de behoeften van professionals sterk gedifferentieerd zijn en afhankelijk van de sector waarin en het niveau waarop de professionals werken, en de ondersteuning die ze momenteel al ontvangen van diverse instituten. Dit stelt eisen aan zowel de doelstellingen en ambities, als aan de inhoud en vorm van de ondersteuning.
- Daarnaast dienen met name de doelen van de rijksoverheid (zoals verwoord in de preventienota) in belangrijke mate richtinggevend en leidend te zijn voor de inhoud en doelstellingen van het ondersteuningsprogramma voor professionals GB. De doelen van de Rijksoverheid kunnen professionals immers in belangrijke mate helpen prioriteiten te stellen en keuzes te maken voor doelgroepen en interventies. Medewerkers van de landelijke thema-instituten kunnen daar een belangrijke bijdrage aan leveren.
- Op dit moment is er te weinig wisselwerking tussen professionals werkzaam op landelijk niveau en lokaal niveau. Het ondersteuningsprogramma zal zich volgens de professionals en stakeholders daarom vooral moeten richten op de uitwisseling tussen landelijk en lokaal niveau, en moeten proberen gezamenlijke belangen te vinden en verder uit te werken.
- Op lokaal en regionaal niveau is er weinig uitwisseling tussen professionals werkzaam in de verschillende sectoren (GGD, GGZ, verslavingszorg, thuiszorg en sportservice). Er zit overlap in de werkzaamheden, maar er zijn ook witte vlekken. Partijen weten elkaar vaak nog maar lastig te vinden; er gaat vaak veel tijd overeen voordat de krachten, mogelijkheden, rollen en de taakverdeling tussen de samenwerkingspartners duidelijk zijn.
- Zowel stakeholders als professionals vinden dat er in de ondersteuning momenteel te veel aandacht uitgaat naar de inhoud (kennis en expertise) van het werk en te weinig naar het proces (procesvaardigheden) en het zichtbaar maken van de resultaten van integraal en intersectoraal werken. Ook als het om het huidige aanbod van opleiding en bij- en nascholing gaat, zijn er wat dit betreft witte vlekken geconstateerd.
- Er is – tot slot – een aantal zaken dat afbreuk kan doen aan het effect van het ondersteuningsprogramma, namelijk:
 - te hoge ambities;
 - ernstige bezuinigingen;
 - het niet tijdig opstellen van nieuwe competentieprofielen voor de professionals GB werkzaam in verschillende sectoren;
 - het ontbreken van een ‘veldnorm’ (waardoor onduidelijk blijft wat je van bepaalde professionals in bepaalde situaties mag en kan verwachten).
 Alleen het eerste punt kan CGL via het ondersteuningsprogramma beïnvloeden.
- Het is van belang aan verwachtingsmanagement te doen voor wat de doelen van het ondersteuningsprogramma betreft. Professionals dienen vooraf goed geïnformeerd te worden over wat het programma wel en niet beoogt. Immers, niet alle gesignaleerde problemen kunnen door het ondersteuningsprogramma worden opgelost. Het oplossen van bepaalde problemen (vooral in de randvoorwaardensfeer) dient aan derden geadresseerd te worden.

Aanbevelingen ten aanzien van doelen ondersteuningsprogramma

- *In de beperking toont zich de meester: houd de doelen en ambities van het ondersteuningsprogramma realistisch en stel duidelijke prioriteiten. Adresseer belangrijke zaken die niet via de ondersteuning kunnen worden opgepakt aan derden.*
- *Stem de inhoud en vorm van de ondersteuning nadrukkelijk af op de wensen en behoeften van de professionals (waarmee een bottom-up benadering wordt gerealiseerd).*
- *Breng differentiatie aan in de doelen van het ondersteuningsprogramma in die zin dat rekening wordt gehouden met de verschillen tussen de sectoren en beroepsniveaus (zie ook de doelgroepen hieronder).*
- *Stem de doelen en inhoud van het programma ook af op wat nodig is om landelijke en regionale ambities (geformuleerd in de preventienota van VWS en vertaald in de lokale beleidsplannen van gemeenten) beter te realiseren. Betrek de landelijke thema-instituten en andere kennisinstituten hierbij, die immers ook door VWS gefinancierd worden en dezelfde doelen nastreven.*
- *Focus binnen het ondersteuningsprogramma naast inhoud vooral op procesvaardigheden en competenties die nodig zijn om integraal, intersectoraal en community based te kunnen werken en op het bevorderen van resultaatgericht werken (onder andere door ondersteuning bij monitoring, registratie en analyse van bereikgegevens).*
- *Richt het programma in het bijzonder op het bevorderen van intersectorale uitwisseling en het ontwikkelen van (lerende) netwerken tussen GB-professionals. Die uitwisseling is van belang, zowel tussen het landelijke en regionale/lokale niveau (verticaal) als tussen regionale en lokale partijen van verschillende sectoren onderling (horizontaal).*
- *Houd bij het formuleren van de ambities van het ondersteuningsprogramma rekening met (nieuwe) bezuinigingen die de beroepsgroep kunnen treffen en de mogelijke consequenties daarvan op het gebruikmaken van de ondersteuning.*
- *Besteed ruimschoots aandacht aan de communicatie rondom het ondersteuningsprogramma; over wat het programma wel en niet beoogt (verwachtingsmanagement).*

4.2 Doelgroep(en) en bereik van doelgroepen

Conclusies

- Het gericht adresseren van de ondersteuning op een of meerdere primaire doelgroepen lijkt een positieve uitwerking te hebben op het bereik van deze doelgroepen; hoe beter de adressering des te effectiever de ondersteuning.
- Om binnen het ondersteuningsprogramma goede keuzes te maken gericht op specifieke doelgroepen, zou je – volgens de stakeholders – idealiter gebruik moeten maken van een goed onderbouwd en actueel competentieprofiel voor alle professionals GB en een zogeheten ‘veldnorm’ (met proces- en outputindicatoren), waaruit blijkt wat er van professionals binnen bepaalde integrale trajecten verwacht mag worden. Deze noodzakelijke basis ontbreekt echter (zie ook onder doelen).
- Indien alle niveaus uit de keten (van uitvoerend niveau tot bestuurders) direct of indirect (via hun eigen ondersteuningsinstituten) baat hebben van de ondersteuning van het CGL, zal dit het effect van de ondersteuning ten goede komen.
- Het werkt positief als voor het bereik van doelgroepen wordt uitgegaan en gebruik wordt gemaakt van bestaande netwerken en overlegorganen. Dit bevordert het efficiënt omgaan met (de toch al schaarse) tijd en middelen en voorkomt overlap in het ondersteuningsaanbod.

- Met het creëren van exclusieve ondersteuning en communicatie gericht op bepaalde subgroepen (bijvoorbeeld door exclusieve websites, mailservices en digitale forums) kan je het bereik van de doelgroepen van de ondersteuning verhogen.

Aanbevelingen ten aanzien van doelgroep(en) en bereik van doelgroepen

- *Het is wenselijk onderscheid te maken naar de verschillende kritische beroepsactiviteiten van de verschillende professionals in verschillende sectoren, in afwachting van een goed bruikbaar competentieprofiel gekoppeld aan een ‘veldnorm’ met indicatoren die resultaten meten op het niveau van proces en effect.*
- *Werk – bij voorlopig gebrek aan bijgestelde competentieprofielen – gaandeweg bij het opstellen van het programma samen met de professionals en partners in het veld (beroepsvereniging en brancheorganisaties) aan een eigen ‘veldnorm’ of stel zelf ‘voorlopige’ competentieprofielen op die als maatstaf gelden voor wat je van professionals mag verwachten.*
- *Focus in het bijzonder op professionals van het tweede en derde niveau, te weten coördinatoren, projectleiders, adviseurs gezondheidsbeleid voor gemeenten (niveau 2) en managers (niveau 3).*
- *Leg via andere ondersteuningsorganisaties en -programma’s, maar ook via postinitiële opleidingsinstituten, verbinding met andere (secundaire) beroepsgroepen en niveaus en bestrijf daarmee alle belangrijke schakels in de keten (eerstelijns veldwerkers, directeurs van instellingen, bestuurders, gemeenten enzovoort).*
- *Doe dit onder andere door contact te leggen en te onderhouden met landelijke koepel- en brancheorganisaties, en verbinding te leggen naar de voor die groepen geëigende ondersteuningsinstituten/opleidingscentra, academische werkplaatsen en universiteiten.*
- *Maak waar mogelijk en zinvol gebruik van al bestaande netwerken en overlegorganen om professionals efficiënt te bereiken. Inventariseer die netwerken! Werk nauw samen met de organisaties die deze netwerken hebben opgezet en maak waar mogelijk gebruik van hun communicatiekanalen.*
- *Bouw waar mogelijk exclusiviteit in de communicatie met professionals.*

4.3 Inhoud en vorm ondersteuningsprogramma

Conclusies inhoud

- Lokale professionals (niveaus 2 en 3) maken nog te weinig gebruik maken van de beschikbare kennis over interventies en wanneer en hoe deze zijn toe te passen.
- Men geeft aan het lastig te vinden prioriteiten te stellen; te veel dingen doet men maar ‘half’.
- Er is vooral veel behoefte aan bijscholing op vaardigheden die men nodig heeft in het samenwerkingsproces op lokaal niveau ten behoeve van het integraal, intersectoraal en community-based werken. Dit betreft het samenwerken met (eind)doelgroepen, andere lokale partijen maar in het bijzonder ook contacten met gemeenten en zorgverzekeraars. Het gaat dan met name aan zaken als onderhandelen, voor je zaak opkomen, het vak verkopen en dergelijke.
- Lokale professionals voelen zich dikwijls niet bekwaam in het effectief bereiken van lage SES-groepen, de behoefte aan ondersteuning is dan ook groot (vooral bij niveau 2).
- Er is ondersteuning nodig als het gaat om het monitoren, in kaart brengen van het bereik en de effecten en de verantwoording van het werk naar subsidiegevers en anderen.

Conclusies vorm

- Professionals van niveau 2 en 3 hebben vooral behoefte aan ‘spullen’ (brochures, halffabricaten, factsheets, interventies, instrumenten, handleidingen, draaiboeken, richtlijnen, tools voor samenwerkingsprocessen enzovoort) die makkelijk te verkrijgen of te downloaden zijn van een website.
- Daaraan gekoppeld heeft men grote behoefte aan goede (digitale) overzichten van materialen, maar ook van het bestaande aanbod van ondersteuning, opleiding en bij- en nascholing.
- Er is veel behoefte aan laagdrempelige uitwisseling, ontmoeting en netwerkvorming met professionals. Die uitwisseling betreft enerzijds kennisuitwisseling op landelijk niveau met collega’s die in vergelijkbare positie zitten en met een vergelijkbaar thema of project aan de slag zijn. Anderzijds gaat het om (project- of zelfs casusspecifieke) intersectorale ontmoetingen die erop gericht zijn elkaar (beter) te leren kennen en op het slechten van barrières tussen organisaties.
- Naast algemene ondersteuning die voor iedereen toegankelijk is, is er grote behoefte aan ondersteuning op ‘maat’ in die zin dat adviseurs of coaches (bijvoorbeeld via een helpdesk) op afroep beschikbaar zijn om hulp te bieden binnen de eigen concrete context. Dit kunnen ook ervaringsexperts uit andere regio’s zijn met vergelijkbare opgaven.
- Ook aan het trainen van kennis en vaardigheden is behoefte. Deze training kan/mag zo mogelijk ook digitaal (e-learning) aangeboden worden.
- Het is vooral de mix van verschillende ondersteuningsvormen en methoden die het succes bepaalt en het bereik van doelgroepen verhoogt.

Aanbevelingen ten behoeve van inhoud en vorm ondersteuningsprogramma

- *Concentreer je binnen het ondersteuningsprogramma inhoudelijk vooral op een aantal hoofdthema’s die landelijk prioriteit krijgen.*
- *Geef extra aandacht aan het bevorderen van uitwisseling met betrekking tot het bereik van lage SES-groepen.*
- *Bouw veel ruimte in voor het aanleren en oefenen van (basis)vaardigheden die je nodig hebt bij integrale en intersectorale samenwerking en bij het ontwikkelen van community based interventies in samenwerking met einddoelgroepen,*
- *Bied ook ondersteuning in het monitoren en verantwoorden van het werk door instrumenten aan te leveren die dit werk makkelijker en de resultaten ervan betrouwbaarder maken.*
- *Breng qua ondersteuningsvormen voldoende afwisseling aan. Maak een goede mix in het aanbieden van digitale en schriftelijke informatie, het faciliteren van ontmoetingen en netwerkbijeenkomsten, het bieden van ‘advies op maat’ door coaching, intervisie of een intercollegiale toetsing (visitatie) en het geven van training.*
- *Controleer regelmatig of het aanbod aan de verwachtingen en behoeften van de professionals voldoet, oftewel: blijf dicht op de huid van de professionals.*

4.4 Uitgangspunten voor gebruik ondersteuningsprogramma

Conclusies

- Het blijkt belangrijk het vertrouwen te winnen van professionals.
- Te veel en ongerichte informatie maakt dat professionals afhaken.
- Het moet makkelijker worden dat professionals elkaar vinden en kunnen helpen. Professionals willen het gevoel hebben dat landelijke deskundigen of adviseurs vanuit een gelijkwaardige positie met hen omgaan.

- Professionals willen graag halen (dat geldt overigens ook voor hen die voorop lopen bij ontwikkelingen) maar staan ook positief in het brengen van informatie. Het kan stimulerend werken als daar iets tegenover staat (in de vorm van een beloning).

Aanbevelingen ten behoeve van uitgangspunten voor gebruik ondersteuningsprogramma

- *Werk aan het vertrouwen van professionals en blijf hierin investeren door ook tijdens het bouwen van het programma in contact met hen te blijven.*
- *Bouw het ondersteuningsprogramma langzaam op en zorg voor grote gerichtheid van de informatie; bewaak de samenhang ervan!*
- *Hanteer het ‘halen en brengen’ als basisprincipe. Geef betrokken regionale professionals die over veel ervaring beschikken en over de schutting heen kunnen kijken een rol in het inrichten en uitvoeren van het ondersteuningsprogramma.*
- *Ga naast de professionals staan en voorkom arrogantie of betweterigheid in de toonzetting.*
- *Organiseer de ondersteuning letterlijk en figuurlijk dicht bij huis.*

4.5 Structuur en organisatie ondersteuningsprogramma

Conclusies

- Het verbinden van het landelijke aanbod met de regionale en lokale praktijk wordt door betrokkenen en professionals als een belangrijke uitdaging gezien van de toekomstige structuur van het programma.
- Het CGL hoeft de verschillende vormen van ondersteuning niet allemaal zelf op te zetten (liever niet zelfs). Het ondersteuningsprogramma moet vooral geen dingen dubbel doen, laagdrempelig en praktijkgericht zijn en idealiter bestaande ondersteuningsinitiatieven en -organisaties met elkaar verbinden.
- Meer dan eens hebben managers en professionals aangegeven dat ze geen behoefte hebben aan een nieuwe structuur, een nieuwe schakel of nieuwe instituties. Liever heeft men dat beter gebruik wordt gemaakt van bestaande ondersteuningsstructuren en dat regionale en lokale netwerken en samenwerkingsverbanden versterkt worden.
- Het werken met regionale adviseurs (wat als een mogelijk kenmerk van de structuur kan worden beschouwd) leidt in de andere onderzochte sectoren unaniem tot positieve resultaten in die zin dat het landelijke niveau beter wordt verbonden met de regionale en lokale praktijk.
- Het inzetten van adviseurs werkt alleen als wordt voldaan aan een aantal randvoorwaarden. Zo is het van belang veel te investeren in het maken van goede werkafspraken met deze adviseurs, regelmatig ontmoetingen en intervisies te organiseren, adviseurs te werven die regionale praktijkkennis en -ervaring hebben en te zorgen voor binding (en dus loyaliteit) met het CGL of de organisatie die ze uitzendt.
- Het ondersteuningsprogramma zal in meerdere opzichten invloed en wellicht ook hinder ondervinden van structuurdiscussies in het veld van de gezondheidsbevordering. Genoemd zijn onder andere de wijze waarop gemeenten de regierol oppakken, het goed oppakken van de uitvoerende regierol door GGD'en, de financiering van de thuiszorg. Er spelen verschillende zaken in de context van de gezondheidsbevordering die met een ondersteuningsprogramma nauwelijks zijn te beïnvloeden (zie ook hoofdstuk 5 Beschouwing) maar het effect van de ondersteuning wel kunnen beïnvloeden.

Aanbevelingen ten behoeve van structuur en organisatie ondersteuningsprogramma

Het verdient aanbeveling dat het CGL met het ondersteuningsprogramma voor professionals GB haar rol als schakelaar-makelaar in het veld van GB in meerdere opzichten invulling geeft en waar maakt. Het ondersteuningsprogramma dient immers verbinding te leggen tussen het landelijke aanbod en de lokale praktijk (matchen vraag en aanbod), maar ook verbinding te leggen tussen de verschillende bestaande ondersteuningsprogramma's en -initiatieven, en het aanbod van opleiding, bij- en nascholing. Ultiem uitgangspunt van de structuur is daarmee dat 'professionals door de bomen het bos weer gaan zien' en er voor de partners geen sprake is van concurrentie, maar van een optimale mogelijkheid de onderlinge afstemming te verbeteren en om professionals beter dan voorheen te ondersteunen bij de uitvoering van hun werk. Door een structuur te kiezen die dicht bij de professionals ligt en de inhoud van de ondersteuning leidend te laten zijn (dit waren ook de basisuitgangspunten voor het plan van aanpak), kan het ondersteuningsprogramma in veel opzichten een aanwinst zijn voor de GB-praktijk en een bijdrage leveren aan de kwaliteit van het werk van de professionals.

5 Beschouwing

Veel adviezen van de partners en professionals betroffen niet het ondersteuningsprogramma zelf, maar lagen in het realiseren van belangrijke randvoorwaarden in de omgeving van het ondersteuningsprogramma. Deze zaken worden in dit hoofdstuk kort belicht.

Zaken die met name als relevante risicofactoren zijn genoemd en die niet in het ondersteuningsprogramma een plek kunnen krijgen, zijn onder andere:

- het ontbreken van recente competentieprofielen gekoppeld aan een ‘veldnorm’ (‘State of the art’ notitie, inventarisatie opleidingen);
- het gebrek aan verantwoordelijkheid en daadkracht bij gemeenten bij het ontwikkelen en uitvoeren van lokaal gezondheidsbeleid. Er zijn wel plannen, maar die missen duidelijke doelen en er is weinig geld voor de uitvoering (focusgroep interviews);
- het gebrek aan urgentie (‘State of the art’ notitie, focusgroep interviews);
- het bevorderen van de concurrentie tussen lokale partijen door gemeenten en zorgverzekeraars (focusgroep interviews, gesprekken met de werkgroep);
- het feit dat zorgverzekeraars lastig te benaderen zijn, onder andere door het hanteren van strenge normen voor financiering, de gerichtheid op producten en productie en het werken met contracten op jaarbasis (focusgroep interviews, gesprekken met de werkgroep);
- het nog maar mondjesmaat oppakken van de uitvoeringsregie door GGD’en (‘State of the art’ notitie, focusgroep interviews);
- de bezuinigingen die gezondheidsbevordering treffen, met name de thuiszorg, GGZ en in mindere mate ook GGD’en en de sportsector (‘State of the art’ notitie, focusgroep interviews, werkgroep).

Op 1 juli 2010 is in een partneroverleg van CGL met ZonMw (DIK-studie) een overzicht gegeven van deze problemen. Met genodigden is nagedacht over mogelijke oplossingen en actiepunten die waar mogelijk geadresseerd worden.

Bijlage 1 - Geïnterviewden en werkgroepleden

Geïnterviewden

Gerard van der Zanden en Jan Janssen, NIGZ

Jolanda Keijzers, NVPG/TNO

Thom Rutten, NISB/NASB

Eric Lagendijk, projectleider Allochtonen in de sport, namens NISB (DSP-groep)

Victor Stöcker, ministerie van VWS

Nicolette Warmenhoven, NPHF

Reinhart de Jong, NSPOH

Jolanda Keijzers, TNO

Groep van GB-managers van GGD'en in Brabant en Limburg:

Bert Hesdahl, Ans Hermans, Elly Dobbelsteen, Piet van der Smissen

PPT overleg van VWS

CGL-Adviesraad

CGL-Klankbordgroep

NVPG-Adviesraad

Leden van de Werkgroep Ondersteuning Professionals

Judith Oostendorp, GGD Nederland

Janke Oosting, NVPG

Thom Rutten, NISB

Reinhard de Jong, NSPOH

Inez van Rooijen, ZonMw

Bijlage 2 - Gebruikte afkortingen

BOP	Beleid, onderzoek en praktijk
CGL	RIVM Centrum Gezond Leven
DIK-studie	Disseminatie en Implementatie van Kennis
GB	Gezondheidsbevordering
GGD	Gemeentelijke / Gemeenschappelijke / Gewestelijke Gezondheidsdienst
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
GVO	Gezondheidsvoorlichting en Opvoeding
NIGZ	Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie
NISB	Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen
NPHF	Nederlandse Public Health Federatie
NVPG	Nederlandse Vereniging voor Preventie en Gezondheidsbevordering
NSPOH	The Netherlands School of Public and Occupational Health
RCT	Randomized Controlled Trial
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
SES	Sociaal Economische Status
STIVORO	Stichting Volksgezondheid en Roken
VNG	Vereniging van Nederlandse Gemeenten
VVN	Veilig Verkeer Nederland
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

RIVM

Rijksinstituut
voor Volksgezondheid
en Milieu

Centrum Gezond Leven

Postbus 1
3720 BA Bilthoven
www.loketgezondleven.nl