

Bureau Bartels

beleidsadvies | onderzoek

Stationsplein 69
3818 LE Amersfoort
Postbus 318
3800 AH Amersfoort
Telefoon: 033-4792020
E-mail: info@brtls.nl
www.bureaubartels.nl

EINDEVALUATIE PROGRAMMA PREVENTIEKRACHT 2007-2013

**Eindrapport
Uitgebracht op verzoek van ZonMw
Amersfoort, 25 november 2013**

VOORWOORD

In opdracht van ZonMw heeft Bureau Bartels in de periode van maart tot en met november 2013 de eindevaluatie uitgevoerd van het programma PreventieKracht. Van de uitkomsten van deze eindevaluatie wordt in deze rapportage verslag gedaan.

Op deze plaats willen we de personen bedanken die een bijdrage hebben geleverd aan het onderzoek. In de eerste plaats bedanken we de sleutelpersonen en de betrokkenen bij de uitvoering van het programma, die we in de eerste fase van het onderzoek gesproken hebben. Daarnaast gaat onze dank uit naar de projectleiders van de deelnemende organisaties die hun medewerking aan de evaluatie hebben verleend. Tot slot danken wij de leden van de evaluatiecommissie – mevrouw dr. L. Vaandrager associate professor (Universiteit Wageningen), mevrouw prof. dr. I. van de Goor (Universiteit van Tilburg), mevrouw dr. ir. C. Nijboer (ChrisFit), de heer drs. L. Kliphuis (Adiantar), de heer prof. dr. J. Caris (TiasNimbas Tilburg) en mevrouw drs. I. van Rooijen (ZonMw) – voor de prettige samenwerking en hun deskundig advies.

Bureau Bartels B.V.
Amersfoort

INHOUDSOPGAVE

SAMENVATTING	i
I. Aanpak van het onderzoek	i
II. Aanbevelingen voor de evaluatiecommissie	i
III. Samenvattende resultaten en conclusies	iii
1. INLEIDING	1
1.1 Aanleiding	1
1.2 Doelstelling en aanpak onderzoek	2
1.3 Leeswijzer	4
2. INHOUD EN GEBRUIK PROGRAMMA PREVENTIEKRACHT	5
2.1 Inleiding	5
2.2 Aanleiding en ontwikkeling programma PreventieKracht	5
2.3 Opzet en gebruik van de programma's	6
2.4 Aanvraag- en beoordelingsprocedure	16
2.5 Afstemming met programma Zichtbare schakel	19
3. VERANDERINGEN IN DE CONTEXT	23
3.1 Inleiding	23
3.2 Veranderingen in de context	23
4. DOELREALISATIE	27
4.1 Inleiding	27
4.2 Doelrealisatie programma PreventieKracht Thuiszorg	27
4.3 Realisatie beoogde resultaten eerste programma	29
4.4 Doelrealisatie programma PreventieKracht Dicht bij Huis	32
4.5 Realisatie beoogde resultaten tweede programma	36
5. ERVARINGEN MET AANVRAAG- EN BEOORDELINGS-PROCEDURE	43
5.1 Inleiding	43
5.2 Bekendheid en informatievoorziening	43
5.3 Ervaringen met aanvraagprocedure	46
5.4 Behandeling en beoordeling aanvraag	49
6. SAMENWERKING EN UITVOERING PREVENTIEPLAN	53
6.1 Inleiding	53
6.2 Typen en doel samenwerking	53
6.3 Ervaringen met de samenwerking	56
6.4 Uitvoering preventieplan	60

7.	EFFECTIVITEIT	65
7.1	Inleiding	65
7.2	Meerwaarde subsidie	65
7.3	Belang PreventieKracht voor de eigen organisatie	66
7.4	Effecten PreventieKracht voor eigen organisatie	67
7.5	Effecten op de samenwerking	69
8.	BORGING EN VERANKERING	75
8.1	Inleiding	75
8.2	Voortzetting preventieactiviteiten	75
8.3	Financiering door gemeenten en zorgverzekeraars	78
8.4	Voortzetting samenwerking	81
9.	SAMENVATTENDE RESULTATEN EN CONCLUSIES	85
9.1.	Aanpak van het onderzoek	85
9.2	Aanbevelingen voor de evaluatiecommissie	85
9.3	Samenvattende resultaten en conclusies	87
BIJLAGE I	BEREIK NAAR THEMA EN DOELGROEP	93
BIJLAGE II	CASEBESCHRIJVINGEN	97
BIJLAGE III	GERAADPLEEGDE PERSONEN	105
BIJLAGE IV	LITERATUURLIJST	107

SAMENVATTING

I. Aanpak van het onderzoek

In opdracht van ZonMw heeft Bureau Bartels in de periode van maart tot november 2013 de eindevaluatie uitgevoerd van het programma PreventieKracht, bestaande uit het programma PreventieKracht Thuiszorg (2007 – 2009) en het programma PreventieKracht Dicht bij Huis (2010 – 2012). In de eerste fase van de evaluatie is deskresearch uitgevoerd, waarbij een groot aantal (digitale) documenten over het programma is bestudeerd. Tevens zijn er gesprekken gevoerd met sleutelpersonen die op meer 'overall' (beleids)niveau bij het programma betrokken waren en met partijen die een rol hebben gehad bij de uitvoering van (specifieke onderdelen van) het programma. De tweede fase van de evaluatie bestond uit het in kaart brengen van de meningen en ervaringen van de organisaties die (al dan niet succesvol) een beroep hebben gedaan op het subsidieprogramma. In totaal zijn 36 projectleiders – via telefonische interviews – geraadpleegd. Van deze groep hebben 10 projectleiders (naast een goedgekeurde subsidieaanvraag ook) te maken gehad met een afgewezen subsidieaanvraag. De overige projectleiders hebben uitsluitend te maken gehad met één of meerdere goedgekeurde aanvragen.

II. Aanbevelingen voor de evaluatiecommissie

Op basis van de uitkomsten van de eindevaluatie van PreventieKracht reiken we in de richting van de evaluatiecommissie en ZonMw een aantal aanbevelingen voor de toekomst aan. Enerzijds hebben deze aanbevelingen betrekking op het veilig stellen van de 'opbrengsten' die met PreventieKracht zijn verkregen. Anderzijds zijn ook enkele leereffecten voor toekomstige subsidieprogramma's geformuleerd.

In het onderstaande zijn deze aanbevelingen weergegeven. Bij elke aanbeveling hebben we een bondige toelichting gegeven.

1. Om te voorkomen dat de 'opbrengsten' die met PreventieKracht zijn verkregen voor een belangrijk deel weer verloren gaan, zal in de richting van gemeenten, zorgverzekeraars en hun koepelorganisaties een signaal moeten worden gegeven dat investeringen in preventie lonen.

Toelichting

Voor de instandhouding van de preventieactiviteiten en de onderliggende samenwerkingsrelaties blijft ook na afloop van PreventieKracht externe financiering van cruciale betekenis. Zolang gemeenten en zorgverzekeraars hun regierol op dit terrein niet oppakken, dreigen de preventieactiviteiten die met steun van PreventieKracht tot stand zijn gekomen 'tussen wal en schip' te raken. Om te voorkomen dat de 'opbrengsten' die met PreventieKracht zijn verkregen verloren gaan zal binnen afzienbare tijd duidelijkheid moeten worden verkregen over hoe gemeenten en zorgverzekeraars – samen of afzonderlijk – gaan zorgdragen voor de financiering van preventieactiviteiten.

2. (Thuiszorg)organisaties hebben er belang bij dat hun sector zich kan profileren met een goed preventief aanbod. Dit kunnen ze onder andere realiseren door proactief een bijdrage te leveren aan de visievorming van gemeenten op het gebied van lokaal gezondheidsbeleid en de meerwaarde die met preventie kan worden verkregen.

Toelichting

Een 'winst' die met PreventieKracht is verkregen is dat binnen de deelnemende organisaties meer

bewustzijn is ontstaan over de meerwaarde van preventie en het belang van samenwerking hierbij. Om hun positie binnen het lokale gezondheidsbeleid te bepalen en daarmee de kansen op verankering van de preventieactiviteiten te vergroten, zullen de (thuiszorg)organisaties ook zelf inspanningen moeten plegen. Een proactieve rol bij de visievorming rondom de transitie die in de komende tijd hun beslag krijgen, kan aangegrepen worden om de meerwaarde van (samenwerking bij) preventie goed voor het voetlicht te brengen.

3. Om de meerwaarde van de preventieactiviteiten goed uit te kunnen dragen, is meer 'harde' bewijsvoering over de (gezondheids)winst van deze activiteiten nodig.

Toelichting

Voor de verdere borging en instandhouding van de tijdens PreventieKracht uitgevoerde preventieactiviteiten is het belangrijk dat de uitvoerende organisaties (met name thuiszorg, GGD en GGZ) op een overtuigende manier (in de richting van gemeenten en zorgverzekeraars) communiceren welke meerwaarde kan worden geleverd. Aan overtuigingskracht kan worden gewonnen als er meer onderbouwing kan worden gegeven over de bewezen effectiviteit en de winst die met preventieactiviteiten kan worden verkregen. Tot dusver is het aantal bewezen effectieve interventies (in de I-Database) op het gebied van preventie beperkt gebleven.

4. Overweeg om de opgebouwde samenwerking bij preventie toch nog langer te blijven ondersteunen totdat duidelijkheid bestaat over alternatieve financiering.

Toelichting

Het ministerie van VWS heeft de gemeenten en de zorgverzekeraars de verantwoordelijkheid gegeven voor de aansturing en financiering van preventieactiviteiten. In de praktijk blijkt echter dat op regionaal en/of gemeentelijk niveau door deze partijen nog geen duidelijke afspraken zijn gemaakt, waardoor een helder kader voor het werken aan gezondheidsbevordering voor de uitvoerende organisaties ontbreekt. Als gevolg van deze onzekerheid bij projectleiders over de financiering en aansturing van preventie-activiteiten, dreigen de samenwerkingsverbanden die tijdens PreventieKracht zijn ontstaan 'af te brokkelen'. Dit proces is inmiddels al in gang gezet. Hoe langer de onzekerheid over de positionering van preventieactiviteiten binnen het gemeentelijke beleid blijft voortduren, hoe groter het afbreukrisico. Om de effectiviteit van PreventieKracht ook op langere termijn te borgen zou overwogen kunnen worden om de samenwerkingsverbanden toch nog enige tijd te blijven ondersteunen.

5. Daag (thuiszorg)organisaties uit om verdere stappen te nemen in het integreren van preventie-activiteiten in de zorgketen.

Toelichting

Met het programma PreventieKracht is actief ingezet om preventie meer te verbinden met de zorg. Een deel van de betrokken organisaties heeft tijdens het programma hier al belangrijke stappen in genomen, onder meer door preventieactiviteiten te verbinden met de wijkverpleegkundigen (die vanuit het programma 'Zichtbare schakel, de wijkverpleegkundige voor een gezonde buurt' zijn gefinancierd). Uit de evaluatie blijkt dat hiermee een groter bereik onder de doelgroepen kan worden verkregen. Echter, lang niet alle (thuiszorg)organisaties hebben wat dit betreft de benodigde cultuuromslag in beleid en handelen gemaakt.

6. Formuleer als ZonMw bij toekomstige subsidieprogramma's een hanteerbare set aan realistische doelen die aansluiten bij de invloedssfeer van de programma-activiteiten.

Toelichting

Voor beide PreventieKracht-programma's geldt dat een groot aantal doelstellingen en beoogde resultaten was geformuleerd. Een deel van deze doelstellingen bleek bij voorbaat niet te realiseren, omdat hierop niet of nauwelijks invloed kon worden uitgeoefend vanuit het programma (zoals het beschikbaar krijgen van scenario's voor structurele financiering van preventie). Ook bleek een deel van de doelen te generiek geformuleerd. Doelen waren hierdoor onvoldoende 'meetbaar' en voor organisaties was het lastig om de generieke doelen te vertalen naar concrete projecten (wat wordt bijvoorbeeld precies verstaan onder het verbinden van zorg en preventie en het realiseren van een kosteneffectieve aanpak van activiteiten). De leerervaring voor toekomstige ZonMw-programma's is dan ook dat uitsluitend SMART-geformuleerde doelen worden nagestreefd die ook direct beïnvloedbaar zijn vanuit de programma-activiteiten.

7. Voorkom – in de toekomst bij vergelijkbare ZonMw-programma's – een overbelasting van de Programmacommissie door de beoordeling van aanvragen anders te organiseren.

Toelichting

Beleidsmatig is het een goede keuze geweest om het programma PreventieKracht en Zichtbare schakel beiden onder te brengen bij één Programmacommissie. Ook in de praktijk blijkt bij de deelnemende organisaties dat het integreren van beide programma's tot waardevolle resultaten leidt. Het heeft echter wel gezorgd voor een onevenredig zware belasting van de leden van de Programmacommissie. De zware belasting werd vooral ook veroorzaakt door het feit dat de leden naast het aansturen van de programma's ook verantwoordelijk waren voor het beoordelen van de subsidieaanvragen. Voor vergelijkbare programma's in de toekomst is het daarom aan te bevelen om beide taken te scheiden en de Programmacommissie zich te laten richten op het op beleidsniveau uitzetten van de lijnen. Het beoordelen van de aanvragen zou als taak bij een andere partij moeten worden ondergebracht. Tevens is het raadzaam om de Programmacommissie voldoende tijd te geven voor het voorbereiden en afstemmen van hun taken. Bij de Programmacommissie van deze beide programma's heeft het aan een mogelijkheid tot een goede voorbereiding ontbroken.

III. Samenvattende resultaten en conclusies

Opzet en uitvoering programma

Om preventie en gezondheidsbevordering een kwaliteitsimpuls te geven zijn door het ministerie van VWS in de afgelopen zes jaar gelden beschikbaar gesteld voor twee achtereenvolgende PreventieKracht-programma's. De kern van deze programma's bestond uit een subsidieregeling waarop (thuiszorg)organisaties een beroep konden doen voor de financiering van hun preventieplannen. Hiervoor was een budget van ruim 52 miljoen euro beschikbaar. In zes jaar tijd zijn in totaal 338 preventieplannen ingediend voor subsidiëring. Van deze subsidieaanvragen werden 223 gehonoreerd.

In het kader van de subsidieregeling organiseerde ZonMw jaarlijkse tenders waar aanvragen voor subsidiëring van preventieplannen werden getoetst aan programma-specifieke kwaliteitseisen en relevantiecriteria. Een belangrijk voordeel van deze aanpak was dat deze eisen en criteria in de loop van de tijd konden worden aangepast op grond van opgedane leerervaringen en veranderingen in de context. Er was dan ook sprake van een zich **evoluerend programma** dat steeds beter in staat bleek

om de kwaliteit van ingediende preventieplannen in de gewenste richting bij te sturen. Mede daardoor is kwaliteit van de aanvragen in de loop van de tijd verbeterd (getuige het geringe aantal afwijzingen vanwege onvoldoende kwaliteit).

Uit de tussenevaluatie na afloop van het eerste PreventieKracht-programma bleek dat de **aanvraagprocedure** en de daarbij behorende kwaliteitscriteria door veel aanvragers als lastig en bureaucratisch werd ervaren. Organisaties waren namelijk niet gewend om hun preventieactiviteiten gedetailleerd te beschrijven in een preventieplan. Vanuit het programma is dan ook ondersteuning geboden via een scholingstraject en voorlichtingsbijeenkomsten. Naast hulp bij het opstellen van een goede aanvraag heeft het scholingstraject ook als belangrijke meerwaarde gehad dat projectleiders elkaar konden ontmoeten om ervaringen uit te wisselen en elkaar te inspireren. Hoewel de ondersteuning en de verschillende communicatie-inspanningen vanuit ZonMw zijn gewaardeerd door de aanvragers, blijkt ook in het tweede programma het indienen van een aanvraag geen eenvoudige opgave. Vooral het tijdrovende en arbeidsintensieve karakter van het opstellen van een aanvraag werd door een deel van de aanvragende organisaties hierbij als knelpunt ervaren.

De voorwaarden en criteria die in het tweede programma werden gehanteerd, waren doorgaans voldoende duidelijk en konden over het algemeen op draagvlak rekenen onder de projectleiders. Dit laatste gold met name voor de vereiste samenwerking met andere partijen, het bijhouden van het bereik en de maximale uitvoeringstermijn van twee jaar. Over de termijn van eenjarige projecten, de verdeelsleutel op grond van inwonersaantallen en het format die voor het preventieplan gehanteerd moest worden, liepen de meningen uiteen.

Niet alleen voor het indienen van subsidieaanvragen werd door ZonMw haar 'standaardsystematiek' gehanteerd, maar ook voor de beoordeling van de aanvragen. Belangrijke kenmerken van deze **beoordelingsprocedure** zijn de beoordeling van elke aanvraag door twee referenten (in casu leden van de Programmacommissie), de mogelijkheid tot wederhoor, het preadvies van het Programmamanagement, en de plenaire bespreking van aanvragen door de Programmacommissie. Uit de evaluatie blijkt dat deze beoordelingsprocedure als objectief en zorgvuldig kan worden aangemerkt. Wel is gebleken dat deze procedure – en met name doordat zijzelf als referenten optraden – belastend was voor de Programmacommissie. Ook de gecombineerde uitvoering met Zichtbare schakel vroeg een grote inzet van leden van deze commissie.

De beoordelingsprocedure wordt door een grote meerderheid van de geraadpleegde projectleiders uit het tweede programma als positief beoordeeld. Ze waarderen vooral de heldere procedure en de communicatie vanuit het Programmamanagement. Ook de bereikbaarheid, de prettige contacten en de betrokkenheid van dit gremium werden zeer gewaardeerd. Kritische kanttekeningen werden geplaatst bij het opschuiven van deadlines aan de kant van het Programmamanagement.

Naast de subsidieregeling was er sprake van een **budget voor ondersteunende activiteiten** op het gebied van communicatie, implementatie en onderzoek. De **communicatie** over (de subsidie-mogelijkheden van) het programma is door ZonMw – in samenwerking met de Programmacommissie – adequaat opgepakt. De informatievoorziening werd namelijk goed gewaardeerd door projectleiders. De verstrekte informatie was volgens hen helder, informatief en up-to-date. Ook de website van PreventieKracht voorzag in de informatiebehoefte van de projectleiders, hoewel een deel van hen deze onoverzichtelijk vond door een 'overkill' aan informatie.

Voor de **ondersteuning van de implementatie** zijn in het eerste programma verschillende activiteiten ontplooid, zoals het voornoemde scholingstraject, coaching on the job (voor de werving van

deelnemers aan preventieactiviteiten) en het Landelijk Steunpunt Thuiszorg (om onderlinge samenwerking en kennisuitwisseling te bevorderen). In het tweede programma zijn de activiteiten rondom kennisbevordering grotendeels overgedragen aan het Centrum Gezond Leven van het RIVM. Daarnaast heeft het Programmamanagement werkconferenties en projectleidersbijeenkomsten georganiseerd. Deze blijken een belangrijke kennis- en inspiratiebron te zijn geweest volgens de projectleiders. Het **onderzoek** heeft onder meer betrekking op het opzetten/faciliteren van de Academische Werkplaatsen Thuiszorg, die verder buiten de scope van deze eindevaluatie zijn gebleven.

Doelrealisatie en effectiviteit

Het overall doel van PreventieKracht was het leveren van een bijdrage aan een kwalitatief goede lokale uitvoering van preventie en uiteindelijk het bevorderen van de volksgezondheid. Dit doel werd in het **eerste programma** vertaald naar vier doelstellingen. Uit de tussenevaluatie van dit programma bleek dat de doelrealisatie slechts ten dele was gelukt. Er was weliswaar sprake van een kwaliteitsimpuls ten aanzien van preventieactiviteiten in de thuiszorg, maar de andere doelen – meer verbinding preventie en zorg, meer samenwerking thuiszorg en andere partijen en verankering van de preventieactiviteiten – waren nog niet of onvoldoende gerealiseerd. Dit gold ook voor een deel van de beoogde concrete programmaresultaten (zoals inzicht in het bereik van de preventieactiviteiten). Op basis van de leerervaringen met het eerste PreventieKracht-programma en veranderingen in de beleidscontext, kreeg het **tweede programma** een andere focus en andere doelstellingen.

Het bevorderen van de **(kosten)effectieve uitvoering van preventie en gezondheidsbevordering** vormde de eerste doelstelling van het tweede programma. Dit zou moeten worden gerealiseerd via samenwerking met andere partijen en een grotere inzet om de doelgroepen in het vizier te krijgen. Verschillende uitkomsten wijzen erop dat deze doelstelling (grotendeels) is gerealiseerd. In de eerste plaats heeft PreventieKracht ertoe bijgedragen dat partijen bij de uitvoering van preventieactiviteiten (voor het eerst of intensiever dan daarvoor) zijn gaan samenwerken. Vaak werd bewust de samenwerking gezocht met partijen die inzicht hadden in (de behoeften van) de doelgroep, zoals organisaties uit de eerstelijnszorg, de welzijn en maatschappelijke dienstverlening, de GGD en het ziekenhuiswezen. Het samenwerkings-budget voor het opstellen van een wervings- en samenwerkingsplan blijkt overigens van grote betekenis te zijn geweest voor de samenwerking. In de tweede plaats spreekt een ruime meerderheid van de geraadpleegde projectleiders over betere preventieactiviteiten als gevolg van de deelname aan PreventieKracht. Mede door de samenwerking en onderlinge kennisuitwisseling hebben de organisaties (voor hen) nieuwe vormen van preventie geïntroduceerd en kon de kwaliteit van de preventieactiviteiten van hun eigen organisatie worden vergroot. In de derde plaats hebben organisaties ook tussentijds 'bijgestuurd' als preventieactiviteiten onvoldoende uit de verf kwamen. Bij een kwart van de geraadpleegde organisaties zijn niet-effectieve activiteiten tussentijds gestaakt en/of 'ingeruild' voor meer effectieve interventies. Of de preventieactiviteiten ook meer kosteneffectief worden uitgevoerd kon in de evaluatie niet worden vastgesteld.

De tweede programmadoelstelling was **het bevorderen van het bereik van de risicogroepen**. Hierop is onder meer ingezet door goede voorbeelden beschikbaar te stellen en de verbinding van zorg en preventie te bevorderen. Uit de evaluatie blijkt dat wat deze doelstelling betreft een aantal belangrijke resultaten zijn geboekt. Zo blijken de samenwerkende partijen volgens de meerderheid van de projectleiders gericht te hebben gewerkt aan een goede probleemsignalering en onderlinge doorverwijzing van doelgroepen. Volgens bijna 60% van de projectleiders heeft PreventieKracht dan ook bijgedragen aan versterking van de samenwerking om risicogroepen (nog) beter te bereiken. Zo is

binnen de consortia en binnen de (thuiszorg)organisaties zelf gewerkt aan het realiseren van een betere verbinding tussen zorg en preventie. In dit opzicht blijkt ook de combinatie met Zichtbare schakel effectief te zijn. Door de wijkverpleegkundigen een actieve rol te geven in de signalering en doorverwijzing wordt een groter bereik onder de doelgroep gerealiseerd. Zowel de monitoringcijfers van het Trimbos-instituut als de uitkomsten van de interviews met projectleiders wijzen op verbeteringen in het bereik van doelgroepen (met bijvoorbeeld een lage sociaal-economische status).

Toch lukt het in de praktijk niet altijd om de beoogde doelgroepen van de preventieactiviteiten te bereiken. In meerdere projecten konden niet alle geplande activiteiten worden uitgevoerd vanwege onvoldoende deelname. Aan een aantal PreventieKracht-projecten werd om die reden minder subsidie vanuit PreventieKracht uitgekeerd.

Het **bevorderen van de samenwerking tussen organisaties** voor een integrale aanpak van preventie op lokaal en regionaal niveau, vormde de derde doelstelling van het vervolgprogramma. Hiermee zou een basis moeten worden gelegd voor de vervolgfianciering van de preventieactiviteiten in de post-PreventieKracht periode. Het reserveren van een percentage van het budget voor samenwerking, is hiervoor een goede impuls geweest. Tegelijkertijd laat het zich aanzien dat dit budget een onmisbare factor is geweest voor de uitvoering van de preventieplannen. Dit geldt niet alleen voor de programmaperiode zelf (de subsidie blijkt van groot belang voor het doorgaan en de schaal van preventieactiviteiten), maar ook voor de periode daarna. Maar een beperkt aantal projecten blijkt erin geslaagd te zijn om een duurzame, verankerde samenwerkingsinfrastructuur te realiseren voor een integrale aanpak van preventie. In de meeste gevallen echter wordt de samenwerking na afloop van PreventieKracht weliswaar voortgezet, maar beperkt zich dit veelal tot het onderhouden van contact (en dan vooral met partijen waarmee voorheen ook al werd samengewerkt). De feitelijke uitvoering van preventieactiviteiten staat dan dikwijls 'on hold' vanwege onvoldoende financiering. Volgens 71% van de geraadpleegde projectleiders zijn de preventieactiviteiten uit PreventieKracht slechts gedeeltelijk gecontinueerd, terwijl in 13% van de gevallen helemaal gestopt is met de uitvoering van preventieactiviteiten. In de huidige context is een financiële ondersteuning van de voortzetting van de samenwerking niet voorzien. Het lijkt erop dat in het huidige systeem niet de juiste prikkels aanwezig zijn om de samenwerking zonder een dergelijke financiële ondersteuning in stand te houden.

Een belangrijke verklaring – die buiten de invloedssfeer van PreventieKracht ligt – is dat gemeenten en zorgverzekeraars (nog) geen regie zijn gaan voeren op het gebied van preventie. De (thuiszorg)organisaties zijn dan ook maar in beperkte mate geslaagd om via deze partijen financiering te krijgen voor hun preventieactiviteiten. Bij gemeenten speelt daarbij dat nog niet bekend is hoe de transities hun beslag krijgen en welke positie preventie daarin zal krijgen. Hierover bestaat nog veel onduidelijkheid en onzekerheid. Veel projectleiders menen dat zorgverzekeraars voor zichzelf geen of slechts een beperkte rol zien weggelegd op het gebied van preventie. Maar in beperkte mate zijn er werkrelaties ontstaan waarbij zorgverzekeraars bereid zijn om actief mee te denken over en mee te betalen aan initiatieven op het gebied van preventie en gezondheidsbevordering.

Ook in het programma PreventieKracht Dicht bij Huis zijn – naast doelstellingen – een aantal beoogde resultaten benoemd. Deze resultaten zijn nagenoeg allemaal gerealiseerd. Alleen de beoogde scenario's voor structurele financiering van preventie zijn niet beschikbaar gekomen. Het was volgens het ministerie van VWS niet meer de taak van PreventieKracht om deze scenario's te ontwikkelen.

EINDEVALUATIE PROGRAMMA PREVENTIEKRACHT 2007-2013

RESULTATEN EINDEVALUATIE

1. INLEIDING

1.1 Aanleiding

Op het gebied van de **preventieve gezondheidszorg** hebben zich in het afgelopen decennium grote veranderingen voorgedaan. Zo zijn bijvoorbeeld de preventieactiviteiten overgeheveld van de AWBZ naar de begroting van het ministerie van VWS. Het gevolg hiervan was dat thuiszorgorganisaties per 1 januari 2007 geen gebruik meer konden maken van de AWBZ voor de financiering van hun preventieactiviteiten. Wel konden thuiszorgorganisaties vanaf dat moment een beroep doen op het door het ministerie van VWS gefinancierde programma **PreventieKracht Thuiszorg**. Dit programma had als overall doel om een bijdrage te leveren aan een kwalitatief hoogwaardige uitvoering van preventie en daarmee aan het bevorderen van de volksgezondheid. ZonMw heeft dit programma in opdracht van het ministerie ontwikkeld en uitgevoerd.

In het kader van PreventieKracht Thuiszorg organiseerde ZonMw gedurende een periode van drie jaar een jaarlijkse subsidieronde, waarvoor thuiszorgorganisaties een aanvraag konden indienen voor hun preventieprogramma's. Daarnaast werden vanuit PreventieKracht Thuiszorg enkele flankerende activiteiten ontplooid, zoals de scholing van thuiszorgmedewerkers, de bundeling van kennis, ervaring en innovaties in het Landelijk Steunpunt Preventie Thuiszorg en de coaching van thuiszorgorganisaties bij de uitvoering van hun preventieactiviteiten. PreventieKracht Thuiszorg liep van 2007 tot en met 2009.

In 2010 kreeg het bovenstaande programma een vervolg in een nieuw driejarig uitvoeringsprogramma, namelijk **PreventieKracht Dicht bij Huis**. Dit programma verschilde op een aantal belangrijke punten met het voorgaande programma. Zo kon de subsidie uitsluitend aangevraagd worden voor gezamenlijke preventieplannen van samenwerkende partijen. De subsidie was dus niet meer uitsluitend beschikbaar voor thuiszorgorganisaties. De thuiszorg moest echter wel onderdeel uitmaken van de consortia om (eventueel) voor subsidie in aanmerking te komen¹. Daarnaast werd ingezet op vergroting van het bereik onder risicogroepen met de preventieactiviteiten en dienden de preventieplannen afgestemd te worden met gemeenten en zorgverzekeraars.

Nu ook het tweede programma afgelopen is, bestond er bij ZonMw behoefte aan een **externe eindevaluatie** van beide PreventieKracht-programma's². Bureau Bartels heeft deze eindevaluatie – onder begeleiding van een evaluatiecommissie – uitgevoerd in de periode maart – november 2013. Van de uitkomsten die met deze evaluatie zijn verkregen, wordt in dit rapport verslag gedaan.

¹ In dit rapport spreken we gemakshalve van '(thuiszorg)organisaties' daar waar het gaat om organisaties die als projectleider hebben gefungeerd. Hoewel vooral thuiszorgorganisaties deze rol hebben vervuld, is het in het tweede PreventieKracht-programma voorgekomen dat ook andere typen organisaties (zoals GGD-en of GGZ-organisaties) als projectleider hebben gefungeerd.

² Voor het gemak spreken we in het vervolg overigens kortweg van 'het programma PreventieKracht' of 'het programma' daar waar we beide deelprogramma's bedoelen.

1.2 Doelstelling en aanpak onderzoek

In deze paragraaf gaan we achtereenvolgens in op de centrale doelstelling en de aanpak van de evaluatie.

Doelstelling

De centrale doelstelling van de eindevaluatie was als volgt geformuleerd:

In hoeverre en op welke wijze heeft het programma PreventieKracht bijgedragen aan (de kwaliteit van) preventie en gezondheidsbevordering alsmede aan het stimuleren van regionale samenwerking en afstemming op deze terreinen?

Aanpak onderzoek

De evaluatie is in twee fasen uitgevoerd.

In de **eerste fase** is onder meer **deskresearch** verricht. Hiervoor is vanuit ZonMw een groot aantal (digitale) documenten over beide programma's aangereikt. Voor een overzicht van de bestudeerde documenten verwijzen we naar de literatuurlijst. In aanvulling op de deskresearch zijn in deze eerste fase van de evaluatie gesprekken gevoerd met verschillende typen betrokkenen bij het programma. Het ging hierbij om sleutelpersonen die op meer 'overall' (beleids)niveau bij het programma betrokken waren en om vertegenwoordigers van gremia die een rol hadden bij de uitvoering van (specifieke onderdelen van) het programma. Bij deze laatste gremia ging het bijvoorbeeld om leden van de Programmacommissie, de Programmateams en partijen als het Trimbos-instituut, het RIVM. De volledige lijst met namen van sleutelpersonen en betrokkenen bij de uitvoering is in bijlage III opgenomen.

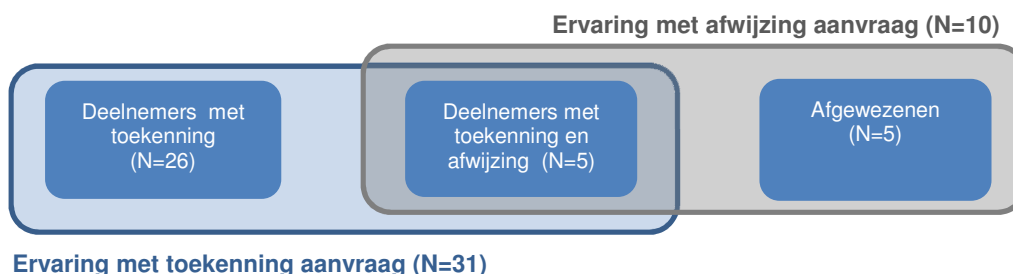
De resultaten van de deskresearch en de raadpleging van de genoemde partijen zijn verwerkt in een **tussenrapportage**. Deze tussenrapportage is besproken met de Evaluatiecommissie en ZonMw.

In de **tweede fase** van de evaluatie stond het raadplegen van de **doelgroep** van PreventieKracht centraal, dus (thuiszorg)organisaties die een beroep deden op het subsidieprogramma. Hierbij is onderscheid gemaakt tussen organisaties die hun subsidieaanvraag gehonoreerd zagen (hierna 'deelnemers' genoemd) en organisaties waarvan een aanvraag is afgewezen ('afgewezenen'). Bij de raadpleging van deze organisaties hebben we ons uitsluitend geconcentreerd op projecten uit het tweede PreventieKracht-programma (PreventieKracht Dicht bij Huis). De achtergrond hiervan was dat de doelgroep van het eerste programma al in een eerdere tussentijdse evaluatie aan bod was gekomen. Bovendien leert de ervaring dat aanvragers van meer recente projecten beter in staat zijn om evaluatievragen zinvol te beantwoorden, omdat hun ervaringen niet te ver terug in de tijd liggen.

In totaal hebben we **31 deelnemers** en **5 afgewezenen** via telefonische interviews geraadpleegd. Tijdens de gesprekken bleek dat binnen de groep deelnemers echter ook 5 organisaties zaten die – naast een toegekende subsidie – in 2012 ook te maken hebben gehad met een afwijzing van een subsidieaanvraag. Uiteindelijk zijn er dus 31

projectleiders geraadpleegd die ervaring hebben opgedaan met het uitvoeren van een preventieplan waaraan subsidie van PreventieKracht is toegekend en 10 projectleiders die ervaring hebben opgedaan met een afwijzing van een aanvraag. De situatie is weergegeven in onderstaand figuur.

Figuur 1.1 Ervaringen van de geraadpleegde projectleiders met toewijzing en/of afwijzing van een subsidieaanvraag vanuit PreventieKracht



De groep deelnemers bestond uit vertegenwoordigers van thuiszorgorganisaties (61%), GGD-en (16%), GGZ-instelling (16%), welzijn en maatschappelijke dienstverlening (3%) en een stichting die zich bezighoudt met onder ander onderzoek (3%). Bij de afgewezenen ging het om drie thuiszorgorganisaties, een academisch ziekenhuis en een ondersteuner van sportinstellingen.

In tabel 1.1 hebben we inzicht gegeven in het aantal projectleiders dat we benaderd hebben om te participeren in het onderzoek en de respons die daarmee verkregen is. Daarbij is een representatieve spreiding gerealiseerd wat betreft de omvang van het verkregen subsidiebedrag, het type aanvrager (thuiszorg, GGZ, GGD etc.) en regio (platteland/stad en West/Midden/ZuidOost/Noord-Nederland).

Tabel 1.1 Respons onder deelnemers en afgewezenen

Aspect	Deelnemers	Afgewezenen	Totaal
Brutosteekproef	54	17	71
- Na herhaaldelijke pogingen niet bereikt	20	8	28
- Niet meer werkzaam, geen vervanger bekend	2	1	3
- Organisatie failliet	0	1	1
- Niet meer gebeld i.v.m. behalen streefaantal groep	0	2	2
Nettosteekproef	32	5	37
- Non-respons (geen tijd/interesse)	1	0	1
Respons (absoluut)	31	5	36
Respons (relatief)	97%	100%	97%

De gegevens die via zowel de eerste fase als de tweede fase van de evaluatie zijn verkregen, zijn door ons geanalyseerd. De uitkomsten hiervan zijn verwerkt in deze **eindrapportage**.

1.3 Leeswijzer

De opbouw van het rapport ziet er als volgt uit. In hoofdstuk 2 tot en met 4 staan de uitkomsten uit de eerste fase van de evaluatie centraal. Daarbij kijken we in hoofdstuk 2 naar de inhoud en het gebruik van het programma PreventieKracht. Hoofdstuk 3 behandelt de veranderingen in de context die van invloed zijn geweest op de uitvoering van het programma. Hoofdstuk 4 gaat in op de doelrealisatie zoals die op basis van de deskresearch en de gesprekken met de sleutelpersonen en uitvoerders kon worden vastgesteld.

In hoofdstuk 5 tot en met 8 worden de uitkomsten van de raadpleging van de doelgroep – dus de tweede fase van de evaluatie – gepresenteerd. Daarbij gaan we in hoofdstuk 5 nader in op hun ervaringen met de aanvraag- en beoordelingsprocedure. In hoofdstuk 6 staan de ervaringen met de samenwerking en de uitvoering van de preventieplannen centraal. Hoofdstuk 7 gaat in op de effecten die met de deelname aan het programma zijn verkregen, terwijl in hoofdstuk 8 de borging en verankering na afloop van het programma centraal staat.

2. INHOUD EN GEBRUIK PROGRAMMA PREVENTIEKRACHT

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk geven we in paragraaf 2.2 allereerst inzicht in de aanleiding voor het programma PreventieKracht. Vervolgens bespreken we de opzet en realisatie van de twee modaliteiten van het programma, namelijk de subsidieregeling en het ondersteuningsbudget (paragraaf 2.3). De aanvraag- en beoordelingsprocedure van de subsidieregeling staat centraal in paragraaf 2.4. Tot slot gaan we nader in op de afstemming tussen PreventieKracht en het aanpalende programma Zichtbare schakel, de wijkverpleegkundige voor een gezonde buurt.

2.2 Aanleiding en ontwikkeling programma PreventieKracht

Het programma PreventieKracht heeft bestaan uit twee programma's die aansluitend aan elkaar zijn uitgevoerd. Het eerste programma PreventieKracht Thuiszorg heeft gelopen van 2007 tot en met 2009. Het tweede programma PreventieKracht Dicht bij Huis is uitgevoerd in de periode 2010 tot en met 2012³.

De directe aanleiding voor **PreventieKracht Thuiszorg** was het besluit van het ministerie van VWS om de gelden voor preventieactiviteiten per 1 januari 2007 over te hevelen van de AWBZ naar de begroting van het ministerie. Preventieactiviteiten pasten volgens het ministerie niet langer meer binnen de langdurige zorg waarop de AWBZ zich richt. De thuiszorg heeft zich – via haar brancheorganisaties – hard gemaakt om budget voor preventieactiviteiten te behouden voor de sector. Het ministerie van VWS gaf gehoor aan die wens en gaf ZonMw opdracht om een programma te ontwikkelen waarin oorspronkelijk voor drie jaar financiering beschikbaar werd gesteld voor preventieactiviteiten in de thuiszorg.

Het programma PreventieKracht Thuiszorg werd door het ministerie van VWS aangegrepen om gezondheidsbevordering en preventie een kwaliteitsimpuls te geven. Het ministerie wilde beter inzicht krijgen in de wijze waarop er in de thuiszorg vorm werd gegeven aan preventie en gezondheidsbevordering en bovendien de organisaties stimuleren om meer projectmatig en meer programmatisch te werken. Via het programma zouden de thuiszorgorganisaties tevens hun positie in het veld van gezondheidsbevordering kunnen versterken en zich voorbereiden op de toenemende concurrentie en marktwerking.

De beoogde kwaliteitsverbetering zou onder andere gestalte moeten krijgen door het hanteren van een heldere procedure met duidelijke kwaliteitscriteria voor het indienen van projectvoorstellen en het in beeld brengen van het bereik van de activiteiten (waardoor organisaties 'gedwongen' werden om meer projectmatig te werken). Verder was het de bedoeling dat thuiszorgorganisaties zouden gaan werken met preventieprogramma's die zijn samengesteld uit erkende, (kosten)effectieve interventies. Hiervoor

³ De eindverslagen van de projecten die hebben gelopen in 2012 moesten uiterlijk 1 mei 2013 bij ZonMw zijn ingeleverd. De activiteiten die vanuit de projecten werden uitgevoerd mochten tot die tijd doorlopen.

zou dan geput kunnen worden uit (de voorloper van) de I-Database van het Centrum Gezond Leven van het RIVM

Na afloop van het eerste programma bleek dat niet alle programmadoelen in voldoende mate waren behaald. Uit de tussenevaluatie⁴ bleek dat er weliswaar sprake was van een kwaliteitsimpuls, maar dat er veel verbeteringen mogelijk waren in de effectiviteit van het programma en de samenwerking tussen partijen. Bovendien werd geconstateerd dat de verbinding tussen preventie en zorg nog beter kon en dat er nog onvoldoende zicht was op het bereik onder de doelgroepen. Verderop in paragraaf 4.2 gaan we meer in detail in op de doelrealisatie van het eerste programma. Eén van de aanbevelingen uit de tussenevaluatie was om het programma te verlengen.

Het ministerie van VWS heeft gehoor gegeven aan de wens om tot een verlenging van het programma te komen en heeft financiële middelen beschikbaar gesteld voor het vervolgprogramma. Daarom is besloten een vervolg te geven aan het eerste programma. In het **programma PreventieKracht Dicht bij Huis** werden wel enkele belangrijke wijzigingen doorgevoerd ten opzichte van het eerste programma. Deze veranderingen werden enerzijds ingegeven door de leerervaringen uit het eerste programma en anderzijds door veranderingen in de beleidscontext⁵. De belangrijkste **aanpassingen** die in het tweede programma zijn doorgevoerd, hebben betrekking op het volgende:

- de subsidie kon uitsluitend aangevraagd worden voor gezamenlijke preventieplannen van samenwerkende partijen (met als doel om een integrale aanpak van preventie en gezondheidsbevordering op lokaal en regionaal niveau te realiseren);
- (in het verlengde hiervan:) de subsidie was niet meer uitsluitend beschikbaar voor thuiszorgorganisaties. In het consortium dat een aanvraag deed, moest de thuiszorg wel vertegenwoordigd zijn;
- er werd sterker ingezet op het bereiken van risicogroepen, door organisaties erbij te betrekken die al contact met deze risicogroepen hebben;
- de zorggerichte preventie voor chronisch zieken viel niet langer binnen de doelstelling van het programma;
- in de aanvraag moest worden aangegeven of er sprake was van cofinanciering door andere partijen (zoals gemeenten en zorgverzekeraars).

In het volgende hoofdstuk gaan we nader in op de realisatie van de doelstellingen en beoogde resultaten van beide programma's (zie hoofdstuk 3). In de volgende paragraaf gaan we nader in op de wijze waarop (thuiszorg)organisaties ondersteund werden vanuit de programma's.

2.3 Opzet en gebruik van de programma's

Het programma PreventieKracht bestond uit twee onderdelen met eigen budgetten, namelijk:

- een subsidiebudget van waaruit middelen beschikbaar werden gesteld voor preventieplannen van (thuiszorg)organisaties (hierna aangeduid met de term **subsidie-regeling**);

⁴ Research voor Beleid; *PreventieKracht Thuiszorg, tussentijdse evaluatie*, 2009.

⁵ Zie paragraaf 3.2.

- een budget voor communicatie, implementatie en onderzoek (hierna **ondersteuningsbudget** genoemd).

In het onderstaande lichten we (het financiële volume van) beide programmaonderdelen nader toe.

I. Subsidieregeling

De kern van beide PreventieKracht-programma's bestond uit een subsidieregeling waarop (thuiszorg)organisaties een beroep konden doen voor de financiering van hun preventieplannen. Uit het voorgaande blijkt al dat in het eerste programma uitsluitend thuiszorgorganisaties hiervan gebruik konden maken. In het tweede programma werd de doelgroep van deze regeling verbreed naar samenwerkingsverbanden (waarvan thuiszorg wel onderdeel moest uitmaken). Voor het beschikbaar stellen van de subsidie werd gebruik gemaakt van een **tenderprocedure**. In elk van de programma's werden drie tenders uitgevoerd, dus in totaal zes tenders. In twee van de zes tenders werden zowel eenjarige als tweejarige preventieplannen ondersteund, in de andere tenders uitsluitend eenjarige plannen (zie tabel 2.2).

Met de subsidieregeling was – over een periode van zes jaar – in totaal een volume van **bijna 53 miljoen euro** gemoeid (zie tabel 2.1). Oorspronkelijk was dit bedrag nog 2,8 miljoen hoger. Bij de laatste tender is het budget naar beneden bijgesteld (van 9,3 miljoen euro naar 6,5 miljoen euro). Deze inkrimping had te maken met de onderbenutting die in de eerste tender van het tweede programma was opgetreden. Het gevolg van deze bijstelling in budget was dat in de laatste tender een deel van de ingediende aanvragen (die in principe wel aan de voorwaarden zouden voldoen) werd afgewezen vanwege budgettaire redenen.

Om een regionale spreiding van beschikbare middelen te realiseren werd gebruik gemaakt van een **verdeelsleutel** op basis van het aantal inwoners. Dit hield in dat voor een aanvragende organisatie (eerste programma) of voor het consortium (tweede programma) een maximum van €0,56 per inwoner in de gemeente/regio waarin de organisatie(s) actief was (waren), beschikbaar werd gesteld. Het bedrag dat op deze manier berekend kon worden, betrof geen recht waarop organisaties aanspraak konden maken. Afhankelijk van onder andere de inhoud en het beoogde bereik werd budget voor de uitvoering van preventieactiviteiten toegekend.

In het tweede programma was er een zogenaamde **15%-module** voor het opzetten van samenwerking. Hoewel de subsidie in beginsel vooral bedoeld was voor het uitvoeren van preventieplannen, konden organisaties gebruik maken van de mogelijkheid om 15% van het subsidiebedrag in te zetten voor het opzetten van een wervings- en samenwerkingsplan. Dit om te bevorderen dat de lokale/regionale samenwerking goed van de grond komt en dat daarmee één van de kerndoelen van het tweede programma – namelijk samenwerking met andere partijen zoals gemeenten en zorgverzekeraars – gerealiseerd zou worden. In het veldwerk onder aanvragers zullen we toetsen in hoeverre gebruik is gemaakt van deze module en wat hiervan het effect is geweest.

In tabel 2.1 hebben we de **financiële realisatie** van beide programma's weergegeven.

Tabel 2.1 Financiële realisatie van beide PreventieKracht-programma's, per programma en totaal (bedragen in euro's)

Programma	Tender	Beschikbaar budget	Toekenning	Afgerekend	Vrijval
PreventieKracht Thuiszorg	2007-2008	9.179.607	13.404.779	-	-
	2008-2009	9.179.607	1.850.606	-	-
	2009	9.179.607	7.988.580	-	-
	Subtotaal	27.538.943	23.243.965	17.756.778	5.487.187
PreventieKracht Dicht bij Huis	2010-2011	9.300.000	17.425.963	14.678.089	2.747.874
	2011-2012	9.300.000	2.273.852	2.084.863	188.989
	2012	6.500.000	6.001.781	5.700.000	301.781
	Subtotaal	25.100.000	25.701.596	22.462.952	3.238.644
Totaal generaal		52.638.943	48.945.534	40.219.730	8.725.831

Legenda: n.n.b. = op het moment van schrijven nog niet bekend. De schuingedrukte bedragen betreffen voorlopige bedragen. De afrekening en vrijval van de tender 2012 zijn nog niet (volledig) bekend

Bron: ZonMw

Uit de bovenstaande tabel blijkt dat in de eerste tender van het tweede programma ook een deel van de beschikbare middelen voor de tweede tender is ingezet. Dit heeft ermee te maken dat in deze eerste tender veel tweejarige preventieplannen zijn gehonoreerd. Als min of meer 'communicerende vaten' werd in de tweede tender een relatief klein deel van het budget toegekend. Deze tender werd uitsluitend opengesteld voor consortia die nog geen aanvraag in de eerste tender hadden ingediend of die in de eerste tender geld voor een eenjarig plan toegekend hadden gekregen.

Wat verder opvalt in tabel 2.1 is de **vrijval** van middelen. Dit heeft te maken met een onderuitputting van middelen bij een deel van de organisaties/consortia die subsidie voor de uitvoering van hun preventieplannen toegekend hebben gekregen. Zij blijken minder kosten gemaakt te hebben dan vooraf geraamd en hebben daardoor ook minder subsidie uitgekeerd gekregen. ZonMw heeft gedurende beide programma's geprobeerd om de onderbenutting te beperken. In het eerste programma is bijvoorbeeld coaching on the job aangeboden (zie verderop). In het tweede programma zijn mogelijkheden geboden om de uitvoeringstermijn te verlengen van 12 naar 15 maanden (om kosten voor een langere periode mee te kunnen nemen) en om wijzigingsvoorstellen in te dienen (om de gelden op een wat andere manier in te zetten dan eerst voorzien). Dergelijke flexibele mogelijkheden worden in veel andere subsidieprogramma's veelal niet geboden.

In tabel 2.2 hebben we gegevens over het gebruik van beide PreventieKracht-programma's weergegeven. Hieruit valt op te maken dat in de afgelopen zes jaar in totaal **223 preventieplannen** financieel zijn ondersteund vanuit PreventieKracht. In 51% van de gevallen ging het daarbij om eenjarige plannen, in 49% van de gevallen om tweejarige preventieplannen.

Tabel 2.2 Aantal aanvragen en mate van honorering, per programma en totaal

Programma	Tender	Aantal aanvragen	W.v. gehonoreerd	W.v. afgewezen
PreventieKracht Thuiszorg	2007-2008	102	1-jarig: 13 2-jarig: 33	56
	2008-2009	39	1-jarig: 15 2-jarig: 22	2
	2009	50	1-jarig: 45	5
	Subtotaal	191	128	63
PreventieKracht Dicht bij Huis	2010-2011	67	1-jarig: 8 2-jarig: 47	12
	2011-2012	11	1-jarig: 1 2-jarig: 6	4
	2012	69	1-jarig: 31 2-jarig: 2	36
	Subtotaal	147	95	52
Totaal generaal		338	223	115

Bron: ZonMw

Verder valt het relatief grote aantal afwijzingen in de laatste tender op. Dit heeft – zoals hiervoor aangegeven – te maken met de inkrimping van het budget aan het eind van de programmaperiode.

In een rapport van het NIGZ⁶ is inzicht gegeven in de **typen interventies** die vanuit het eerste PreventieKracht-programma zijn ondersteund (zie tabel 2.3).

Tabel 2.3 Typen interventies in gehonoreerde preventieplannen, 2007, 2008 en 2009

Type interventie	2007	2008	2009
Cursus	44%	153 47%	246 31%
Themabijeenkomst, gastles	21%	70 22%	236 30%
Individueel advies/voorlichting	9%	31 9%	148 18%
Deskundigheidsbevordering/scholing	5%	9 3%	43 5%
Informatiemarkt, beurs, etc.	2%	10 3%	28 4%
Consultatiebureaus	1%	10 3%	23 3%
Gespreksgroep	2%	7 2%	20 3%
Huisbezoek	3%	13 4%	16 2%
Overig/onbekend	13%	21 6%	40 5%
Totaal	100%	324 100%	800 100%

Voor 2007 zijn uitsluitend percentages bekend.

Bron: NIGZ, 2009 (bewerkt)

Uit de bovenstaande tabel blijkt dat in de genoemde jaren de cursussen de boventoon hebben gevoerd. Opvallend is de toename van het aantal themabijeenkomsten en de individuele advisering/voorlichting in het laatste jaar.

⁶ NIGZ, *Preventie in de thuiszorg nader bekeken (3). Een inventarisatie van preventieactiviteiten in 2009, 2009.*

Voor het tweede programma zijn de typen interventies op een wat andere manier in kaart gebracht. Het Trimbos-instituut heeft in de eindverslagen gekeken naar de uitgevoerde activiteiten en daarbij een onderscheid gemaakt naar drie niveaus van intensiteit. Het gaat daarbij om de niveaus: intensief (meerdere langdurige activiteiten, zoals cursussen of herhaalde consulten), matig intensief (eenmalig langdurig, zoals gastlessen en themabijeenkomsten) en laag intensief (eenmalig korte activiteiten, zoals een markt of beurs).

Tabel 2.4 laat zien dat in 2010 en 2011 voornamelijk matig intensieve activiteiten zijn uitgevoerd. De nadruk die in het eerste programma lag op het uitvoeren van cursussen lijkt daarmee dus wat meer verschoven naar eenmalige langdurige activiteiten zoals themabijeenkomsten en gastlessen.

Tabel 2.4 Typen activiteiten in gehonoreerde preventieplannen, 2010, 2011 en 2012

Type interventie	2010	2011	2012
Intensief	13%	14%	n.n.b
Matig intensief	79%	76%	n.n.b
Laag intensief	7%	7%	n.n.b
Onbekend	1%	3%	n.n.b
Totaal	100%	100%	100%

Legenda: n.n.b. = nog niet bekend

Bron: Trimbos-instituut, 2013

II. Ondersteuningsbudget

In aanvulling op de subsidieregeling werd een deel van de beschikbare middelen gereserveerd als ondersteuningsbudget. Vanuit dit budget werden verschillende typen activiteiten ontplooid, namelijk op het gebied van **communicatie en implementatie**, **onderzoek** en **personele capaciteit** voor de uitvoering van het programma ('personele begroting'). In tabel 2.5 is weergegeven hoeveel geld hiervoor beschikbaar was.

Tabel 2.5 Beschikbare en bestede middelen ondersteuningsbudget, voor het totale programma (in euro's)

Onderdeel	Budget
Communicatie en implementatie:	1.352.235
▪ Communicatie ▪ Scholingstraject thuisorganisaties (eerste programma) ▪ Coaching on the job (eerste programma) ▪ Vouchertraject (eerste programma) ▪ Landelijk Steunpunt Thuiszorg (eerste programma) ▪ Werkconferenties/bijeenkomsten projectleiders ▪ Interventie-database	
Onderzoek en verdieping:	2.704.153
▪ Academische Werkplaatsen Thuiszorg ▪ Implementatieonderzoek	
Personele begroting	1.821.000
Totaal	5.877.388

Bron: ZonMw

In het onderstaande geven we een korte toelichting op de activiteiten binnen het communicatie- en implementatiebudget en het budget voor onderzoek en verdieping. We laten hieronder de personele kosten buiten beschouwing.

Communicatie en implementatie

Zoals uit de naamgeving al blijkt, kunnen binnen dit budget twee typen activiteiten worden onderscheiden, namelijk communicatieactiviteiten en activiteiten om de implementatie van gehonoreerde preventieplannen te bevorderen.

Bij de **communicatie** ging het onder meer om de bekendmaking van (de tenders van) het programma onder de doelgroep. Deze taak is door ZonMw – in samenwerking met de Programmacommissie – opgepakt. Bij PreventieKracht Thuiszorg verliep de communicatie naar de doelgroep rechtstreeks (via melding op de ZonMw-subsidiekalender, digitale nieuwsbrieven, de programmawebsite, publicaties in tijdschriften en door bekende projectleiders persoonlijk te informeren over de eerstvolgende tender) of ‘getrapt’ (via de brancheorganisaties ActiZ en BTN en het RIVM). In het tweede programma werd de doelgroep verbreed, maar is bij de communicatie een vergelijkbare aanpak gekozen als in het eerste programma, namelijk het persoonlijk informeren van (reeds bekende) projectleiders en het getrapt benaderen van de doelgroep, zij het nu via een grotere groep van organisaties (naast het RIVM, ActiZ en BTN ook partijen als GGD Nederland, GGZ Nederland de MOgroep, de VNG en Aedes).

In het eerste programma is ‘geïnvesteed’ in deskundigheidsbevordering voor medewerkers van thuiszorgorganisaties die betrokken zijn bij het opstellen en uitvoeren van de preventieplannen. De aanleiding hiervoor was dat de kwaliteit van de ingediende plannen te wensen overliet. Eén van de activiteiten in dat kader was het **scholingstraject Preventie in de thuiszorg**, verzorgd door NSPOH, in samenwerking met het NIGZ. Met dit modulair opgebouwde scholingstraject werd beoogd om programmatisch werken te bevorderen, inzicht in de eigen (potentiële) PreventieKracht te vergroten, handvatten voor het zichtbaar maken van de kwaliteit van het aanbod aan te reiken, het aanbod op risicogroepen af te stemmen en meer samen te werken in de ketens en netwerken. Hiervoor werd het instrument Preffi gebruikt. Deelnemende organisaties kregen de gelegenheid om aan de hand van de scholing een businesscase voor preventie op te stellen. In totaal hebben 83 medewerkers van 48 thuiszorgorganisaties aan dit scholingstraject deelgenomen.

Uit de evaluatie van het scholingsprogramma (en de tussenevaluatie) blijkt dat de deelnemers erg te spreken waren over het scholingsprogramma⁷. Gewaardeerd werd dat er zowel beleidsmatige als praktische vraagstukken aan de orde kwamen en dat er volop gelegenheid was tot kennis- en ervaringsuitwisseling. Bovendien heeft de scholing bij de deelnemers tot meer bewustzijn over preventie geleid. Een ander belangrijke meerwaarde is geweest dat het traject de deelnemers een mogelijkheid heeft geboden om elkaar te ontmoeten, om ervaringen uit te wisselen en om elkaar te inspireren. Bij 23 organisaties is daadwerkelijk een business case opgesteld, die gebruikt is om preventie

⁷ De drie modules – programmatisch werken, positionering van de organisatie en financiering en business-case – werden gemiddeld met een rapportcijfer van bijna een 8 gewaardeerd (bron: *Eindverslag Scholingsprogramma preventie Thuiszorg*).

binnen de eigen organisatie te positioneren en de besluitvorming over preventieactiviteiten aan te sturen⁸. Vanuit de Programmacommissie en het Programmamanagement is aangevoerd dat de scholing ertoe geleid heeft dat de kwaliteit van ingediende preventieplannen sterk verbeterde. Volgens sommige leden van de Programmacommissie wil dit overigens nog niet per definitie zeggen dat ook de preventieactiviteiten zelf beter zijn geworden. De beoordeling van de aanvragen vond uitsluitend op basis van de ingediende plannen plaats (waarbij niet getoetst kon worden hoe de uitvoering in de praktijk zou gaan verlopen).

In 2007 bleek sprake van een forse onderuitputting van de toegekende subsidiemiddelen. De oorzaak hiervan was dat bij de deelnemende thuiszorgorganisaties onvoldoende wervingsvaardigheden aanwezig waren en dat men de doelgroepen onvoldoende bereikte. Om dit type belemmeringen weg te nemen werd **'coaching on the job'** aangeboden. In dat kader heeft Werkcompany tussen september en december 2008 in totaal 22 thuiszorgorganisaties gecoacht, waarbij 60 bijeenkomsten bij deze organisaties 'in huis' werden georganiseerd (per organisatie minimaal twee en maximaal vijf bijeenkomsten). Uit de tussenevaluatie blijkt dat de projectleiders wisselend oordeelden over de meerwaarde van de coaching. Door een deel van de organisaties werd de coaching als prettig en constructief ervaren, waardoor bijvoorbeeld de werving verbeterde, de 'productie' werd verhoogd en het interne draagvlak voor de preventieactiviteiten werd vergroot. Andere projectleiders hadden voorafgaande aan de start van de coaching zelf al stappen gezet en bij de coaching weinig nieuwe inzichten verkregen. Bovendien werd aangevoerd dat de coaching voor het jaar 2008 te laat was ingezet om in dat jaar nog effecten te sorteren.

Een derde 'instrument' in het kader van de deskundigheidsbevordering was het **voucherproject**. In het eerste programma konden deelnemende thuiszorgorganisaties een voucher (ter waarde van 5.000 euro) aanvragen als zij bij de uitvoering van hun preventieplan tegen specifieke knelpunten aanliepen. Op deze manier werd hen een extra mogelijkheid geboden om op ervaren knelpunten op eigen wijze verbeteringen aan te brengen. Voor de wijze van besteding van de vouchers werden daarom ook geen aanvullende voorwaarden gesteld. De toekenning van de vouchers verliep via het Programmamanagement. Zij stuurden de projectleiders van alle 58 deelnemende thuiszorgorganisaties een uitnodiging om een aanvraag te doen. Eind 2009 hadden 26 projectleiders een voucher aangevraagd, 17 organisaties hebben hun voucherproject gerealiseerd. In de projecten werd onder andere ingezet op het vergroten van het bereik van risicogroepen, het evalueren van de uitgevoerde interventies en het verbeteren van de regionale samenwerking. Het voucherproject leverde de deelnemers onder andere marketingplannen en een praktisch plan voor het werven van oudere risicogroepen op. De deelnemende projectleiders hebben naar eigen zeggen zinvolle ervaringen opgedaan. De bedoeling was om de leerervaringen van het voucherproject breed te verspreiden onder andere thuiszorgorganisaties, in de vorm van een boekje. Het is niet gelukt om dit boekje samen te stellen, omdat het materiaal dat voor individuele projecten verzameld was, niet geschikt bleek voor een bundeling van resultaten op groepsniveau.

⁸ De overige thuiszorgorganisaties waren destijds nog niet klaar om een business case op te stellen of waren – vanuit concurrentieoverwegingen – huiverig om zich via een presentatie van een business case 'bloot te geven'.

In 2008 is vanuit PreventieKracht het **Landelijk Steun Punt Thuiszorg (LSP-T)** opgericht om bij te dragen aan de versterking van de kwaliteit en profilering van thuiszorgpreventie. Dit steunpunt bood een structuur voor de communicatie naar en kennisuitwisseling binnen de sector. Bovendien werden de ruim 60 aangesloten thuiszorgorganisaties inhoudelijk ondersteund met informatie en advies, via onder meer platformbijeenkomsten, een website, een helpdesk en een brochure. Het steunpunt werd gecoördineerd door het Trimbos-instituut. Uit de evaluatie van het LSP-T bleek dat het steunpunt niet de gehele thuiszorgsector heeft bereikt. Zij die wel bereikt waren met de activiteiten van het steunpunt waren doorgaans positief. Dit gold met name voor de platformbijeenkomsten die goed werden bezocht⁹.

Uit het gesprek met de verantwoordelijk medewerker van het Trimbos-instituut kwam naar voren dat het steunpunt weliswaar een goed platform bood om thuiszorgorganisaties te informeren, maar dat het intensiveren van onderlinge samenwerking en kennisuitwisseling maar ten dele is gelukt. De thuiszorgorganisaties kwamen vooral 'informatie halen' en in veel mindere mate 'informatie brengen'. De grote dynamiek binnen de sector (waaronder bezuinigingen en de toegenomen marktwerking) en de grote verschillen tussen organisaties (qua omvang, beleidsmatige aandacht voor preventie en ervaringsdeskundigheid van medewerkers) werden als mogelijke verklaringen aangevoerd. Daarnaast zou meespelen dat thuiszorgorganisaties zich wat afwachtend opstelden. Ze zagen niet allemaal het nut en de noodzaak van de doorgevoerde veranderingen in de bekostiging van preventieactiviteiten (overheveling van gelden van de AWBZ naar programma PreventieKracht bij ZonMw) en vonden het lastig om met de nieuwe situatie om te gaan. Pas in de eindfase kwam de kennisdeling op gang.

Het LSP-T is na 2009 gestopt. De opzet paste niet meer bij het tweede programma, dat zich immers niet meer alleen richtte op thuiszorgorganisaties. Daarnaast was het uitgangspunt ten tijde van het tweede programma dat kennisuitwisseling en communicatie niet meer op sectorniveau, maar eerder op regionaal/lokaal zou moeten plaatsvinden. Een deel van de activiteiten – waaronder de digitale werkomgeving – is overgedragen aan ActiZ.

Ten tijde van de overgang van het eerste naar het tweede programma zijn de activiteiten rond kennisbevordering en professionalisering van thuiszorgmedewerkers op het gebied van preventie voor een belangrijk deel overgedragen aan het Centrum Gezond Leven van het RIVM¹⁰ (zie verandering beleidscontext, paragraaf 3.2). Toch zijn ook in het tweede programma vanuit ZonMw activiteiten ontplooid om de kennisoverdracht naar en kennisuitwisseling tussen de betrokken organisaties te bevorderen.

⁹ De deelname aan de zes bijeenkomsten bedroeg in aantal personen respectievelijk aantal organisaties 42/35, 18/14, 23/20, 35/26, 15/12 en 35/30.

¹⁰ CGL heeft bijvoorbeeld regionale netwerkbijeenkomsten georganiseerd. De GGD en de gemeenten wisten dit aanbod goed te vinden. Ondanks veel publiciteit was de deelname door thuiszorgorganisaties en de GGZ beperkt (bron: evaluatie CGL; *Professionals Versterkt*).

Hiertoe zijn **werkconferenties¹¹** en **projectleidersbijeenkomsten** georganiseerd. Vanuit de gesprekken met sleutelpersonen en uitvoerders is aangegeven dat deze conferenties en bijeenkomsten zinvol zijn gebleken en bij hebben gedragen aan het leggen van gewenste dwarsverbanden en contacten.

Op de laatste activiteit binnen het budget communicatie en implementatie – de **Interventie-database** – komen we bij de doelrealisatie in paragraaf 4.3 terug.

Hoe de projectleiders de communicatie over en de ondersteuning vanuit het programma hebben ervaren wordt behandeld in hoofdstuk 5.

Onderzoek en verdieping

Een tweede onderdeel binnen het ondersteuningsbudget betreft het budget voor onderzoek en verdieping. Binnen dit budget zijn in de eerste plaats Academische Werkplaatsen Thuiszorg (AWT) ingesteld. Een AWT is een samenwerkingsverband van (in ieder geval) een thuiszorgorganisatie en een kennisinstelling (universiteit en/of HBO-instelling). Daarnaast worden ook andere organisaties en professionals in preventie, zorg en welzijn betrokken. Het primaire doel van de werkplaatsen was om te komen tot een verbetering van de kwaliteit en het bereik van preventie en tot een verbetering van de verbinding tussen preventie en zorg. Hiervoor werd in AWT-verband gezamenlijk onderzoek uitgevoerd. Dit onderzoek zou moeten leiden tot evidence based kennis en toepasbare producten voor de praktijk.

In zowel 2008 als in 2009 is een oproep gedaan voor het inrichten van een AWT. In beide jaren werden vijf thuiszorgorganisaties gevraagd om een voorstel voor een AWT in te dienen. In 2008 zijn drie voorstellen gehonoreerd en in 2009 één voorstel. Het ging daarbij om de **Academische Werkplaats Thuiszorg Gezondheid Dichtbij** (thuiszorgorganisatie Icare, Vrije Universiteit en Hogeschool Windesheim). Deze was gericht op het verbinden van preventie en zorg voor chronisch zieken. Hun eerste onderzoek heeft geresulteerd in een beschreven multidisciplinaire Ketenzorg Gezond Gewicht voor zowel jongeren als voor Ouderen. Die aanpak is daar geïmplementeerd in de regio Zwolle en uitgevoerd door de samenwerkende partijen zoals welzijnswerk, GGD, gemeente Zwolle, en de Isala klinieken. Dankzij de dwarsverbanden binnen ZonMw, heeft deze AWT ook subsidie ontvangen vanuit het programma 'Op een lijn'. Deze subsidie is benut om de ketenaanpak ook te implementeren bij gezondheidscentra in de eerstelijns. Het tweede onderzoek wat de AWT heeft gedaan resulteerde in een verbeterde methodiekbeschrijving van leefstijlgerichte preventie in zorg en welzijn. Op basis van shared decision making hebben verzorgenden en welzijnswerkers zich geoefend in het bespreken van de gezonde leefstijl met hun cliënten.

De **Academische Werkplaats Thuiszorg Dementie** (thuiszorgorganisatie De Zellingen, Hoge school Rotterdam en het Van Kleefinstituut) heeft zich gericht op een verbetering van de vroegsignalering en zorg voor mensen met dementie en hun mantelzorgers. Zij hebben een vervolgonderzoek uitgevoerd met behulp van subsidie uit het Nationaal

¹¹ Waaronder ook een gezamenlijke conferentie van PreventieKracht en Zichtbare schakel in het najaar van 2012.

Programma Ouderen (ZonMw). Daar heeft de implementatie naar het onderwijs (ROC) plaatsgevonden. Bij de ROC's worden de meeste potentiële zorgmedewerkers opgeleid, dat zijn namelijk MBO-ers.

Binnen de Academische Werkplaats Thuiszorg Goud Leven (thuiszorgorganisatie Zorggroep Meander, UMCG en Hanzehogeschool) is in Oost Groningen onderzoek gedaan naar het al of niet gebruik van preventieve interventies door de inwoners aldaar. Tegelijkertijd is er een methodiek ontwikkeld voor de medewerkers van de betrokken thuiszorgorganisatie om met cliënten te spreken over een gezonde leefstijl. Ondanks dat er bij de zorgverleners in eerst instantie weerstand bestond om hiermee aan de slag te gaan, zijn ze in de loop van de tijd enthousiast geworden over de nieuwe werkwijze en geven ze hier in de praktijk ook vorm aan.

De **Academische Werkplaats Thuiszorg Langer Gezond** (preventie van diabetes mellitus type 2 en overgewicht) is na twee jaar voortijdig gestopt, omdat onvoldoende vorderingen konden worden gemaakt (ondanks een bezoek door leden van de Programmacommissie om het alsnog vlot te trekken).

De AWT's worden overigens separaat geëvalueerd en zullen in deze rapportage niet uitgebreid behandeld worden.

Naast de AWT's is ook budget besteed aan coalities die officieel geen AWT zijn, maar wel op die manier werken. Dit gaat bijvoorbeeld op voor de samenwerking tussen thuiszorgorganisatie de ZorgZaak, Indigo GGZ Drenthe, de Radboud Universiteit en de Hogeschool Windesheim. In deze coalitie is uitvoering gegeven aan een innovatieve interventie, namelijk de keukentafelgesprekken. Naast de uitvoering is er een haalbaarheidsonderzoek uitgevoerd. Die uitvoering ligt weliswaar binnen de zorg, maar de analyse van de intakegesprekken laat zien dat er bij de intake meer dan verwacht een ander advies dan zorgverlening op zijn plaats blijkt te zijn. Daarom is er ook een relatie gelegd met de medewerkers van de gemeentelijke WMO-loketten. De keukentafelgesprekken zijn op het niveau van de oudere deelnemers veelbelovend gebleken, alhoewel de lokale steun van het formele zorgnetwerk en het sociale netwerk veel aandacht en organisatie vergt.

Tevens zijn onderzoeken uitgevoerd die ondersteunend zijn geweest aan de monitoring van het programma PreventieKracht, zoals een analyse van de preventieplannen in de subsidieaanvragen (2007-2009 PreventieKracht Thuiszorg, door NIGZ), een eerste evaluatie (2008), een tussentijdse evaluatie (2009), een vooruitblik (2012), de eindevaluatie (2013), een analyse van de aard en omvang preventie (2009 tot en met 2012 (door het Trimbos-instituut), een onderzoek naar criteria voor de Consultatiebureau voor Ouderen (2009, door het LUMC) en de implementatie van een beweeginterventie (2011, door Veiligheid.nl en NISB). Indirect is aan bijgedragen door te bevorderen dat de uitvoering van interventies te koppelen aan een onderzoek. De implementatie van de effectief gebleken interventie 'Zicht op Evenwicht' is hier een voorbeeld van. Het Trimbos-Instituut, ZonMw en Academische Werkplaats Cephir droegen daarbij zorg voor de coördinatie en implementatie. Universiteit Maastricht deed het onderzoek.

2.4 Aanvraag- en beoordelingsprocedure

In deze paragraaf gaan we nader in op (de ervaringen met) de aanvraag- en beoordelingsprocedure zoals die in beide programma's van PreventieKracht werden toegepast. Bij deze procedures spelen het Programmamanagement en de Programma-commissie een belangrijke rol.

Aanvraagprocedure

Hiervoor is al opgemerkt dat voor de subsidieregeling binnen PreventieKracht een tenderprocedure werd gehanteerd. Voor het aanvragen van de subsidie werd als basis gebruik gemaakt van het standaardsysteem (standaard format in Projectnet) zoals dat door ZonMw wordt gebruikt voor aanvragen voor meerjarige, wetenschappelijke onderzoeksvoorstellen. Het format voor de aanvraagprocedure is wel aangepast aan de kenmerken van een praktijkprogramma. Zo zijn per tender nadere kwaliteits- en relevantiecriteria geformuleerd waaraan in de aanvraag aandacht besteed moest worden. Uit de documenten en de gevoerde gesprekken blijkt dat het formuleren van deze criteria in het eerste programma een constant leertraject was. De eisen die werden gesteld aan het preventieplan werden daarbij op basis van opgedane leerervaringen en veranderingen in de context waar nodig aangepast. Hiervoor is al opgemerkt dat de kwaliteit van de preventieplannen in de eerste tender als onvoldoende werd aangemerkt.

Met de verandering van doelstellingen en focus in het tweede programma is ook de aanvraagprocedure voor het tweede programma aangepast. Zo moesten aanvragers in hun aanvraagformulier informatie opnemen over de beoogde samenwerking bij de uitvoering van hun (gezamenlijke) preventieplan. Bij de eerste tender van het tweede programma werden aanvragers nog redelijk vrij gelaten in de manier waarop ze de samenwerking met andere partijen beschreven. Op dit punt bleek de 'vrijheidsgraad' te groot te zijn, getuige de grote variatie in de beschrijving van deze samenwerking en in de mate van volledigheid daarvan. Hierop werd besloten om het aanvraagformat voor de tweede tender meer voor te structureren. Aan de hand van een samenwerkingsmatrix moesten aanvragers aangeven met welke partijen ze zouden gaan samenwerken, wat de intensiteit van de samenwerking zou zijn en in hoeverre de samenwerking al (officieel) schriftelijk was vastgelegd.

Uit de deskresearch blijkt dat de aanvragende (thuiszorg)organisaties de aanvraagprocedure in de eerste programmaperiode over het algemeen als bureaucratisch en lastig hebben ervaren. Naast het feit dat zij niet gewend waren om hun preventieactiviteiten op een uitgebreide, projectmatige wijze te beschrijven, speelde destijds ook mee dat de organisaties ontevreden waren met de overheveling van de AWBZ-gelden naar een subsidieprogramma waarvoor een aanvraagprocedure doorlopen moest worden. Zij zagen dit bovendien als een bezuiniging op hun budget voor preventieactiviteiten. Verder hadden de thuiszorgorganisaties kritiek op het moment waarop duidelijkheid over de aanvraag werd gegeven, namelijk één maand voor de start van het projectjaar (december bekendmaking, start projectperiode in januari). Hierdoor was er weinig tijd om de activiteiten voor te bereiden. In de tussenevaluatie werd dan ook de aanbeveling gedaan om eerder uitsluitsel te geven over de aanvraag. Uit de stukken maken we op dat in het tweede programma eerder gecommuniceerd werd naar

aanvragers of zij subsidie ontvangen of niet (in oktober in plaats van december).

Hoewel aan de complexiteit van de aanvragen in de loop van de tijd weinig is veranderd, hebben organisaties volgens de geraadpleegde betrokkenen bij de uitvoering steeds minder knelpunten ondervonden bij de aanvraagprocedure. Naast het feit dat de aanvragers steeds meer gewend raakten met de procedure, kan ook de ondersteuning vanuit het programma als verklaring worden aangevoerd. Voorlichtingsbijeenkomsten vanuit ZonMw en het voornoemde NSPOH-scholingstraject kunnen in dit opzicht als effectief worden aangemerkt. Uit de tussentijdse evaluatie blijkt dat de leden van de Programmacommissie verschillend dachten over de helderheid en (het nut van) de complexiteit van de aanvraagprocedure. Een meer geschikte procedure was volgens de tussentijdse evaluatie niet te bedenken.

Beoordelingsprocedure

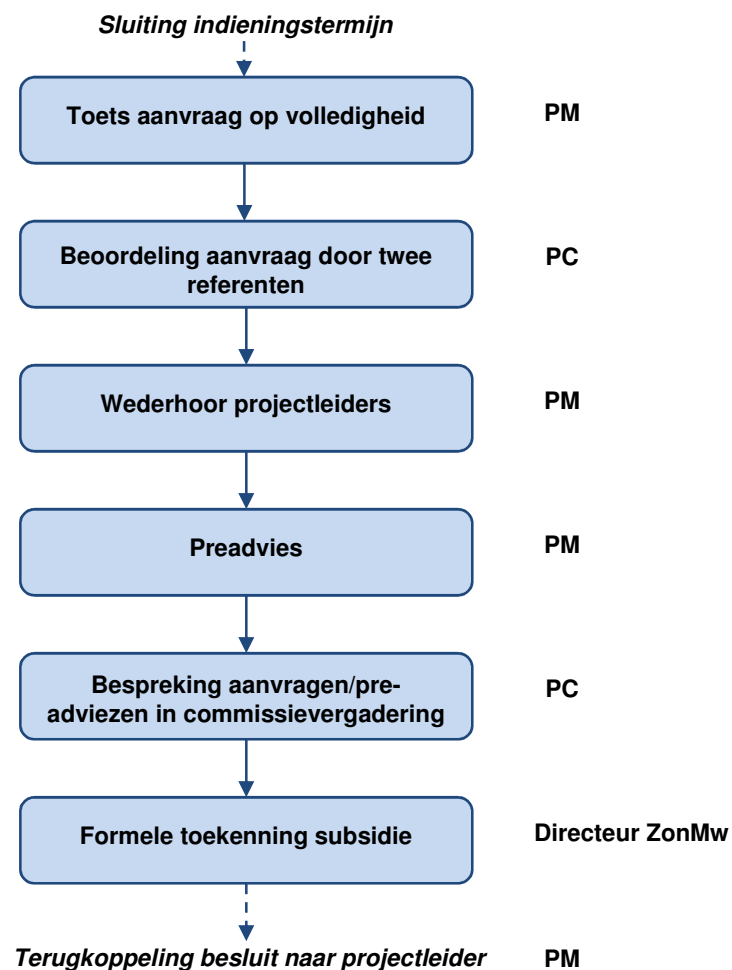
Voor beide programma's is een beoordelingsprocedure gehanteerd die grote gelijkenis kent met 'reguliere' procedures binnen ZonMw voor wetenschappelijke onderzoeksprogramma's. Binnen deze beoordelingsprocedure spelen zowel het Programmamanagement als de Programmacommissie een belangrijke rol. In figuur 2.1 zijn de stappen binnen deze beoordelingsprocedure gevisualiseerd. Bovendien is weergegeven welk gremium verantwoordelijk is voor de betreffende stap.

Na sluiting van indieningstermijn van elke tender werd de projectaanvraag door het Programmamanagement van ZonMw getoetst op volledigheid. Het volledige projectvoorstel werd vervolgens voorgelegd aan twee leden van de Programmacommissie, die als referent optraden¹². Deze referenten beoordeelden de inhoud van het voorstel aan de hand van de kwaliteits- en relevantiecriteria die voor de betreffende tender waren opgesteld. De beoordeling (in positieve of negatieve zin) van beide referenten werd via het Programmamanagement teruggekoppeld aan de projectleider. Deze werd in de gelegenheid gesteld om wederhoor te geven. Dit contactmoment met de projectleider werd tevens benut om eventuele vragen te stellen en nadere informatie te verzamelen.

Op basis van de oordelen van de referenten – en (waar van toepassing) de aanvullende informatie van de projectleider – stelde het Programmamanagement een preadvies op. De preadviezen werden voorafgaand aan de Programmacommissie-vergadering naar alle commissieleden gestuurd. Indien twee referenten een verschillend oordeel hadden gegeven over een bepaalde aanvraag, werden de referenten door het Programmamanagement gevraagd om voorafgaand aan de commissievergadering hun meningen over het betreffende voorstel af te stemmen. Via deze weg kon worden nagegaan of de referenten – na onderling overleg en op basis van het preadvies – bij hun verschil in oordeel bleven of dat ze toch tot een eensluidend oordeel konden komen.

¹² In reguliere beoordelingsprocedures van ZonMw en NWO wordt ook met referenten gewerkt, maar worden externe referenten (dus referenten buiten de beoordelingscommissie) aangezocht om één of meerdere aanvragen te beoordelen.

Figuur 2.1 Beoordelingsprocedure programma PreventieKracht



Legenda: PM = Programmamanagement
PC = Programmacommissie

In de commissievergadering werden de ingediende voorstellen plenair besproken waarover de referenten het niet eens waren of waarover bij het Programmamanagement twijfel bestond. De andere aanvragen – namelijk voorstellen die door beide referenten positief werden beoordeeld of voorstellen waarover beide referenten negatief oordeelden – werden in principe niet apart in de vergadering besproken. Wanneer er vanuit het Programmamanagement of vanuit leden van de Programmacommissie behoefte bestond kon een dergelijk voorstel in de vergadering wel nader besproken worden. De voorstellen werden ter vergadering goedgekeurd respectievelijk afgewezen. Bij afgewezen aanvragen heeft het Programmamanagement in de praktijk dikwijls het advies gegeven om het voorstel te wijzigen en de bijgestelde aanvraag bij een volgende tender opnieuw in te dienen.

Hiervoor is al opgemerkt dat in de tender voor 2012 een deel van de aanvragen op budgettaire gronden werd afgewezen. Dit waren aanvragen die weliswaar positief werden beoordeeld door de referenten, maar waarvoor geen budget meer beschikbaar was. Uit de deskresearch blijkt dat deze afwijzingen veel reacties 'uit het veld' teweeg hebben gebracht. Naast onbegrip werd in de reacties van de afgewezen consortia vooral zorg geuit over de verankering van het preventieaanbod in hun regio. De afwijzingen leidden

ook tot een viertal bezwaarschriften (allen uit Friesland). Als bezwaar werd aangevoerd dat er te weinig aan regionale spreiding van de beschikbare middelen zou zijn gedaan. De bezwaren werden niet ontvankelijk verklaard, mede omdat de regionale spreiding via de voornoemde verdeelsleutel geen formeel beoordelingscriterium was. In overleg hebben de indieners de bezwaarschriften ingetrokken. Vanuit de Programmacommissie is nog wel aan ZonMw gevraagd om de mogelijkheden te onderzoeken om eventueel vanuit het ondersteuningsbudget nog meer middelen vrij te maken voor ondersteuning van preventieplannen.

Vanuit de geraadpleegde personen van de Programmacommissie is aangevoerd dat de (aanvraag- en) beoordelingsprocedure weliswaar uitgebreid en 'zwaar' was, maar dat de beoordeling op een objectieve en zorgvuldige wijze heeft plaatsgevonden. De procedure was zo ingericht dat onvoldoende onderbouwde aanvragen en aanvragen met niet passende interventies eruit gefilterd werden. De heldere beoordelingscriteria en de werkwijze met twee referenten hebben – volgens de gesprekspartners – hiertoe bijgedragen¹³. Bovendien blijkt er bij hen veel waardering te bestaan voor de integrale rol die het Programmamanagement heeft gespeeld in de verschillende stappen van de procedure.

Een belangrijk en breed gedragen kritiekpunt – dat ook al in de tussenevaluatie naar voren kwam – is de grote 'belasting' voor de leden van de Programmacommissie. Door het grote aantal aanvragen dat door individuele leden beoordeeld moest worden, werd veel van de commissieleden gevraagd (zonder dat hiervoor een vergoeding tegenover stond). Verder is opgemerkt dat de Programmacommissie alleen zicht had op de 'papieren' werkelijkheid en hierdoor niet kon toetsen hoe de uitvoering van het preventieplan in de praktijk zou gaan. Met name daar waar subsidieadviesbureaus betrokken waren bij het opstellen van de aanvraag, voldeden de aanvragen weliswaar aan de criteria maar bestond er wel eens twijfel over het draagvlak voor en de implementatie van de plannen. Een voorstel van één van de leden om aanvragers uit te nodigen om een toelichting te geven op hun aanvraag, werd echter niet overgenomen, omdat gezien het aantal aanvragen en de te hanteren termijnen de tijd hiervoor ontbrak. Ten slotte werd opgemerkt dat de omschrijving van het werkgebied van het preventieplan meer verrijnd had gekund (vanwege de verdeelsleutel), omdat het werkgebied van de aanvragende organisaties soms groter was dan het gebied waarop de preventieactiviteiten zich feitelijk richten. De Programmacommissie ging hier in de praktijk echter pragmatisch mee om.

2.5 Afstemming met programma Zichtbare schakel

In 2009 is op aanwijzing van het ministerie van VWS ook het programma 'Zichtbare schakel, de wijkverpleegkundige voor een gezonde buurt'¹⁴ ondergebracht bij ZonMw en onder de regie gebracht van de Programmacommissie die voor PreventieKracht was ingesteld. Zichtbare schakel is een landelijk programma met als doel om 250 extra

¹³ In de tussenevaluatie werd geconstateerd dat in het begin van het programma bij de referenten sprake was van verschillende interpretaties van de beoordelingscriteria. Dit werd echter niet als een groot probleem aangemerkt omdat dit vruchtbare discussies opleverde en tot een meer gedeelde visie op te ondersteunen preventieactiviteiten.

¹⁴ Voor het gemak hanteren we in de rest van het rapport de kortere term 'Zichtbare schakel'

wijkverpleegkundigen in te zetten om preventie en zorg, wonen en welzijn voor de individuele cliënt op wijkniveau beter met elkaar te verbinden.

Een belangrijke reden om beide programma's onder te brengen bij dezelfde Programmacommissie was het idee dat de programma's elkaar zouden kunnen versterken. De twee programma's kenden namelijk de nodige overeenkomsten, zoals uitvoering in de nulde- en eerstelijns gezondheidszorg, dezelfde typen aanvragers en een expliciete taak in kwaliteitsverbetering van preventie (PreventieKracht) respectievelijk zorg (Zichtbare schakel). Ook hebben praktische overwegingen een rol gespeeld, omdat Zichtbare schakel in korte tijd 'op de rit' moest worden gezet. Door gebruik te maken van een bestaande structuur kon tijd worden gewonnen.

De 'komst' van Zichtbare schakel heeft geleid tot een aanpassing van de samenstelling van de Programmacommissie. Om goed in te kunnen spelen op de verschillende doelen en karakters van de beide programma's was een grotere diversiteit aan betrokken expertise wenselijk. De wijziging van de commissiesamenstelling liep gelijk op met de ontbinding van de Programmacommissie voor het eerste PreventieKracht-programma en de installatie van een nieuwe commissie voor het vervolgprogramma.

Het bovenstaande had tot gevolg dat voor de tenders van beide programma's in grote lijnen dezelfde aanvraag- en beoordelingsprocedures werden gevolgd (zie vorige paragraaf)¹⁵. Dit betekende dat de Programmacommissie in de verschillende stappen van deze procedure op een vergelijkbare wijze werden 'gevoed' door het Programmanagement van de afzonderlijke programma's. In het eerste jaar werd de voorlichting van beide programma's voor een deel gezamenlijk uitgevoerd. Zo werden op voorlichtingsbijeenkomsten presentaties over beide programma's gegeven en hebben de programmamanagers de programma's op verschillende plaatsen mondeling en schriftelijk aangekondigd en toegelicht. In latere jaren liepen de tenders niet synchroon en was er geen reden voor een gezamenlijke aanpak van de voorlichting.

Uit de gesprekken met vertegenwoordigers van de Programmacommissie blijkt dat zij zich in zekere zin 'overvallen' voelden toen zij ook bij Zichtbare schakel betrokken werden. Ze kregen er naar eigen zeggen ongevraagd een taak bij, zonder dat ze zelf hebben kunnen meedenken over de invulling en opzet van het programma. Hoewel zij zich een inhoudelijke verbinding tussen beide programma's konden voorstellen, is dit in de praktijk onvoldoende uit de verf gekomen. Uit zowel de deskresearch als de gevoerde gesprekken blijkt dat de programma's PreventieKracht en Zichtbare schakel weliswaar onder de regie van één Programmacommissie werden gebracht, maar feitelijk toch als afzonderlijke programma's naast elkaar werden uitgevoerd. Een belangrijke verklaring hiervoor is dat de teams van beide programma's alle aandacht en tijd nodig hadden om hun eigen programma uit te voeren. Beide programma's kenden hierdoor in de praktijk een eigen dynamiek. In (nagenoeg) alle commissievergaderingen komen beide programma's aan de orde, maar dan als afzonderlijk te behandelen agendapunten. In de vergaderingen lag het accent de ene keer meer op PreventieKracht en de andere keer

¹⁵ Bij Zichtbare schakel werd de stap 'wederhoor van de projectleiders' in de meeste gevallen achterwege gelaten.

meer op Zichtbare schakel. In de loop van de tijd is wel actief gewerkt om agendapunten in te brengen waar beide programma's een aandeel in hadden, bijvoorbeeld de beide programmaevaluaties. Een enkele keer werd een aanvraag voor het ene programma 'doorgeleid' naar het andere programma, omdat dit daar beter zou passen.

Er is zeker in het begin maar in beperkte mate aandacht besteed aan het inhoudelijk afstemmen van beide programma's en het zoeken van dwarsverbanden. In de eindfase van PreventieKracht kwam hier echter wel in toenemende mate aandacht voor. Zo werd in het najaar van 2012 een gezamenlijke werkconferentie georganiseerd. Tijdens de conferentie is in plenaire en deelsessies van gedachten gewisseld over het werkveld van preventiewerkers en wijkverpleegkundigen, waar de partijen staan, welke ontwikkelingen er gaande zijn en wat er nodig is om de resultaten van de projecten te borgen en verder te brengen. Ook zijn er die dag vanuit ZonMw drie zogenaamde 'parels' uitgereikt. Dit is een eervolle vermelding voor projectleiders die een bijzondere inspanning hebben gepleegd om de inspanningen vanuit beide programma's te verbinden en af te stemmen¹⁶. Daarnaast werden ook de bijeenkomsten van de afzonderlijke programma's waar mogelijk op elkaar afgestemd (bijvoorbeeld aandacht voor PreventieKracht tijdens een bijeenkomst van projectleiders van Zichtbare schakel en andersom). Verder hebben de commissieleden aanvragen voor beide programma's beoordeeld en daarbij – waar van toepassing – ook het advies gegeven om te komen tot nadere afstemming tussen de afzonderlijke subsidieprojecten.

Tevens moet vermeld worden dat ZonMw de laatste jaren sterk heeft ingezet op het verbinden van al hun verschillende praktijkprogramma's. Zo wordt opgedane kennis in PreventieKracht en Zichtbare schakel door de werkgroep onderwijs gebruikt voor de aanpassing van het onderwijsaanbod van de toekomstige (preventie)professional.

Desondanks kunnen op grond van het bovenstaande achteraf gezien vraagtekens geplaatst worden bij het organisatorisch bundelen van twee van dergelijke grote programma's. Het grote aantal aanvragen dat beoordeeld moest worden, heeft geleid tot een zware 'belasting' voor de commissieleden. Een ander nadeel van het samenbrengen van de programma's is dat beide programma's op deze manier 'een beetje water bij de wijn' moesten doen. De leden van de Programmacommissie moesten hun aandacht verdelen over de twee programma's. Mede hierdoor zijn de beoogde inhoudelijke verbindingen maar in beperkte mate van de grond gekomen.

Uit de eindverslagen van de projecten van PreventieKracht blijkt dat individuele organisaties, die vanuit beide programma's ondersteuning hebben verkregen, in de praktijk wel de verbinding tussen zorg (wijkverpleegkundige waarvoor middelen vanuit Zichtbare schakel zijn verkregen) en preventie (een aanbod van preventieactiviteiten dat vanuit PreventieKracht is ondersteund) hebben gemaakt. Dit heeft ook geleid tot goede resultaten, zoals een hoger bereik onder de doelgroepen. In paragraaf 7.4 gaan we in op de resultaten die de ons geraadpleegde projectleiders op dit punt hebben gerealiseerd. Door het Programmamanagement van beiden programma's zijn deze resultaten als

¹⁶ Eén van de parels was voor de thuiszorgorganisatie Omring in Noord-Holland Noord, omdat zij meer dan anderen inhoud en vorm hebben gegeven aan de afstemming tussen preventie (PreventieKracht) en de wijkverpleegkundige (Zichtbare schakel).

leerervaringen uitgedragen richting andere projectleiders, zodat zij inzicht kregen hoe zij ook een verbinding tussen beide initiatieven zouden kunnen leggen.

3. VERANDERINGEN IN DE CONTEXT

3.1 Inleiding

Via het verstrekken van subsidies, het ontsluiten van kennis en informatie over preventies en de overdracht hiervan naar organisaties (voor de implementatie van interventies en het bereiken van doelgroepen), is vanuit PreventieKracht getracht om een bijdrage te leveren aan de uitvoering van effectieve preventie-inspanningen door (thuiszorg) organisaties en het samenspel op (boven)lokaal niveau daarbij tussen organisaties. Gedurende de afgelopen zes jaar dat het programma heeft gelopen, hebben zich in de 'externe omgeving' belangrijke ontwikkelingen voorgedaan die hun weerslag hebben gehad op de invulling en effectiviteit van het programma. Bovendien hebben veranderingen in de context hun weerslag gehad op de (mogelijkheden tot) verankering van de ontplooiende preventieactiviteiten van ondersteunde (thuiszorg)organisaties. In dit hoofdstuk staan we stil bij de belangrijkste veranderingen in de context en hoe deze hebben doorgewerkt op de aanpak en uitkomsten van het programma PreventieKracht.

3.2 Veranderingen in de context

Toegenomen decentralisatie

In de afgelopen jaren is in het VWS-beleid de focus steeds nadrukkelijker komen te liggen op het lokaal beleggen van de regie over gezondheidszorg en gezondheidsbevordering. Hiermee was al voor het programma PreventieKracht een start gemaakt, namelijk in 2003 met de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (later opgenomen in de Wet Publieke Gezondheid). In deze wet werd geregeld dat – als onderdeel van de preventiecyclus – elke gemeente verplicht is om zijn ambities op het gezondheidsbeleid vast te leggen in een gemeentelijke nota gezondheidsbeleid. Het doel hiervan is om een gezonde fysieke en sociale omgeving voor burgers te creëren en een gezonde leefstijl te stimuleren. De verschuiving van het nationale naar het lokale niveau kreeg nog meer nadrukkelijke aandacht toen duidelijk werd dat de gemeentelijke verantwoordelijkheden op gebied van zorg, welzijn en jeugd worden uitgebreid. Dit eerst via de introductie van de WMO en later door de (komende) decentralisatie van de AWBZ-begeleiding. In toenemende mate wil het kabinet de omslag maken naar 'zorg in de buurt' en 'zorg dichtbij', waarbij ook afstemming moet worden gevonden met andere beleidsterreinen van gemeenten zoals wonen, welzijn en jeugd.

Deze ontwikkeling ging gepaard met een transitie van sectorgericht naar functiegericht financieren. Dit betekent dat preventie niet langer alleen het domein is van thuiszorgorganisaties, maar dat ook andere partijen zich op dit terrein kunnen begeven. Dit heeft onder andere zijn weerslag gekregen in de afsplitsing van de 'preventiegelden' uit de AWBZ. Deze gelden zijn – als overgang – eerst ondergebracht in het programma PreventieKracht uitsluitend voor de thuiszorg. Vervolgens is dit programma verbreed naar andere sectoren.

De toegenomen decentralisatie heeft ook geleid tot de behoefte aan een transitie van een aanbodgerichte benadering naar een vraaggerichte aanpak en benadering van preventie. Het inventariseren van de lokale situatie en het signaleren van de behoeften van burgers

is centraal komen te staan om vervolgens heel gericht te kunnen verwijzen naar passend aanbod van preventieactiviteiten. Tevens is de decentralisering gepaard gegaan met bewegingen in beleid waarbij de aandacht is verschoven van preventie naar gezondheidsbevordering, van gezondheid naar leefstijl en van het actief ondersteunen van mensen in gezond gedrag naar het stimuleren van de eigen verantwoordelijkheid van mensen. Ook zou preventie niet uitsluitend meer moeten worden aangevlogen vanuit het thema 'gezondheidszorg', maar meer in een breder perspectief van 'participatie' moeten worden opgepakt en aangeboden. Deze veranderingen vragen om een regierol vanuit de gemeenten en meer samenwerking op lokaal niveau van partijen die betrokken zijn bij zorg, gezondheidsbevordering, welzijn en wonen. Tevens wordt de signaleringsfunctie belangrijker dan uitsluitend aanbod van interventies.

Deze genoemde veranderingen zijn in het tweede programma PreventieKracht doorvertaald naar een aanpassing van de doelen en – in het verlengde hiervan – ook naar andere criteria voor de aanvraag- en beoordelingsprocedure van de subsidieregeling binnen PreventieKracht. Zo is in het programma meer expliciete aandacht gekomen voor de samenwerking op lokaal niveau en voor het verbinden van zorg en preventie, dit ook met het oog op de financiering van preventieactiviteiten in de post-PreventieKracht periode, waarin (thuiszorg)organisaties geen beroep meer kunnen doen op de nationale overheid.

Hoewel in het programma dus duidelijk is ingespeeld op de voornoemde verschuiving van de regierol naar het lokale niveau, sluit de opzet van het programma – in de visie van een aantal gesprekspartners – eigenlijk niet goed aan op deze beweging. PreventieKracht kent immers een financiering vanuit de landelijke overheid. Bovendien waren de prioriteiten uit de landelijke preventienota richtinggevend voor de projecten binnen PreventieKracht (bijvoorbeeld wat betreft doelgroepen). De vraag is of deze projecten in de praktijk dan voldoende aansluiting kunnen vinden bij het gemeentelijk beleid. De gedachte achter de preventiecyclus is dat landelijk en gemeentelijk beleid op elkaar worden afgestemd. Echter, binnen de wetgeving hebben gemeenten relatief veel vrijheid in het bepalen van de eigen prioriteiten. In de praktijk blijkt het beleid van gemeenten heel versnipperd (elke gemeente een eigen aanpak) en is de afstemming met het landelijke beleid beperkt.

Verder lijken veel gemeenten nog moeite te hebben om de gevraagde regierol op zich te nemen. Ze hebben vaak geen geld. Het budget dat bijvoorbeeld vanuit de Wet Publieke Gezondheid voor gemeenten beschikbaar is, kent geen doelreserveringen. Gemeenten kunnen zelf bepalen waar ze geld aan besteden en hierdoor zou – naar de verwachting van verschillende gesprekspartners – preventie vaak maar weinig prioriteit krijgen.

Toegenomen marktwerking

Een tweede belangrijke ontwikkeling die in de context van het programma speelde is de toegenomen marktwerking gedurende de programmaperiode¹⁷. Dit heeft geleid tot meer concurrentie tussen thuiszorgorganisaties onderling. Dit heeft mogelijk een negatieve

¹⁷ Dit is het gevolg van het feit dat de gemeenten sinds 2007 de huishoudelijke zorg van de thuiszorg (elke twee/drie jaar opnieuw) moeten uitbesteden.

impact gehad op de gewenste onderlinge samenwerking op lokaal niveau (zoals die vanuit het tweede programma werd beoogd) en de financiële slagkracht om bijvoorbeeld ook zaken als preventie op te pakken. Mede doordat thuiszorgorganisaties vanwege de bezuinigingen in zwaar weer verkeren, zullen ze – om te overleven – de neiging hebben om vooral het eigen (financiële) belang voorop te stellen. Het is dan ook de vraag in hoeverre de huidige situatie een goede basis vormt voor de noodzakelijk geachte samenwerking op lokaal niveau. De kans bestaat namelijk ook dat de in het programma PreventieKracht ontstane en geïntensiveerde samenwerking vooral geld gedreven is (organisaties werken samen omdat ze dan geld krijgen) en minder vanuit inhoudelijke en strategische overwegingen (samenwerken omdat organisaties elkaar versterken en zo meer effectieve preventieactiviteiten kunnen ontplooiën). De vraag is dan ook of de samenwerking een tijdelijk of een duurzaam karakter heeft. Deze vraag wordt beantwoord in paragraaf 8.3.

Veranderde rol zorgverzekeraar

De concurrentie is ook versterkt door de veranderde rol van de zorgverzekeraar tijdens de looptijd van het programma PreventieKracht. Veel zorgverzekeraars hadden al de mogelijkheid (benut) om preventieve activiteiten onder te brengen in de aanvullende verzekering. Vanaf 2007 zijn de zorgverzekeraars gaan onderzoeken of ze op bepaalde thema's (roken, diabetes, depressie) ook preventieactiviteiten zouden kunnen gaan onderbrengen in de basisverzekering. Voor 'stoppen met roken' activiteiten is dat onder andere gebeurd. In dat geval kunnen regionale zorgverzekeraars zelf bepalen met welke aanbieder van dit type activiteiten zij in zee gaan. Thuiszorgorganisaties die al een dergelijk aanbod hebben zijn dan niet meer per definitie de aangewezen partij om deze activiteiten te verzorgen. Ook andere aanbieders kunnen hierop inspringen. Om hun positie te behouden zullen (thuiszorg)organisaties zelf afspraken moeten maken met de zorgverzekeraar. Hiervoor dienen zij zich duidelijk te profileren richting zorgverzekeraars en hun kracht en meerwaarde aan hen (en gemeenten) kenbaar te maken.

In de afgelopen periode is gebleken dat er veel onzekerheid bestaat over de rol van de zorgverzekeraar. Zo is het 'stoppen met roken' eerst ondergebracht in de basisverzekering, er volgens weer uitgehaald en een jaar later toch weer in ondergebracht. Omdat (thuiszorg)organisatie op die manier geen zekerheid hebben, kan dit ertoe geleid hebben dat ze alle preventieactiviteiten op het betreffende thema hebben gestaakt. Vanuit onze gesprekspartners is aangegeven dat dit in de praktijk tijdens de programma-periode al daadwerkelijk is gebeurd.

Het ministerie van VWS ziet de zorgverzekeraars naar de toekomst toe als een belangrijke samenwerkingspartner op lokaal niveau. De verzekeraars moeten volgens het ministerie samen met de gemeenten de regie voeren over het lokale gezondheidsbeleid. Beide partijen zullen ook samen zorg moeten dragen voor de (afstemming van de) financiering van preventieve activiteiten. Ze moeten de vraag in kaart brengen en samen met de relevante partijen komen tot afstemming in interventies en voorzieningen op het gebied van preventie/gezondheidsbevordering. In het tweede programma PreventieKracht is alvast ingespeeld op deze ontwikkeling door samenwerking als voorwaarde te stellen voor toekenning van subsidie. Op die manier werden lokale partijen gestimuleerd om elkaar op te zoeken en samen te werken.

Of deze opzet is geslaagd en de samenwerking in de projecten echt tot structurele afstemming en verankering van activiteiten heeft geleid, is een vraag die we in de hoofdstukken 6 en 8 verder zullen beantwoorden. Vanuit gesprekken met de geraadpleegde personen en het deskresearch komen wat dit aangaat zowel positieve als kritische geluiden naar voren. In sommige gemeenten is daadwerkelijk een structurele samenwerking ontstaan, waarbij gemeenten, zorgverzekeraar(s) en partners in bijvoorbeeld de (thuis)zorg en welzijn samenwerken. Echter, andere signalen wijzen erop dat zorgverzekeraars vaak nog onvoldoende voordelen zien van het investeren in preventie en moeilijk over te halen zijn om actief mee te denken en samen te werken. De regelgeving biedt onvoldoende duidelijkheid over waar de verantwoordelijkheid voor preventie ligt.

Overige veranderingen in de context

Naast deze 'grote' veranderingen in de context, zijn ook op kleinere schaal ontwikkelingen geweest die invloed hebben gehad op het programma PreventieKracht. Eén van de veranderingen is het besluit van het ministerie van VWS om het **ondersteunen van professionals** op het gebied van gezondheidsbevordering vanaf 2010 expliciet als opdracht neer te leggen bij het RIVM CGL. Het RIVM heeft hiervoor het programma Professionals Gezond Versterkt in uitvoering genomen. Dit heeft ertoe geleid dat de activiteiten op het gebied van deskundigheidsbevordering – zoals die in het eerste programma PreventieKracht zijn uitgevoerd – in het tweede programma geen vervolg hebben gekregen. De professionals binnen de projecten van PreventieKracht konden in het tweede programma een beroep doen op het RIVM CGL. Uit het gesprek met het RIVM blijkt dat (thuiszorg)organisaties maar in zeer beperkte mate gebruik hebben gemaakt van de ondersteuning vanuit het programma Professionals Gezond Versterkt. De redenen hierachter zijn niet bekend.

Een andere verandering is de **komst van de wijkverpleegkundigen**. Naar aanleiding van de motie Hamer zijn gelden beschikbaar gekomen om (opnieuw) wijkverpleegkundigen aan te stellen. Thuiszorgorganisatie konden hiervoor een beroep doen op het aanpalende programma Zichtbare schakel. In paragraaf 2.5 zijn we al ingegaan op de verbinding tussen Zichtbare schakel en PreventieKracht. Daaruit blijkt dat op programmaniveau nauwelijks inhoudelijke verbindingen zijn gelegd. Dat de verbinding in de praktijk tussen de wijkverpleegkundige en de preventieactiviteiten wel is gelegd – en dat dit positieve effecten heeft gehad – zal naar voren komen in paragraaf 7.4.

4. DOELREALISATIE

4.1 Inleiding

Een belangrijke doelstelling van de eindevaluatie was het verkrijgen van inzicht in de doelrealisatie van het programma PreventieKracht. In dit hoofdstuk presenteren we de uitkomsten op dit punt. Hierbij zal onderscheid gemaakt worden tussen de doelrealisatie van het eerste programma en het tweede programma. Bij de uitkomsten voor het eerste programma hebben we ons vooral gebaseerd op de voornoemde tussenevaluatie. Voor de doelrealisatie van het tweede programma hebben we bronnen bestudeerd en gesprekken gevoerd met direct betrokkenen bij de uitvoering.

Hieronder zullen we de doelrealisatie van beide programma's nader uitwerken. We maken daarbij onderscheid tussen de realisatie van de doelstellingen en die van 'beoogde resultaten'. In aanvulling op de doelstellingen zijn namelijk bij beide programma's ook concrete resultaten geformuleerd die aan het eind van de programmaperiode bereikt hadden moeten zijn.

4.2 Doelrealisatie programma PreventieKracht Thuiszorg

Het overstijgende doel van het programma PreventieKracht was het leveren van een bijdrage aan kwalitatief goede lokale uitvoering van preventie en uiteindelijk het bevorderen van de volksgezondheid. Hiervoor moest een goed, gevarieerd en laagdrempelig aanbod van preventie, gezondheidsbevordering en (kosten)effectieve interventies worden gerealiseerd. Dit algemene doel is in het eerste programma nader vertaald in een viertal doelstellingen (zie tabel 4.1).

Tabel 4.1 Programmadoelstellingen PreventieKracht Thuiszorg (2007 – 2009)

Doelstellingen
1. Het bevorderen van een (kosten)effectieve uitvoering van preventie en gezondheidsbevordering bij thuiszorgorganisaties
2. Het versterken van de verbinding tussen preventie en zorg
3. Het bevorderen van de samenwerking tussen thuiszorgorganisaties en andere (lokale) partijen
4. Zorgdragen voor verankering: a) Door het overdragen van de aansturing van de uitvoering van preventieactiviteiten aan het Centrum Gezond Leven in oprichting of aan gemeenten in het kader van de WCPV b) Door het betrekken van ziektekostenverzekeraars bij de financiering van preventie-activiteiten door thuiszorgorganisaties

Bron: ZonMw

In de tussentijdse evaluatie uit begin 2009 is getoetst in hoeverre de doelstellingen van het eerste programma zijn gerealiseerd. Het onderstaande is dan ook voornamelijk gebaseerd op deze tussenevaluatie. In aanvulling hierop hebben we ook input gekregen van enkele sleutelpersonen die destijds bij het eerste programma betrokken waren. In het onderstaande geven we weer in hoeverre de bovenstaande doelstellingen zijn gerealiseerd.

1. Bevorderen (kosten)effectieve uitvoering preventie en gezondheidsbevordering

Uit de tussenevaluatie uit 2008 blijkt dat – in de visie van zowel de thuiszorgorganisaties als de Programmacommissie – met het programma PreventieKracht een kwaliteitsimpuls is gegeven aan preventieactiviteiten in de thuiszorg. Verschillende argumenten werden daarbij aangevoerd. Zo werden de thuiszorgorganisaties die gebruik hebben gemaakt van de subsidieregeling gestimuleerd om meer programmatisch te werken. Ook zouden thuiszorgorganisaties meer bewuster met preventieactiviteiten zijn omgegaan door de deelname aan het programma. Hierdoor zijn ze preventieactiviteiten effectiever gaan uitvoeren. In hoeverre de activiteiten ook daadwerkelijk meer kosteneffectief zijn uitgevoerd, kon niet worden vastgesteld.

2. Het versterken van de verbinding tussen preventie en zorg

De conclusie uit de tussenevaluatie was dat de resultaten op dit punt nog te wensen overlieten. De verbindingen tussen preventie en zorg waren in veel projecten nog onvoldoende gelegd. Vanuit de sleutelpersonen is aangegeven dat dit mede te maken had met de sterke nadruk in het eerste programma op 'sec' het uitvoeren van interventies. Hierdoor werkten de thuiszorgorganisaties erg aanbodgericht, veelal vanuit een aparte preventieafdeling binnen de eigen organisatie (zonder verbindingen met de primaire thuiszorgactiviteiten). Er was dan ook minder oog voor de afstemming van hun activiteiten op de vragen die leven bij de doelgroepen. Het gevolg hiervan was ze er niet altijd in slaagden om de beoogde doelgroepen goed in beeld te krijgen en voldoende deelname voor de georganiseerde preventieactiviteiten te realiseren.

3. Bevorderen van samenwerking tussen thuiszorg en andere partijen

Mede door de genoemde sterke nadruk op het feitelijk uitvoeren van interventies is er in het eerste programma in onvoldoende mate aandacht besteed aan samenwerking met ketenpartners. In de tussenevaluatie wordt geconcludeerd dat er weliswaar stappen zijn gezet om de samenwerking en de lokale inbedding van de preventieactiviteiten te versterken, maar dat er op dat punt veel verbeterd kan worden. Deze conclusie vormde (naast veranderingen in de context) een aanleiding om hierop in het tweede programma sterker in te zetten.

4. Zorgdragen voor verankering

Uit tabel 4.1 blijkt dat de verankering van (ondersteunde) preventieactiviteiten van thuiszorgorganisaties op twee manieren gerealiseerd zou worden, namelijk door de aansturing van de uitvoering via het RIVM CGL of gemeenten te laten verlopen en door zorgverzekeraars te betrekken bij de financiering van de preventieactiviteiten. Beide 'sporen' van verankering bleken aan het eind van het eerste programma niet gerealiseerd te zijn. Ten tijde van de tussenevaluatie was nog niet bepaald wie verantwoordelijk zou worden voor de aansturing van de preventieactiviteiten¹⁸. Vanuit sommige sleutelpersonen is aangegeven dat het opnemen van een dergelijke doelstelling in een subsidieprogramma achteraf gezien weinig realistisch is geweest, omdat politieke besluiten hieromtrent zich niet laten sturen vanuit dit type programma's.

¹⁸ Op het moment van deze eindevaluatie is die duidelijkheid er inmiddels wel. Het beleid van het ministerie van VWS is erop gericht om gemeenten (in samenwerking met de zorgverzekeraars) op dit punt een coördinerende taak te geven.

Aan het eind van het eerste programma (2009) bestond ook (nog) geen duidelijkheid over de bereidheid van zorgverzekeraars om preventieactiviteiten te contracteren. In het tweede programma is getracht om de cofinanciering vanuit zorgverzekeraars (en gemeenten) te bevorderen. Vanuit het programma is aan de projectleiders gevraagd deze eventuele cofinanciering te vermelden in de begroting, zodat zicht kon worden verkregen op mate waarin dergelijke verbindingen tot stand zijn gekomen.

4.3 Realisatie beoogde resultaten eerste programma

In tabel 4.2 zijn beoogde resultaten weergegeven die met PreventieKracht Thuiszorg gerealiseerd hadden moeten zijn. Voor elk van deze resultaten hebben we tevens weergegeven in hoeverre deze ook daadwerkelijk zijn geëffectueerd.

Tabel 4.2 Realisatie beoogde resultaten programma PreventieKracht Thuiszorg

Beoogde resultaten	Bereikte resultaten
a. Er is een actueel en breed toegankelijk overzicht van beschikbaar materiaal voor preventie en gezondheidsbevordering bij thuiszorgorganisaties met een duidelijke indeling naar de wetenschappelijke status van het materiaal. Er zijn heldere afspraken over het eigendom van de methodieken	QUI-databank (NIGZ) later overgezet naar I-Database (RIVM CGL). Echter niet alle interventies in databank ingevoerd. Wetenschappelijke status niet altijd bekend. Ook eigendom van de interventies niet duidelijk
b. Er is een heldere procedure met duidelijke kwaliteitscriteria ontwikkeld voor indienen van een activiteitenplan. Deze procedure is ook na afloop van het programma nog bruikbaar	Er is een procedure voor het indienen van een activiteitenplan
c. 80% van alle thuiszorgorganisaties heeft minstens één keer een activiteitenplan ingediend dat gehonoreerd kon worden	In totaal 58 organisaties met een gehonoreerde aanvraag. Onbekend echter hoe groot het totaal aantal organisaties in Nederland was
d. 50% van de participerende thuiszorgorganisaties heeft deelgenomen aan een ondersteuningstraject voor de uitrol van innovaties	Bereikt, in ieder geval 30 van de 58 participerende organisaties heeft deelgenomen aan 'Zicht op Evenwicht'
e. Er zijn 4 projecten gehonoreerd voor de ontwikkeling van (een) nieuwe interventie(s)	Vormgegeven via Academische Werkplaatsen Thuiszorg (AWT). Uiteindelijk 3 AWT's gerealiseerd.
f. Er zijn 4 projecten gehonoreerd voor onderzoek naar de effectiviteit van interventies	Vormgegeven via Academische Werkplaatsen Thuiszorg (AWT). Uiteindelijk 3 AWT's gerealiseerd
g. Na afloop van programma bestaat inzicht in aantal mensen dat met activiteiten is bereikt en in aantal relevante kenmerken van bereikte groepen	Voor gehele eerste programma niet gerealiseerd, alleen voor 2009 bereikcijfers vastgesteld
h. Na afloop van programma is er duidelijkheid over de aansturing van preventieactiviteiten door thuiszorgorganisaties in de toekomst	Niet gerealiseerd (zie hiervoor realisatie doelstelling 4 in voorgaande paragraaf)
i. Na afloop zijn zorgverzekeraars (meer) bereid preventieactiviteiten te contracteren	Niet gerealiseerd (zie hiervoor realisatie doelstelling 4 in voorgaande paragraaf)

Bron: diverse documenten

In het navolgende lichten we tabel 4.2 nader toe, tenzij de betreffende resultaten hiervoor al aan de orde zijn geweest (bijvoorbeeld de doelen h en i in tabel 4.2).

a. Overzicht beschikbaar materiaal (interventiedatabase)

Eén van de beoogde resultaten van het programma was dat er na afloop een overzicht zou zijn van de beschikbare preventieactiviteiten, ingedeeld naar wetenschappelijke status. Dit overzicht zou breed toegankelijk moeten zijn. Ten tijde van het eerste programma werd gebruik gemaakt van de QUI-databank van het NIGZ. Vanuit het voornoemde ondersteuningsbudget is financieel bijgedragen aan de verdere ontwikkeling van deze interventiedatabase. De interventies in de QUI-databank werden onderverdeeld in verschillende categorieën (bewezen effectief, veelbelovende experimentele et cetera). In 2008 is de database overgedragen naar het RIVM Centrum voor Gezond Leven. Deze interventiedatabase (I-Database) bevat actuele leefstijlinterventies die in Nederland beschikbaar zijn.

Het was de bedoeling dat deelnemende thuiszorgorganisaties zoveel mogelijk gebruik zouden gaan maken van interventies die door het NIGZ tenminste als 'goed voorbeeld' zijn bestempeld. Later werd de eis dat het moest gaan om erkende interventies uit de interventiedatabase van het RIVM CGL. Daar waar een andere dan een al erkende interventie werd gebruikt, moesten deze ingevoerd worden in de databank. Dit laatste gold als een subsidieverplichting. Organisaties konden voor hun eigen interventie eventueel ook een erkenningstraject aanvragen (waarmee de kwaliteit en effectiviteit van de interventie zichtbaar gemaakt kan worden).

Uit de tussenevaluatie uit 2008 bleek dat van een goede inbedding van de interventie-database geen sprake was. De volgende uitkomsten uit de tussenevaluatie ondersteunen deze conclusie:

- lang niet alle thuiszorgorganisaties die in het eerste programma participeerden maakten voor het opstellen van hun preventieprogramma gebruik van de inhoud van de database. Ten tijde van de tussentijdse evaluatie bedroeg het aandeel organisaties dat uit de database had geput 60%;
- uitgevoerde interventies werden vaak niet (op de juiste manier) ingevoerd in de database. In 2007 was bijvoorbeeld aanvankelijk maar 25% van de interventies binnen de gesubsidieerde interventieplannen ingevoerd, in 2008 bedroeg dit aandeel 46%;
- de thuiszorgorganisaties maakten (volgens de respondent van het RIVM) nagenoeg geen gebruik van het erkenningstraject.

Uit de bronnen en de gesprekken is een aantal verklaringen naar voren gekomen voor het beperkte gebruik van de interventiedatabase. In de eerste plaats was (en is) het aantal bewezen effectieve interventies dat in de database is opgenomen, zeer beperkt. Hierdoor zijn organisaties minder snel genegen om de database als belangrijke bron te zien voor interessante, nieuwe typen interventies. In de tweede plaats sloten de interventies die waren opgenomen in de database niet goed aan bij de specifieke situatie van de thuiszorgorganisaties (bijvoorbeeld wat betreft specifieke kenmerken doelgroep, kenmerken van de regio, werkwijze van de organisatie et cetera). Het was dan ook lastig om een vertaalslag te maken naar hun eigen organisatie, zeker ook omdat er geen duidelijke eigenaar is van de interventies die de organisaties zouden kunnen ondersteunen bij het implementeren en toepassen van een interventie. Daarnaast zou – in de derde plaats – ook de gebruiksvriendelijkheid van de database te wensen over

laten. Het zoekstelsel zou niet goed werken (twee dezelfde zoekopdrachten blijken te resulteren in verschillende interventies). Waarom een deel van de thuiszorgorganisaties – ondanks de verplichting vanuit de subsidieregeling van PreventieKracht – het naliet om hun eigen interventies in te voeren in de database, is niet helemaal duidelijk. ZonMw heeft de thuiszorgorganisaties er vervolgens wel aan herinnerd dat het om een formele subsidieverplichting ging en heeft geëist dat de interventies alsnog zouden worden ingevoerd. Dat organisaties weinig gebruik hebben gemaakt van het erkenningstraject komt onder andere door het feit dat de procedures als star, bureaucratisch en tijdrovend zijn ervaren en dat ze niet goed pasten bij de positie en werkzaamheden van de projectleiders van de thuiszorg (meer gericht op universiteiten).

b. Procedure met kwaliteitscriteria

Voor het indienen van een activiteitenplan is een procedure ontwikkeld, waarbij ook een aantal kwaliteits- en relevantiecriteria werd gehanteerd. Vanuit de kwaliteitscriteria werden bijvoorbeeld eisen gesteld rondom de doelstelling, het plan van aanpak en de haalbaarheid van de projecten en rondom het gebruik van de 'goede voorbeeld-interventies' van NIGZ. Vanuit de relevantiecriteria werd onder andere aangegeven dat de aanvragen moesten voorzien in een evaluatie van het bereik van de uit te voeren plannen. Deze criteria zijn – zoals hiervoor aangegeven – ook vertaald naar de beoordelingsprocedure zoals die door de Programmacommissie is gehanteerd. Hiervoor is al opgemerkt dat er sprake was van een 'zoektocht' waarbij voor elke tender aanpassingen werden doorgevoerd. De procedure zoals die in het eerste programma is ontwikkeld, vormde ook de basis voor het tweede programma. In dit opzicht is voldaan aan het beoogde resultaat dat de procedure ook na afloop van het programma nog bruikbaar zou moeten zijn.

c. Bereik van sector

Beoogd werd dat binnen de eerste drie jaar minstens vier op de vijf thuiszorgorganisaties met het programma PreventieKracht werd bereikt, in die zin dat ze minstens één keer subsidie hadden gekregen voor de uitvoering van hun preventieplan. Uit het voorgaande blijkt dat in het eerste programma in totaal 58 organisaties één of meerdere aanvragen gehonoreerd heeft gekregen. Echter, 'de noemer' – het totale aantal organisaties in de thuiszorg bij aanvang van het programma – is destijds niet vastgelegd. De meest recente CAO Thuiszorg gaat uit van ongeveer 120 organisaties gericht op thuiszorg. Of dit resultaat bereikt is, kan dus niet worden vastgesteld.

d. Deelname aan ondersteuningstraject

Een tweede 'bereikresultaat' betrof de deelname van participerende organisaties aan een ondersteuningstraject voor de uitrol van innovaties. Het ging hierbij om onderzoeks- en implementatietrajecten gefinancierd vanuit het ondersteuningsbudget. Omdat binnen het programma PreventieKracht maar in beperkte mate budget beschikbaar was voor onderzoek, is er op dit punt samengewerkt met andere programma's en initiatieven in het preventiekader. Voorbeelden van dergelijke 'aanpalende' implementatiestudies waarmee samengewerkt is, zijn: 'Bewegen valt goed' (samen met NISB en Consument en Veiligheid), 'Slimmer' (diabetespreventie, samen met Academische Werkplaats Agora) en 'Zicht op Evenwicht' (valpreventie voor ouderen, samen met het Trimbos-instituut). Het doel van deze trajecten was het bevorderen van het gebruik van de erkende interventies

door de participerende thuiszorgorganisaties. Minimaal 50% van de participerende thuiszorgorganisaties zou van dit ondersteuningsaanbod gebruik moeten hebben gemaakt. De verwachting van het Programmamanagement is dat dit resultaat wel bereikt is. Alleen al aan het traject Zicht op Evenwicht (op het gebied van valpreventie voor ouderen) hebben 30 van de 58 participerende organisaties deelgenomen.

e + f. Ontwikkeling nieuwe interventies en onderzoek naar effectiviteit

Met het instellen van de Academische Werkplaatsen Thuiszorg (AWT) is vormgegeven aan het doel om nieuwe interventies te ontwikkelen en onderzoek te doen naar de effectiviteit van interventies. Zoals gezegd zijn vier AWT's van start gegaan, waarbij er één na twee jaar voortijdig is gestopt, omdat onvoldoende vorderingen konden worden gemaakt. De AWT's worden separaat geëvalueerd, zodat we hier verder niet op de geboekte resultaten van deze samenwerkingsverbanden ingaan. Wel werd in de tussentijdse evaluatie gesteld dat de nadruk binnen de werkplaatsen in het eerste programma voor alsnog vooral op de implementatie van bestaande interventies lag, waardoor de ontwikkeling van nieuwe interventies meer op de achtergrond is geraakt. In de loop van de tijd – zoals tijdens het tweede programma PreventieKracht – is er wel gewerkt aan de implementatie van nieuwe interventies, zoals de Ketenaanpak Gezond Gewicht in Zwolle.

g. Bereik doelgroepen

Vanaf het begin van het programma is beoogd om inzicht te verkrijgen in het aantal mensen dat bereikt is met de preventieactiviteiten en hun kenmerken. In de eerste twee jaren heeft het RIVM een analyse van de eindverslagen gemaakt om hier inzicht in te krijgen. Hieruit bleek dat de participerende thuiszorgorganisaties het bereik onder de doelgroepen niet op een heldere en onderling vergelijkbare wijze registreerden. Deze uitkomst vormde voor ZonMw aanleiding om een stramien te ontwikkelen, waarin aangegeven werd welke informatie over het aantal en de typen bereikte personen verzameld moest worden ten behoeve van de eindrapportage. Het Trimbos-instituut heeft op basis van deze nieuwe monitoringmethode in 2009 voor het eerst op een betrouwbare wijze inzicht kunnen verschaffen. Dit impliceert dat geen inzicht in het totale bereik van het eerste programma is verkregen (maar uitsluitend voor het laatste jaar van dat programma). Vergelijkbare metingen zijn inmiddels ook voor het tweede programma uitgevoerd¹⁹. In paragraaf 4.5 zijn de bereikgegevens voor 2009 en de jaren 2010 en 2011 weergegeven.

4.4 Doelrealisatie programma PreventieKracht Dicht bij Huis

In het programma PreventieKracht Dicht bij Huis heeft het ingezette proces van kwaliteitsverbetering van de preventie een vervolg gekregen. Zoals hiervoor aangegeven, heeft dit tweede programma een iets andere focus. Dit komt onder meer tot uitdrukking in de doelstellingen die voor dit programma waren geformuleerd. Deze doelstellingen zijn in tabel 4.3 weergegeven.

¹⁹ Waarbij de meting over 2012 nog moet plaatsvinden.

Tabel 4.3 Programmadoelstellingen PreventieKracht Dicht bij Huis (2010 – 2012)

Doelstellingen	
1.	Het bevorderen van een (kosten)effectieve uitvoering van preventie en gezondheidsbevordering door organisaties met expertise op dit terrein, in samenwerking met beroepskrachten die ‘achter de voordeur’ en ‘in de spreekkamer’ en in ‘de community’ komen
2.	Het bevorderen van het bereik van risicogroepen; signaleren en toeleiden naar geschikte preventieve interventies, door het benutten van de kracht van organisaties die al ‘achter de voordeur’ en ‘in de spreekkamer’ en in ‘de community’ komen
3.	Het bevorderen van de samenwerking tussen organisaties voor een integrale aanpak van preventie en gezondheidsbevordering op lokaal en regionaal niveau

Bron: ZonMw

Hieronder lichten we de doelrealisatie op deze punten nader toe.

1. Bevorderen (kosten)effectieve uitvoering preventie en gezondheidsbevordering

Net als het eerste programma had ook het tweede programma als doel om te komen tot een (kosten)effectieve uitvoering van preventie en gezondheidsbevordering. Bij dit programma is de reikwijdte echter vergroot naar alle organisaties met expertise op dit terrein (dus niet alleen meer thuiszorg). Wat deze doelstelling betreft is vanuit de geraadpleegde sleutelpersonen en betrokken uitvoerders van het programma aangevoerd dat er sprake is van een ‘doorlopende lijn’ in die zin dat er een verdere kwaliteitsslag zou zijn gemaakt. Er zou sprake zijn van een (nog) meer planmatige en meer programmatische aanpak van de preventieactiviteiten bij de ondersteunde (thuiszorg)organisaties. Ook is er in het tweede programma – door de vereiste samenwerking met andere partijen en een grotere inzet om de doelgroepen goed in het vizier te krijgen – in vergelijking tot het eerste programma een meer vraaggerichte aanpak van de preventie tot stand gebracht. Aangenomen mag worden dat dan ook meer effecten bij de doelgroepen zijn opgetreden. De vraag is echter wel of de samenwerking met andere partijen een duurzaam karakter heeft gekregen. Verderop in dit rapport blijkt dat de samenwerking veelal wordt voortgezet (zie hoofdstuk 8).

Een ander argument voor meer effectieve interventies dat in de gesprekken is aangevoerd, is dat gestimuleerd werd om zoveel mogelijk gebruik te maken van gecertificeerde/erkende interventies zoals deze bekend zijn bij het RIVM CGL. We stellen echter vast dat het gebruik van erkende interventies nog steeds erg beperkt is, namelijk in slechts 2,5% van de preventieactiviteiten binnen de gehonoreerde aanvragen (in 2009 was dit aandeel nog iets hoger, namelijk 4%)²⁰. Ook ten tijde van het tweede programma waren via de I-Database nog maar weinig erkende interventies beschikbaar (die ook nog eens onvoldoende toegesneden zou zijn op de thuiszorg).

2. Bevorderen bereik risicogroepen

Een tweede doel was het bevorderen van het bereik van risicogroepen²¹. Hiervoor is al opgemerkt dat een deel van de participerende thuiszorgorganisaties in het eerste programma moeite had om de doelgroepen van hun preventieactiviteiten te bereiken en

²⁰ Bron: Trimbos-instituut, *Aard en omvang van preventie door en met de thuiszorg 2010-2011*, 2013

²¹ In het tweede programma ging het hierbij dan om mensen met een hoog risico op leefstijl gerelateerde ziekten (bijvoorbeeld jongeren), mensen die risico lopen op het ontwikkelen van een chronische ziekte (COPD, diabetes, depressie en hart- en vaatziekten), mantelzorgers, ouderen, allochtonen en mensen met een lage sociaal-economische status.

voldoende deelname aan deze activiteiten te realiseren. Langs twee 'sporen' is in het tweede programma ingezet op het vergroten van dit bereik. In de eerste plaats door het beschikbaar stellen van goede voorbeelden van methoden om doelgroepen te bereiken. In de tweede plaats werd veel steviger ingezet op het verbinden van zorg en preventie, door ook nadrukkelijk aandacht te vragen voor de signalering van wensen/behoefte bij doelgroepen door hulpverleners en de toeleiding van deze 'vraag' naar preventieactiviteiten. De samenwerking met nulde- en eerstelijnszorg (die doelgroepen 'in de spreekkamer' krijgen) en/of organisaties die al 'achter de voordeur' en in 'de community' komen (zoals welzijnsorganisaties e.d.), zou aan deze verbinding moeten bijdragen. Ook binnen de thuiszorgorganisaties zelf zou zorg en preventie meer met elkaar verbonden worden, was de gedachte. Dit door bijvoorbeeld wijkverpleegkundigen en thuiszorgmedewerkers actief in te zetten voor signalering en de toeleiding van doelgroepen naar het aanbod van preventieactiviteiten. Deze medewerkers zouden dan naast hun 'traditionele' zorgtaken ook in staat moeten zijn om behoeften en mogelijkheden te signaleren en mensen te motiveren tot gezond gedrag.

Vanuit de geraadpleegde personen is aangegeven dat er zeker goede projecten zijn gerealiseerd binnen het programma, waarbij die verbinding tussen zorg en preventie is gelegd (of is versterkt) en die erin geslaagd zijn om een groter bereik te realiseren. De verwachting van een aantal gesprekspartners is echter dat in de meeste organisaties die genoemde verandering van werkwijze nog niet is gerealiseerd. Dat vraagt – naast scholing en training van professionals – namelijk ook om aanpassing van het beleid en de structuren van de organisatie. Deze 'cultuuromslag' vraagt tijd en het commitment van het management/bestuur. Het is zeker nog niet in alle organisaties gelukt om preventie als onderwerp sterk op de agenda te zetten. In de volgende fase van de evaluatie zullen we nagaan wat de ervaringen wat dit aangaat van de participerende organisaties zelf zijn.

In de volgende paragraaf geven we inzicht in het feitelijk bereik van de ondersteunde preventieplannen. Daaruit blijkt dat in de jaren 2010 en 2011 het bereik op een hoger plan is gekomen dan in het laatste jaar van het eerste programma (2009). Het aantal ondersteunde preventieplannen is in 2010 en 2011 (50 tot 55) echter iets lager dan in 2009 (60). Per saldo is dan ook sprake van een groter gemiddeld bereik per ondersteund preventieplan.

3. Het bevorderen van samenwerking tussen organisaties

In het VWS-beleid is een transitie van landelijk naar (boven)lokaal beleid zichtbaar. Gemeenten krijgen steeds nadrukkelijker de regie in de volksgezondheid en zeker ook waar het gaat om het bevorderen van een gezonde leefstijl. Ook vanuit het leggen van een verbinding tussen zorg en preventie wordt samenwerking tussen organisaties (op lokaal of regionaal niveau) als onmisbaar beschouwd. In de tussenevaluatie van het eerste programma werd geconstateerd dat de samenwerking beter kan. Vanuit dit perspectief is vanuit het tweede PreventieKracht-programma – als derde doel – gestreefd naar het bevorderen van samenwerking tussen organisaties.

In het tweede programma heeft samenwerking dan ook meer nadrukkelijk een plaats gekregen. Zo moest het opzetten van een samenwerkingsrelatie met andere partijen – zoals de GGD, GGZ en de eerstelijnszorg – onderdeel zijn van de aanvraag. Als

minimale eis om een aanvraag te honoreren werd dan ook het overleggen van een intentieverklaring tussen samenwerkingspartners gesteld. Daarnaast konden organisaties 15% van hun subsidie gebruiken voor het vormgeven van de gewenste samenwerking.

Gedurende het tweede programma zijn verschillende onderzoeken uitgevoerd om zicht te krijgen op de manier waarop en de mate waarin wordt samengewerkt binnen de uitgevoerde projecten. Zo is een eerste inventarisatie van samenwerkingsaspecten uitgevoerd bij 52 gehonoreerde subsidieverzoeken uit de eerste tender van het tweede programma (2010)²². Dit onderzoek had als doel om input te leveren voor richtlijnen waarmee in de navolgende tenders (2011 en 2012) meer zou kunnen worden gestuurd op verbeteringen in de samenwerking. Een belangrijke conclusie van het onderzoek was dat de samenwerking destijds vooral op inhoudelijke gronden werd gezocht, zoals gebruik van elkaars kennis, expertise en ervaringen met bepaalde doelgroepen. Duidelijk minder aandacht ging uit naar samenwerking vanuit een strategische gedachte. Dit laatste is volgens de onderzoekers echter van belang omdat juist het versterken van de positie van (thuiszorg)organisaties in het veld van preventie een belangrijk doel van het programma is.

Tevens werd geconstateerd dat de samenwerking zich sterk richtte op de uitvoering van projecten en dat de samenwerking ook pas echt werd aangegaan wanneer de uitvoering startte. Samenwerking in een eerdere fase – bij het bepalen van een gedeelde visie en gedeelde belangen – kwam veel minder vaak voor. Ook was er in de samenwerking maar in beperkte mate aandacht voor de evaluatie en voor opvolging van de samenwerking na afronding van de uitvoering van de gesubsidieerde activiteiten. Van structurele samenwerking zou maar in weinig gevallen sprake zijn.

Deze conclusies worden op veel punten onderschreven door het onderzoek van het Trimbos-instituut. Dit instituut verzorgt sinds 2009 de monitoring van de aard en omvang van preventie door en met de thuiszorg. Het Trimbos-instituut heeft voor de jaren 2010 en 2011 onderzoek gedaan naar de samenwerking zoals die binnen de projecten vorm heeft gekregen. In deze onderzoeken is geconstateerd dat er weliswaar met veel (verschillende) partijen samenwerking is gezocht (zie hieronder), maar dat deze samenwerking in de meeste gevallen weinig structureel en meer vrijblijvend van aard is. Zo werd slechts in 20% van de projecten een vervolg van de samenwerking in het volgende jaar (2012) voorzien. De nadruk in de samenwerking ligt op het praktische en uitvoerende niveau en er wordt nauwelijks samengewerkt vanuit een gezamenlijk geformuleerde ambitie. Ook lijkt de samenwerking erg afhankelijk van de beschikbaarheid van (externe) financiering. Vanuit het Programmamanagement is opgemerkt dat voortzetting van de samenwerking in de projecten niet vanzelfsprekend was, omdat partijen niet zeker waren of ze in het volgende jaar opnieuw subsidie zouden krijgen.

Zoals gezegd, is in het tweede programma met veel verschillende partijen samengewerkt. Uit het rapport van het Trimbos-instituut blijkt dat in 89% van de gehonoreerde aanvragen sprake was van samenwerking met hulpverleners in de eerstelijns, in 78% met welzijnsorganisaties. De onderzoekers verbinden daaraan de conclusie dat de verbinding

²² Bron: iResearch en Bureau OKAPI, *Samenwerking in het programma PreventieKracht Dicht bij Huis*, 2009.

preventie en zorg in veel projecten geslaagd is, of tenminste op de goede weg is. Ook behoren gemeenten en zorgverzekeraars in de meeste projecten tot de samenwerkingspartners (respectievelijk 69% en 63%). Deze samenwerking blijkt echter in een deel van de gevallen nog in een meer oriënterende fase te verkeren. Gemeenten en zorgverzekeraars zijn volgens het ministerie van VWS de partijen die op lokaal niveau de regie zouden moeten hebben in het beleid rond gezondheid en gezondheidsbevordering en worden dan ook als cruciale samenwerkingspartijen gezien (mede met het oog op de financiering van preventie en de verankering na afloop van het programma). Hun rol als financier en regisseur was tot op dat moment echter nog voldoende uitgekristalliseerd.

Er lijken in het tweede programma dus zeker stappen te zijn gezet om de samenwerking tussen lokale partijen te versterken. Dit wordt ook bevestigd vanuit de gesprekken met de in dit onderzoek geraadpleegde personen. Organisaties zijn – zo verwachten zij – meer bewust geworden van het belang van samenwerking en de samenwerking met andere lokale partijen is ook daadwerkelijk meer opgezocht. Toch uiten meerdere respondenten hun twijfels over de mate waarin de samenwerking duurzaam is en verder reikt dan de uitvoeringstermijn van de gesubsidieerde projecten. Zo is het vermoeden geuit dat de samenwerking ‘geld gedreven’ kan zijn (organisaties hebben samenwerking opgezocht omdat het een voorwaarde was om subsidie te krijgen).

In de volgende fase zullen we nader onderzoeken of en op welke manier de samenwerking ook na afronding van het programma PreventieKracht zal worden voortgezet.

4.5 Realisatie beoogde resultaten tweede programma

Ook voor het tweede programma is meer gedetailleerd vastgesteld welke resultaten gerealiseerd zouden moeten zijn aan het einde van de programmaperiode. Deze beoogde resultaten zijn in tabel 4.4 gepresenteerd.

Tabel 4.4 Realisatie beoogde resultaten programma PreventieKracht Dicht bij Huis

Beoogde resultaten	Bereikte resultaten
a. Er is een heldere procedure met duidelijke kwaliteits-criteria ontwikkeld voor het indienen van een Preventieplan	Adequate aanvraag- en beoordelingsprocedure gehanteerd
b. De participatie van gemeenten en zorgverzekeraars wordt gevolgd door de cofinanciering te laten opnemen bij de voorgestelde begroting	Gerealiseerd, aanvragen werden niet in behandeling genomen als cofinanciering niet geregistreerd was
c. Er zijn 2 projecten gehonoreerd voor de implementatie van nieuwe interventies op relevante thema's	Gerealiseerd
d. Er zijn 2 projecten gehonoreerd voor onderzoek naar de effectiviteit van interventies op de relevante thema's	Gerealiseerd via AWT's
e. Er zijn 3 succesvolle experimenten in het bereiken van risicogroepen opgespoord en onderzocht op werkzame factoren. De resultaten ervan worden overgedragen aan de participerende organisaties die daarmee hun bereik kunnen vergroten	Gerealiseerd via AWT's en via een consortium van vier partijen met een haalbaarheidsonderzoek naar de 'Keukentafelgesprekken'
f. Er komt een top 5 beschikbaar van effectieve- en veelbelovende interventies op de relevante thema's, met duidelijke indeling naar de wetenschappelijke status van het materiaal. Dit overzicht is breed toegankelijk	Gerealiseerd. Te vinden in I-Database van RIVM/CGL
g. 70% van de participerende organisaties maakt gebruik van deskundigheidsbevordering op het gebied van effectieve samenwerking en op het gebied van het bereiken van risicogroepen	Gerealiseerd
h. Er wordt gezocht naar een passende registratie van de beoogde toeleiding naar preventieve interventies. Deze moet na afloop van het programma zicht bieden op het aantal verwijzingen van wijkverpleegkundige, huisarts e.a.	Registratie is gerealiseerd, maar blijkt niet volledig te zijn
i. Na afloop van programma bestaat inzicht in het aantal mensen dat met de activiteiten is bereikt en in aantal relevante kenmerken van bereikte groepen	Gerealiseerd. Bereik jaarlijks geïnventariseerd
j. Na afloop van programma is er inzicht in het aantal samenwerkingsverbanden en participanten daarvan	Gerealiseerd via de monitoring door Trimbos-instituut
k. Na afloop van programma is er inzicht in de status van de samenwerkingsrelaties	Gerealiseerd via de monitoring door Trimbos-instituut
l. Na afloop zijn er scenario's beschikbaar die zicht geven op een structurele financiering van preventie	Niet gerealiseerd.

Op een vergelijkbare wijze als hiervoor bij het eerste programma, geven we hieronder weer wat van de beoogde resultaten uiteindelijk gerealiseerd is.

a. Procedure voor indienen Preventieplan

Volgens geraadpleegde leden van de Programmacommissie was (ook) in het tweede programma sprake van een adequate aanvraag- en beoordelingsprocedure (gebaseerd op de ervaringen in het eerste programma). De kaders waarbinnen het programma werd uitgevoerd en de procedures die hiervoor waren ingericht, waren helder en werkbaar. De ervaringen van de deelnemende organisaties met de aanvraagprocedure worden behandeld in hoofdstuk 5.

b. Cofinanciering door gemeenten en zorgverzekeraars

Uitgangspunt van het tweede programma was dat de aanvragers in hun projecten aansluiting zouden zoeken bij onder andere de gemeentelijke gezondheidsnota en de gezondheidsmonitor van de GGD. Daarnaast werd vanuit het tweede programma gestimuleerd dat voor de financiering van de projecten – naast de subsidie vanuit PreventieKracht – ook cofinanciering werd gezocht bij bijvoorbeeld gemeenten en/of zorgverzekeraar (en eventueel andere partijen). Op die manier zou samenwerking gestimuleerd en beter verankerd kunnen worden. Ingediende projectaanvragen werden alleen in behandeling genomen wanneer de cofinanciering – als daar sprake van was – duidelijk werd opgenomen in de begroting van het project.

Uit cijfers van ZonMw blijkt dat in 41% van de gehonoreerde projecten sprake was van cofinanciering door één of meerdere partijen. De cofinanciering werd verstrekt in de vorm van een eigen bijdragen van deelnemende (zorg)organisaties (50%), door gemeenten (37%), vanuit eigen bijdragen van deelnemers uit de doelgroep (26%), vanuit de zorgverzekeraar(s) (13%) of andere partijen zoals fondsen (13%).

c. Projecten voor implementatie nieuwe interventies

Voor het uitvoeren van trajecten – gericht op de implementatie van interventies – is in dit tweede programma aansluiting gezocht bij andere partijen. Dit is op een vergelijkbare manier gedaan als bij de ondersteuningstrajecten in de eerste programmaperiode (zie onderdeel d in paragraaf 4.3). De ontwikkeling van de interventie en het trainen van de professionals kwam voor rekening van de samenwerkingspartners, in dit geval NISB en Veiligheid.nl (project In Balans), Indigo Drenthe (project keukentafelgesprekken), het Trimbos-Instituut (Zicht op evenwicht) en GGD Gelre-IJssel (SLIMMER). Het vervolgens uitvoeren van de interventies in de praktijk werd gedaan door organisaties die daarvoor subsidie kregen vanuit PreventieKracht.

d. Onderzoek naar effectiviteit preventies

De in het eerste programma opgestarte AWT's zijn in het tweede programma wederom ondersteund en ingezet voor onderzoek naar effectiviteit van interventies. Zoals hiervoor aangegeven, laten we de AWT's verder buiten beschouwing omdat deze separaat geëvalueerd worden.

e. Experimenten bereiken risicogroepen

De bovenstaande AWT's zouden ook ingezet zijn om nieuwe manieren voor het bereiken van risicogroepen te identificeren. Daarnaast heeft een consortium van vier organisaties (Indigo GGZ Drenthe, thuiszorgorganisatie de ZorgZaak, de Hanze Hogeschool en de Radboud Universiteit) een haalbaarheidsonderzoek uitgevoerd naar de 'keukentafelgesprekken', als innovatieve interventie om meer kwetsbare ouderen te bereiken voor gezondheidsbevordering.

f. Top 5 van effectieve en veelbelovende interventies

De I-Database van RIVM CGL voorziet in het overzicht van interventies. In de database is het mogelijk om per thema zicht te krijgen op de interventies die erkend zijn en als effectief en veelbelovend worden beschouwd. Van een top 5 – waarbij dus een ranking is gehanteerd – is voor zover wij hebben kunnen nagaan geen sprake. Gezien het beperkte

aantal erkende interventies op de meeste thema's is dit echter ook nog niet mogelijk/nodig. Hiervoor hebben we overigens vastgesteld dat het gebruik van erkende interventies uit deze database beperkt is.

g. Deelname aan deskundigheidsbevordering

Via werkconferenties en bijeenkomsten voor projectleiders is kennis overgedragen over samenwerking en methoden om risicogroepen te bereiken. Uit de monitoringgegevens van ZonMw blijkt dat de opkomst bij deze bijeenkomsten hoog was²³. Wanneer de deelnemersaantallen worden afgezet tegen het aantal projectleiders (63) kan worden verondersteld dat de doelstelling is gerealiseerd.

h. Passende registratie toeleiding naar preventieve interventies

Er is een formulier ontwikkeld waarop de organisaties bij de verantwoording in de eindrapportage dienen aan te geven via welke weg of wegen personen uit de doelgroep bij de preventieve interventies betrokken zijn geraakt. Op deze manier wordt zicht verkregen op het aantal verwijzingen door huisartsen, wijkverpleegkundigen en andere partijen. In dat opzicht is dit beoogde resultaat behaald. In de monitor van het Trimbos-instituut²⁴ zijn deze 'verwijsschema's' geanalyseerd. Uit deze analyse bleek dat de schema's door veel organisaties niet goed zijn ingevuld (incompleet, telfouten, lege kolommen). Een compleet beeld van het verwijspatroon blijkt dus niet te zijn verkregen. Uit de schema's die wel goed waren ingevoerd, blijkt dat in 2010 en 2011 scholen, hulpverleners in de eerstelijns (wijk- en andere verpleegkundigen, huisarts) en het welzijnswerk partijen zijn die het vaakst mensen doorverwijzen naar de interventies van de deelnemende (thuiszorg)organisaties. Van een groot deel (28%) van de verwijzingen is onbekend wie de verwijzer was.

i. Inzicht in bereik en kenmerken doelgroepen

Zoals eerder aangegeven, is het aantal mensen dat bereikt wordt met de preventie-activiteiten sinds 2009 gemonitord. Vanuit die monitor zijn de volgende bereikcijfers afgeleid (zie tabel 4.5). De cijfers over 2012 zijn nog niet bekend.

Tabel 4.5 Totaal gerealiseerd bereik aantal personen voor alle thema's, per jaar

Jaar	Aantal personen
2009	96.582
2010	122.560
2011	125.683
Totaal	344.825*

* Dit hoeven geen unieke personen te zijn, dezelfde persoon kan in meerdere jaren met de preventieactiviteiten zijn bereikt.

Bron: Trimbos-instituut, 2013

Het bereik is door de jaren heen duidelijk toegenomen. Voor deze toename zijn vooral de activiteiten in het kader van het thema 'overgewicht', de Consultatie Bureaus voor

²³ Conferentie projectleiders in 2011: 100 deelnemers uit 61 (thuis)zorgorganisaties, conferentie projectleiders 2012: 157 deelnemers uit (thuis)zorgorganisaties.

²⁴ Bron: Trimbos-instituut, *Aard en omvang van preventie door en met de thuiszorg 2010-2011*. 2013.

Ouderen (CBO's) en de activiteiten die zich richtten op meerdere thema's verantwoordelijk. Voor meer informatie over het bereik naar thema en naar doelgroep verwijzen we door naar bijlage I.

j.+k. Inzicht in (status) samenwerkingsverbanden

In de monitoring van het Trimbos-instituut is tevens aandacht besteed aan de samenwerkingsverbanden en de participanten daarbinnen. De informatie die hieraan ten grondslag ligt, is afkomstig van de formulieren die participerende organisaties moesten invullen bij verantwoording van hun project. Uit de gegevens van het Trimbos-instituut blijkt dat in de periode 2010-2011 bij alle 54 projectdossiers één of meer ondertekende samenwerkingsverklaringen waren bijgevoegd. In ruim driekwart (77%) van de gevallen ging het om een intentieverklaring. In 21% van de gevallen ging het om een samenwerkingsovereenkomst. Bij de overige gevallen was de samenwerking vastgelegd in een convenant.

De partners waarmee door de 54 organisaties is samengewerkt zijn weergegeven in tabel 4.6. De meest genoemde partners in de samenwerkingsverbanden waren – naast de thuiszorg (nemen deel in 100% van de verbanden) – hulpverleners in de eerstelijns, welzijnsorganisaties, GGD, ziekenhuizen en gemeenten.

Tabel 4.6 Samenwerkingspartners in 2010-2011

Partners	Aandeel (N=54)
Eerstelijnszorg (huisarts, praktijkondersteuner etc.)	89%
Welzijnsorganisatie, patiëntenvereniging, belangenorganisatie, vrijwilligers	78%
GGD	74%
Ziekenhuis, gezondheidscentrum, verpleeghuis, revalidatiecentrum	67%
Gemeente	67%
GGZ/RIAGG	44%
Thuiszorgorganisatie	43%
Basisschool, voortgezet onderwijs	41%
Sportvereniging, zwembad	35%
Jeugdgezondheidszorg	30%
Maatschappelijk werk	28%
Kinderdagverblijf, peuterspeelzaal, naschoolse opvang	22%
Buurthuis, vrouwencentrum, bibliotheek, migrantenorganisatie	22%
Ouderenorganisatie	20%
Mantelzorgorganisatie	19%
Apotheek	17%
Stivoro	15%
Opleidings- of onderzoeksinstituut	11%
Kerkelijke organisatie	11%
Supermarkt, groenteboer	11%
Woningbouwcorporatie, bewonersvereniging	9%
Verslavingszorg	9%
Schuldhulpverlening	6%
ROC	6%
Allochtone zorgconsulent	4%

Bron: *Trimbos-instituut, 2013*

1. Scenario's voor structurele financiering van preventie

Het was de bedoeling dat na afloop van het programma PreventieKracht scenario's beschikbaar zouden zijn die zicht geven op een structurele financiering van preventie. De (thuiszorg)organisaties zouden aan de hand hiervan kunnen bepalen op welke wijze zij hun preventieactiviteiten in de 'post-PreventieKracht periode' gaan bekostigen. Aan dit beoogde resultaat is geen vervolg gegeven. Het ministerie van VWS zag het namelijk niet meer als taak van het programma PreventieKracht om dergelijke scenario's te ontwikkelen. Door de leden van de Programmacommissie is in het najaar van 2012 wel een 'vooruitblik vanuit het programma PreventieKracht' opgesteld. Het is hun visie op de toekomst van preventie, de doelen die daarbij volgens hen moeten worden nagestreefd, wat er – op gebied van borging – nodig is om dit te realiseren en welke partijen daarbij een rol zouden moeten spelen. Zij hebben dit document aan ZonMw aangeboden.

5. ERVARINGEN MET AANVRAAG- EN BEOORDELINGS-PROCEDURE

5.1 Inleiding

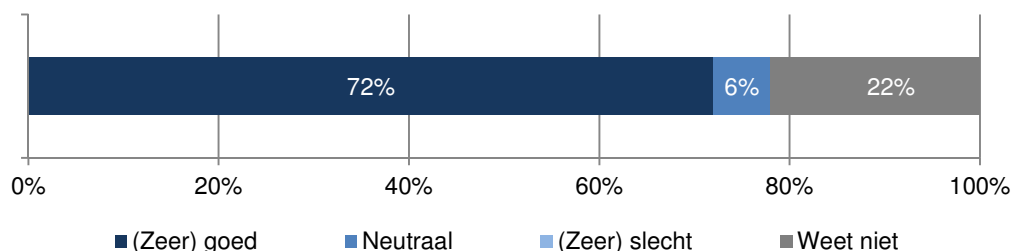
In het kader van de eindevaluatie van het programma PreventieKracht hebben we – zoals eerder aangegeven – ook projectleiders geïnterviewd die vanuit het programma (al of niet) subsidie hebben gekregen. Via de gesprekken wilden we zicht krijgen op hun ervaringen met het programma en de effecten die met het door hen uitgevoerde preventieplan zijn gerealiseerd. In dit hoofdstuk staan we stil bij de ervaringen rond het indienen van de aanvraag- en de beoordelingsprocedure. Het gaat daarbij zowel om de meningen van de projectleiders van goedgekeurde aanvragen (N=31) als projectleiders met een afgewezen aanvraag (N=5). Beide groepen hebben immers ervaring met de voorlichting en de aanvraag- en beoordelingsprocedure.

In paragraaf 5.2 gaan we eerst in op de bekendheid van het programma en het oordeel van de projectleiders over de informatievoorziening. In paragraaf 5.3 komen de ervaringen met de aanvraagprocedure aan bod en in paragraaf 5.4 staan we stil bij de ervaringen met de behandeling en beoordeling van de aanvraag.

5.2 Bekendheid en informatievoorziening

ZonMw heeft over de (subsidie)mogelijkheden van het programma PreventieKracht Dicht bij Huis verschillende typen voorlichting verzorgd, zoals voorlichtingsbijeenkomsten, informatie op de website en artikelen in tijdschriften. Aan de projectleiders is gevraagd hoe zij deze voorlichting beoordelen. In figuur 5.1 staan de uitkomsten op deze vraag.

Figuur 5.1 Oordeel projectleiders over voorlichting(sbijeenkomsten) vanuit ZonMw over (subsidie)mogelijkheden van PreventieKracht Dicht bij Huis (N=36)



Zoals te zien in figuur 5.1 oordelen de respondenten over het algemeen (zeer) positief over de voorlichting(sbijeenkomsten) vanuit ZonMw. Projectleiders noemen de voorlichting helder en informatief. Slecht twee projectleiders beoordelen de voorlichting als neutraal. Zij kregen beiden naar eigen zeggen niet goed zicht op de criteria waaraan de ingediende preventieplannen precies moesten voldoen. Bijna een kwart van de respondenten kon geen oordeel vellen, omdat zij niet vanaf de start bij het project betrokken waren of omdat zijzelf niet de subsidieaanvraag hadden ingediend.

Over het programma PreventieKracht Dicht bij Huis bestaat een site als onderdeel van de website van ZonMw. Aan de projectleiders is gevraagd of zij bekend zijn met deze website en – als zij de site kennen – waarvoor zij deze hebben gebruikt. Alle respondenten geven aan bekend te zijn met de website.

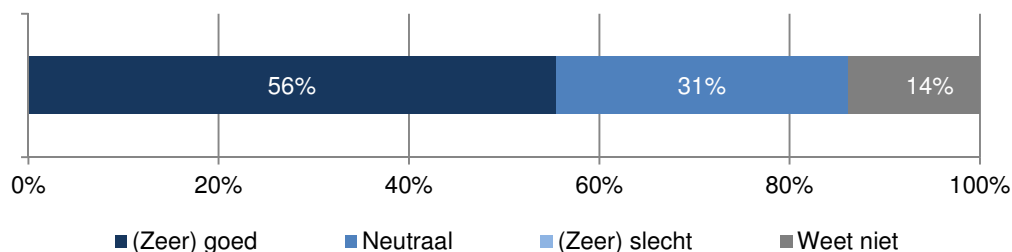
Tabel 5.1 Doelen waarvoor geraadpleegde projectleiders de website van PreventieKracht Dicht bij Huis gebruiken

Doelen	Aandeel (N=36)
Informatie over regeling te vinden	66%
Aanvraag/verantwoording via Projectnet	33%
Projecten van anderen bekijken	22%
Nieuws/nieuwe informatie	11%

Respondenten konden meerdere antwoorden geven. De percentages tellen daarom niet op tot 100%.

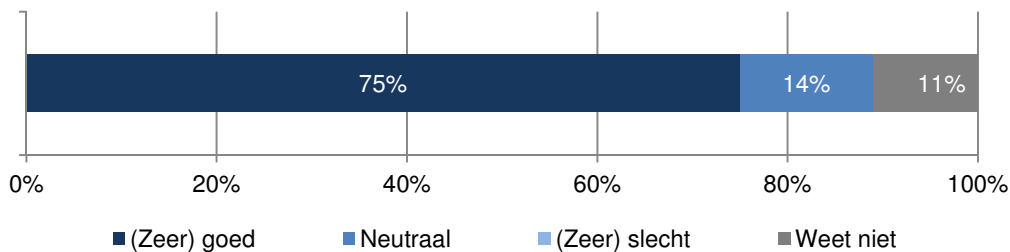
De website is/wordt vooral gebruikt om informatie over de regeling op te zoeken en om via Projectnet aanvragen en/of de verantwoording in te dienen. De website wordt door iets meer dan de helft van de geraadpleegde projectleiders als (zeer) goed beoordeeld. De respondenten geven aan dat de site goed in hun informatiebehoefte heeft voorzien. Bijna een derde van de respondenten oordeelt wat neutraler. Vaak is als reden aangegeven dat de site juist teveel informatie bevat, waardoor het moeilijk is om precies te vinden wat ze zoeken. Anderen hebben geen uitgesproken mening, omdat ze de website maar in beperkte mate hebben gebruikt of omdat het te lang geleden is dat ze website hebben bezocht.

Figuur 5.2 Oordeel projectleiders over inhoud website PreventieKracht (N=36)



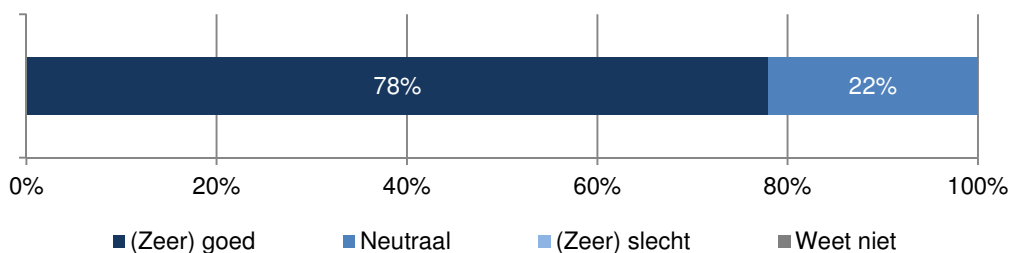
Tijdens het programma zijn ook meerdere nieuwsbrieven vanuit ZonMw verschenen over het programma PreventieKracht Dicht bij Huis. Ruim driekwart (78%) van de projectleiders geeft aan bekend te zijn met één of meerdere nieuwsbrieven. Aan hen is gevraagd wat ze van de nieuwsbrieven vinden.

Figuur 5.3 Oordeel projectleiders over nieuwsbrieven PreventieKracht Dicht bij Huis (N=28)



De meeste projectleiders zijn (zeer) goed te spreken over de nieuwsbrieven, die ze helder, informatief en up-to-date vinden. Anderen hebben de nieuwsbrieven wel ontvangen en doorgebladerd, maar niet veel gebruikt. Zij oordelen daarom wat neutraler. Met het oog op deskundigheidsbevordering en kennisdeling heeft ZonMw – gedurende de looptijd van PreventieKracht Dicht bij Huis – werkconferenties en projectleidersbijeenkomsten georganiseerd. Aan één of meerdere van deze activiteiten heeft 64% van de geraadpleegde projectleiders – naar eigen zeggen – deelgenomen. Aan hen die hebben deelgenomen aan werkconferenties en/of scholingsbijeenkomsten hebben we gevraagd hoe zij dit ervaren hebben (figuur 5.4).

Figuur 5.4 Oordeel projectleiders over scholingsbijeenkomsten/werkconferenties (N=23)



Uit bovenstaande figuur blijkt dat ruim driekwart van de projectleiders, die hebben deelgenomen aan één of meerdere werkconferenties of scholingsbijeenkomsten, deze als (zeer) goed heeft ervaren. Degenen die de bijeenkomsten als neutraal beoordelen geven diverse verklaringen: het niveau van de bijeenkomsten wisselde, de bijeenkomsten waren soms te weinig interactief, in een bepaalde bijeenkomst lag de focus te sterk op Zichtbare schakel en de relatie met het eigen concrete project was soms moeilijk te leggen.

Ondanks deze kritiek hebben vrijwel alle projectleiders (96% bij N=23) die hebben deelgenomen aan de bijeenkomsten/werkconferenties hier een meerwaarde aan ontleend. Slechts één respondent geeft aan geen meerwaarde te hebben ervaren. In onderstaande tabel staat weergegeven waaruit die meerwaarde bestaat.

Tabel 5.2 Belangrijkste meerwaarde van deelname aan scholingsbijeenkomsten/ werkconferenties, volgens de projectleiders

Meerwaarde	Aandeel (N=22)
Kennisvergaring over preventie	68%
Inspiratie voor ontplooiën (nieuwe) preventieactiviteiten	46%
Uitbreiden netwerk/contacten met andere (thuiszorg)organisaties	41%
Informatie vergaard voor professionalisering uitvoering preventieactiviteiten	36%
Op de hoogte blijven van wat er speelt	36%
Ervaringen uitwisselen	27%

De respondenten konden meerdere antwoorden geven. De percentages tellen daarom niet op tot 100%.

De bijeenkomsten blijken voor veel deelnemers vooral belangrijk als kennis- en inspiratiebron. Tijdens de bijeenkomsten hebben ze informatie opgedaan, die ze hebben kunnen gebruiken om hun eigen preventieactiviteiten goed vorm te geven of om nieuwe activiteiten te ontplooiën. Daarnaast heeft ruim een derde van de deelnemers informatie vergaard waarmee zij de uitvoering van hun preventieactiviteiten (verder) hebben kunnen professionaliseren. Naast het opdoen van informatie hebben projectleiders de bijeenkomsten ook gebruikt om hun netwerk uit te breiden, door nieuwe contacten te leggen en ervaringen uit te wisselen met collega-organisaties.

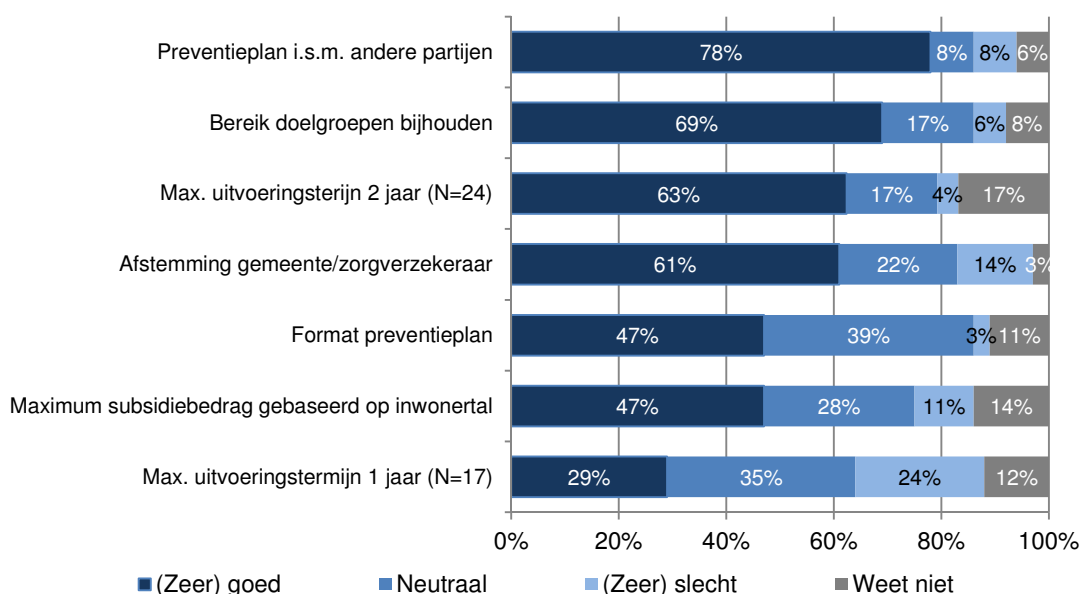
5.3 Ervaringen met aanvraagprocedure

In paragraaf 2.4 is de procedure voor het aanvragen van de subsidie vanuit het programma PreventieKracht Dicht bij Huis beschreven. In de gesprekken met de projectleiders zijn we nagegaan hoe zij deze aanvraagprocedure hebben ervaren. Hierbij gaan we achtereenvolgens in op de beoordeling van voorwaarden/criteria,

Inhoud voorwaarden/criteria

Allereerst is de projectleiders gevraagd hoe zij oordelen over de verschillende voorwaarden/criteria voor de uitvoering van het preventieplan. De uitkomsten hiervan staan in figuur 5.5 weergegeven.

Figuur 5.5 Oordeel projectleiders over voorwaarden en criteria voor de uitvoering van preventieplan (binnen het programma PreventieKracht) (N=36)



Dat het preventieplan in **samenwerking met andere partijen** moest worden uitgevoerd, vindt het merendeel van de projectleiders een goede en vaak ook een logische zaak. De projectleiders zijn zich veelal bewust van het belang van samenwerken om – zeker ook naar de toekomst toe – preventieactiviteiten te kunnen blijven ontplooiën. Deze eis heeft een aantal organisaties ook echt gestimuleerd om nieuwe samenwerkingsverbanden te leggen die ze anders waarschijnlijk niet of minder snel zouden zijn aangegaan. Dat ook specifiek gezocht moest worden naar **afstemming met gemeente(n) en zorgverzekeraar** wordt door projectleiders minder vaak als goed beoordeeld. De reden is dat het in de praktijk vaak lastig bleek om tot samenwerking en afstemming met deze partijen te komen.

Twee andere aspecten worden door een ruime meerderheid van de projectleiders als goed ervaren. Zo oordeelt 69% van de projectleiders positief over het feit dat het **bereik van de doelgroepen** moest worden **bijgehouden**. Hoewel het vaak (erg) lastig is gebleken om precies in beeld te brengen hoeveel (en welke) mensen met de interventies zijn bereikt, vinden projectleiders het over het algemeen erg waardevol om dit te doen. Het heeft namelijk ook echt een meerwaarde voor de organisatie zelf, omdat ze op deze manier goed zicht kunnen krijgen op de effectiviteit van hun interventies.

Ook de meerderheid van de bevroegde projectleiders²⁵ beschouwt een **maximale uitvoeringstermijn** van twee jaar – zoals in de tenders van 2010 en 2011 tot de mogelijkheden behoorde – als voldoende tijd om de preventieplannen uit te voeren. Beduidend minder positief oordelen de projectleiders die te maken hebben gehad met een uitvoeringstermijn van één jaar²⁶. Zeker omdat binnen de projecttermijn – naast het uitvoeren van interventies – ook de samenwerking met andere partijen en de werving van deelnemers op poten moest worden gezet is de periode van een jaar als (te) krap ervaren.

²⁵ De vraag is alleen gesteld aan projectleiders die (ook) een tweejarig project hebben uitgevoerd.

²⁶ De vraag is alleen gesteld aan projectleiders die (ook) een eenjarig project hebben uitgevoerd.

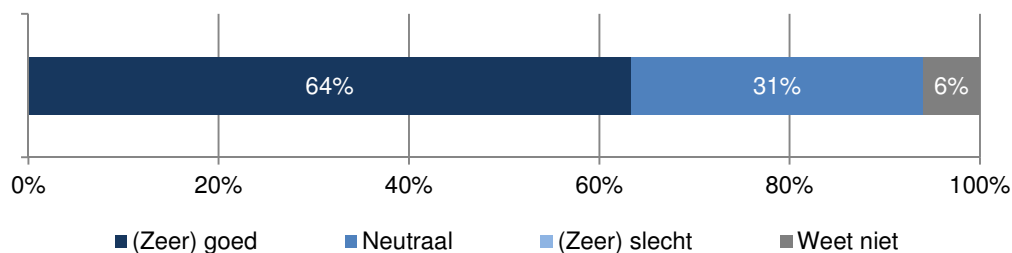
Over het format waarin het preventieplan moest worden aangeleverd bestaat verdeeldheid. Een deel van de projectleiders beoordeelt **het format** – met programma's in thema's en in uitvoeringsuren begroot – als (zeer) goed. Hoewel het soms wat zoeken en puzzelen was, is het hen naar eigen zeggen wel gelukt om de aanvraag goed in te vullen. Andere projectleiders zijn wat gematigder in hun oordeel. Zij omschrijven het format als onoverzichtelijk, te uitgebreid en tijdrovend om in te vullen.

Ook over de keuze om het maximum van het subsidiebedrag per preventieplan af te laten hangen van het inwoneraantal van het werkgebied bestaat wat verdeeldheid. Een deel kan zich goed vinden in deze keuze. Anderen zijn neutraler. Zij snappen dat er een verdeelsleutel gekozen moest worden en zien de gemaakte keuze noch als iets uitgesproken positiefs noch als groot probleem of belemmering voor hun eigen project. Enkel vinden de gekozen verdeelsleutel niet juist. Het inwonertal zegt wat hen betreft niets over de ernst van de problematiek in het werkgebied, bijvoorbeeld op het gebied van geestelijke gezondheid of overgewicht.

Duidelijkheid voorwaarden/criteria

De projectleiders is niet alleen gevraagd om de inhoud van de voorwaarden en criteria te beoordelen, maar ook de duidelijkheid ervan.

Figuur 5.6 Oordeel projectleiders over duidelijkheid van voorwaarden en criteria (N=36)



Bijna twee derde van de projectleiders is van mening dat de voorwaarden en criteria van het programma PreventieKracht voldoende helder waren. Een derde heeft op bepaalde punten wat meer knelpunten ervaren en beoordeelt de duidelijkheid als neutraal. De genoemde knelpunten/onduidelijkheden zijn divers, namelijk:

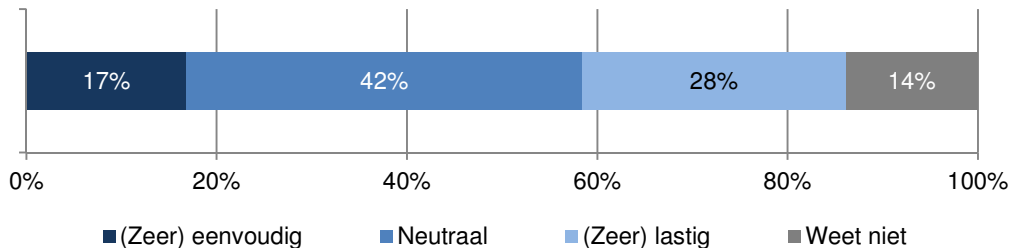
- te hanteren format onduidelijk, te veel ruimte voor interpretatie (3 keer genoemd);
- startmoment en looptijd onduidelijk (2 keer genoemd);
- pas laat duidelijk hoe verantwoording eruit moest zien (1 keer genoemd);
- formulering erg academisch (1 keer genoemd);
- tijdrovend om voorwaarden uit te zoeken (1 keer genoemd).

Oordeel opstellen subsidieaanvraag

Naast een oordeel over de gestelde (duidelijkheid van de) voorwaarden en criteria is de projectleiders ook gevraagd hoe ze het opstellen van een subsidieaanvraag voor het programma PreventieKracht Dicht bij Huis hebben ervaren. De ervaringen van de projectleiders blijken heel wisselend. Een beperkt deel heeft de aanvraagprocedure als (zeer) eenvoudig beoordeeld. Het gaat hierbij onder andere om mensen die vaker aanvragen voor subsidies hebben opgesteld en bijvoorbeeld wel eens een aanvraag-

procedure bij ZonMw hebben doorlopen. Ruim vier op de tien respondenten heeft een neutraler antwoord gegeven. Zij hebben de procedure niet echt als moeilijk ervaren, maar zijn wel knelpunten tegengekomen. Bijna drie op tien projectleiders bestempelt de procedure wel als (zeer) lastig.

Figuur 5.7 Ervaring met opstellen subsidieaanvraag voor het programma PreventieKracht, volgens de projectleiders (N=36)



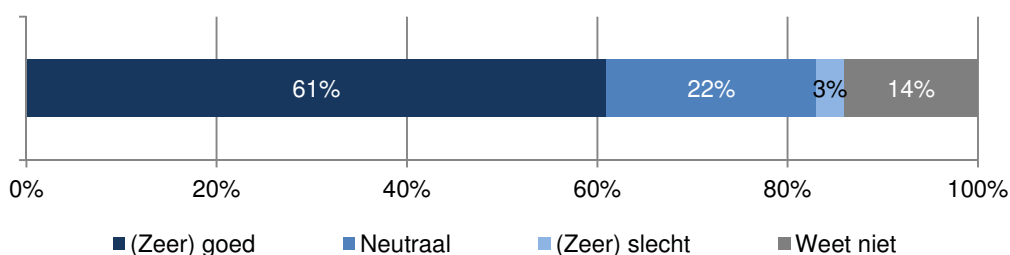
Veruit het meest genoemde knelpunt is dat de procedure erg tijdrovend en arbeidsintensief was. Zeker voor een aantal projecten die een relatief klein bedrag hebben aangevraagd, stonden de inspanningen volgens de projectleiders op dit punt niet altijd in goede verhouding met het toegekende bedrag. Ook omdat organisaties van te voren niet zeker waren dat ze geld kregen, voelde de uitgebreide aanvraagprocedure (vooraf) soms als een zware belasting.

Een ander punt van kritiek richt zich op de grote gedetailleerdheid waarmee de informatie in de verschillende onderdelen van de aanvraag moest worden uitgewerkt. Volgens enkele projectleiders was er sprake van dubbelingen (dezelfde informatie moet op verschillend plaatsen worden uitgewerkt). Ook zou de aanvraag volgens enkele respondenten te wetenschappelijk en teveel gericht zijn op het niveau van het hogere management. Voor de mensen die zich altijd op de werkvloer/in de praktijk met preventie bezighouden vormde de aanvraag een (te) hoge drempel. Verder zijn als knelpunten genoemd: het feit dat de aanvraag samen met andere partijen moest worden gedaan (tijdrovend) en het feit dat de voorwaarden voor aanvraag pas erg laat bekend werden gemaakt waardoor tijdsnood ontstond bij de aanvraag.

5.4 Behandeling en beoordeling aanvraag

De procedure die gevolgd werd bij het beoordelen van de ingediende subsidieaanvragen is eerder beschreven in paragraaf 2.5. Bij de projectleiders zijn we nagegaan hoe zij de behandeling van hun aanvraag door ZonMw en de Programmacommissie hebben ervaren.

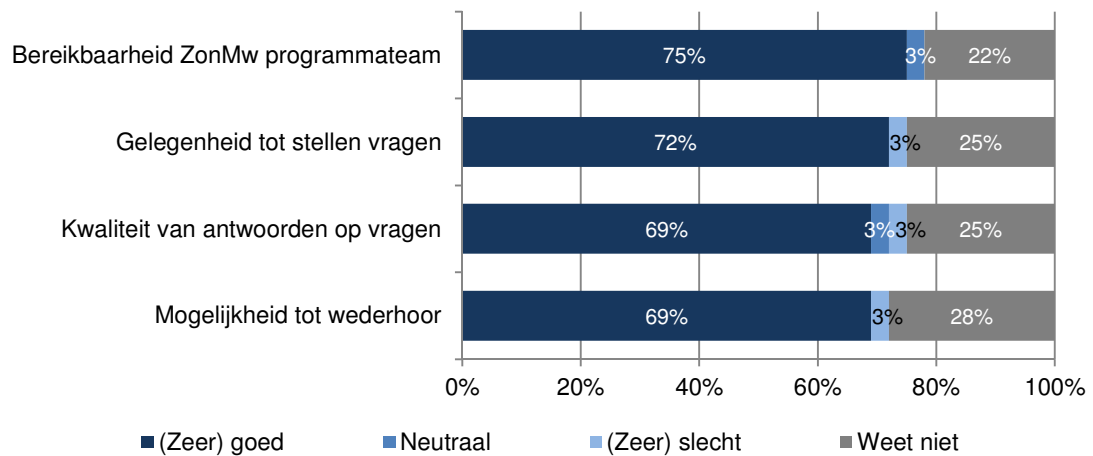
Figuur 5.8 Ervaring met behandeling aanvraag door ZonMw/de Programmacommissie, volgens de projectleiders (N=36)



Figuur 5.8 laat zien dat een duidelijke meerderheid van de projectleiders de behandeling van hun aanvraag als (zeer) goed beoordelen. Deze respondenten waarderen de heldere procedure en de prettige communicatie met ZonMw. Bijna een kwart beoordeelt de beoordelingsprocedure als neutraal en één respondent beoordeelde de beoordelingsprocedure als slecht. Vanuit de respondenten is vooral als kritiek geuit dat aan hen – als aanvragers – harde deadlines werden opgelegd, terwijl ZonMw haar eigen deadlines steeds verschoof (door 19% van de respondenten genoemd). Dit leidde er volgens de projectleiders vooral toe dat zij pas laat de uitslag over het al of niet toekennen van de subsidie kregen. Er zat daardoor weinig tijd tussen de uitslag en de startdatum van het project en was het erg lastig om hun project goed voor te bereiden en tijdig op poten te zetten. Een ander genoemd knelpunt is dat de aanvraag – in de beleving van enkele projectleiders – door wetenschappers beoordeeld werd. Met het commentaar konden de partijen in de praktijk daardoor soms moeilijk uit de voeten. Ook het feit dat de aanvraag door twee referenten op heel verschillende manieren werd beoordeeld is als knelpunt genoemd, want dit leidde tot verwarring.

Ondanks deze kritiek op ZonMw (en de Programmacommissie) blijkt uit de gesprekken dat er vooral veel waardering is voor de *rol* die **ZonMw** in de (aanvraag- en) beoordelingsprocedure heeft gespeeld. De respondenten geven over het algemeen aan dat er sprake was van een goede bereikbaarheid en dat er voldoende mogelijkheden waren tot het stellen van vragen. De leden van het ZonMw-programmateam reageerden snel op informatieverzoeken, besteedden zorg aan het formuleren van goede antwoorden op de vragen en dachten vaak ook actief mee in geval van knelpunten of problemen. De contacten werden – zoals eerder aangegeven – als (erg) prettig omschreven en de programmamleden als zeer betrokken.

Figuur 5.9 Oordeel projectleiders over aspecten van dienstverlening ZonMw in aanvraag- en beoordelingsprocedure (N=36)



Slechts enkele respondenten laten een kritische noot horen. Het gaat om een respondent die naar eigen zeggen geen antwoord op vragen heeft gekregen en een respondent die liever had gehad dat er telefonisch en niet per mail over zaken rond hun aanvraag was gecommuniceerd.

6. SAMENWERKING EN UITVOERING PREVENTIEPLAN

6.1 Inleiding

Eén van de eisen van het programma PreventieKracht Dicht bij Huis was dat er met meerdere partijen samengewerkt moest worden. In dit hoofdstuk komen de ervaringen van projectleiders met deze samenwerking en met de uitvoering van preventieplannen aan bod. De navolgende uitkomsten zijn uitsluitend gebaseerd op de interviews met de 31 deelnemers. In paragraaf 6.2 kijken we eerst naar de typen samenwerking die kunnen worden onderscheiden en naar het doel dat met de samenwerking met bepaalde partners werd beoogd. In paragraaf 6.3 worden de ervaringen van de projectleiders met de samenwerking behandeld. De ervaringen met het uitvoeren van de preventieplannen komen aan bod in paragraaf 6.4.

6.2 Typen en doel samenwerking

Allereerst is gevraagd welke partijen betrokken waren als samenwerkingspartners in de preventieplannen van de geraadpleegde projectleiders. De uitkomsten zijn weergegeven in tabel 6.1. Hierbij dient opgemerkt te worden dat – in die gevallen dat deelnemers meerdere preventieplannen ondersteund hebben gekregen vanuit PreventieKracht – uitsluitend naar het laatst gehonoreerde preventieplan is gekeken.

Tabel 6.1 Samenwerkingspartijen bij uitvoering (laatste) gehonoreerde preventieplan, volgens projectleiders

Samenwerkingspartner	Aandeel (N=31)
Thuiszorgorganisatie	100%
Eerstelijnszorg	74%
Gemeente	71%
Welzijn & Maatschappelijke Dienstverlening	68%
GGD	65%
GGZ/RIAGG	52%
Ouderenzorg	26%
Scholen	16%
Zorgverzekeraar	16%
Ziekenhuis	16%
Sportfaciliteiten	16%
Universiteit/Hogeschool	13%
ROS	13%
(Steunpunt) mantelzorg	6%
Anders (kerk, patiëntenvereniging, woningbouw etc.)	26%

De respondenten konden meerdere antwoorden geven. De percentages tellen daarom niet op tot 100%.

Vanzelfsprekend zijn bij alle preventieplannen één of meerdere thuiszorgorganisaties betrokken. Dit was immers een voorwaarde die vanuit ZonMw werd gesteld. Daarnaast zijn partijen uit de eerstelijnszorg (huisartsen, praktijkondersteuners, fysiotherapeuten en cetera), gemeenten, organisaties in de welzijn en maatschappelijke dienstverlening en de

GGD in veel preventieplannen betrokken. Andere partijen zijn in mindere mate als samenwerkingspartner genoemd.

Interessant is om vast te stellen in hoeverre PreventieKracht heeft bijgedragen aan nieuwe samenwerking met partijen dan wel intensivering van bestaande samenwerkingsrelaties. Dit is in de onderstaande tabel weergegeven. In de kolom 'bestaand' is het aandeel weergegeven van de samenwerkingsrelaties die voorheen al bestond en op dezelfde voet is voortgezet binnen de PreventieKracht-projecten.

Tabel 6.2 Type samenwerking met de samenwerkingspartijen bij uitvoering (laatste) gehonoreerde preventieplan, volgens projectleiders

Samenwerkingspartners	Nieuw	Intensivering	Bestaand	Totaal
(Andere) thuiszorgorganisatie (N=20)	20%	50%	30%	100%
Eerstelijnszorg (N=22)	36%	32%	32%	100%
Gemeente (N=22)	27%	50%	23%	100%
Welzijn & Maatschappelijke Dienstverlening (N=21)	19%	57%	24%	100%
GGD (N=15)	21%	53%	29%	100%
GGZ/RIAGG (N=13)	23%	31%	46%	100%
Ouderenzorg (N=8)	25%	13%	63%	100%
Scholen (N=5)	60%	40%	0%	100%
Zorgverzekeraar (N=5)	40%	0%	60%	100%
Ziekenhuis (N=5)	0%	60%	40%	100%
Sportfaciliteiten (N=5)	40%	20%	40%	100%
Universiteit/Hogeschool (N=4)	50%	0%	50%	100%
ROS (N=3)	33%	33%	33%	100%
(Steunpunt) mantelzorg (N=2)	0%	50%	50%	100%
Totaal (N=150)	25%	40%	35%	100%

PreventieKracht blijkt in een belangrijk deel van de gevallen van invloed te zijn geweest op de samenwerking tussen partijen. Uit tabel 6.2 blijkt dat bij de meerderheid van de samenwerkingsrelaties (65%) er sprake is van nieuwe of een meer intensievere samenwerking bij de uitvoering van de preventieplannen. De samenwerking met 'vertrouwde' samenwerkingspartners als (andere) thuiszorgorganisaties, welzijnsorganisaties, de gemeenten en de GGD zijn intensiever geworden. Hulpverleners in de eerstelijns en partijen buiten de zorg blijken bovengemiddeld vaak als nieuwe samenwerkingspartners genoemd. In een derde van de partijen waarmee is samengewerkt in de uitvoering van de preventieplannen was sprake van voortzetting van al bestaande samenwerking.

Aan de projectleiders is gevraagd wat met de samenwerking met elk van de typen partners werd beoogd. De samenwerking met (andere) thuiszorgorganisaties is met name aangegaan voor enerzijds de werving en anderzijds de praktische uitvoering van projecten. Doordat thuiszorgorganisaties bij de doelgroepen 'achter de voordeur' komen kunnen zij een goede rol vervullen bij het signaleren van problemen, het voorlichten van de doelgroep over bestaande ondersteuningsmogelijkheden en het doorverwijzen naar concrete ondersteuningstrajecten zoals cursussen, trainingen en persoonlijke bege-

leiding. Veel thuisorganisaties zijn ook belangrijke aanbieders geweest van dergelijke interventies. Daarnaast hebben thuiszorgorganisaties ook meegewerkt bij het meedenken over en het opzetten van de projecten en het opstellen van de aanvraag.

Bij de partijen binnen de eerstelijns gezondheidszorg hadden de huisartsen en praktijkondersteuners vooral de rol van het informeren, verwijzen en toeleiden van mensen naar de voor hen passende ondersteuningstrajecten. Andere partijen binnen de eerstelijnszorg hadden vooral een taak in het verzorgen en uitvoeren van een (deel van) de interventies. Zo hebben fysiotherapeuten en diëtisten trainingen, ondersteuning en coaching verzorgd.

De GGD is met name betrokken om mee te denken over de inhoud van projecten, het opzetten van de projecten en het vormgeven en aanjagen van de samenwerkingsinfrastructuur. De onderzoeken die de GGD uitvoert geven goed inzicht in de aard en omvang van de gezondheidsproblematiek in de regio, op basis waarvan goed kan worden vastgesteld op welke thema's en voor welke doelgroepen inzet van interventies gewenst is. Hoewel GGD-en soms een rol hebben gehad in de uitvoering van interventies (bijvoorbeeld door het leveren van diëtisten) hadden ze vaak een meer coördinerende rol /regisseursrol.

De rol die organisaties in de ouderenzorg, de GGZ en de welzijn en maatschappelijke dienstverlening hebben gespeeld wisselde per project. Afhankelijk van het project hadden ze een rol in de werving/toeleiding, de uitvoering en/of het meedenken en helpen opzetten van het project en de samenwerking. Ook gemeenten en zorgverzekeraars zijn op verschillende wijzen betrokken geweest bij projecten vanuit PreventieKracht, namelijk als opdrachtgevers, als financier, voor kennisuitwisseling en voor inhoudelijk afstemming.

In tabel 6.3 is weergegeven in hoeverre de bovenstaande doelen van de samenwerking ook daadwerkelijk werden gerealiseerd volgens de geraadpleegde projectleiders. In verreweg de meeste gevallen blijkt de samenwerking aan de verwachtingen te hebben voldaan in die zin dat de beoogde doelen van deze samenwerking volledig werden gerealiseerd. Dit geldt vooral voor de samenwerking met (andere) thuiszorgorganisaties, GGZ-organisaties, organisaties in de ouderenzorg, WMD-organisaties en de (enkele) universiteiten/hogescholen en regionale ondersteuningsstructuren (ROS) die waren betrokken.

Tabel 6.3 Mate waarin doelen samenwerking zijn behaald naar type partner en totaal, volgens projectleiders (N=31)

Samenwerkingspartners	Ja	Deels	Nee	Weet niet	Totaal
(Andere) thuiszorgorganisatie (N=20)	90%	10%	0%	0%	100%
Eerstelijnszorg (N=22)	64%	23%	5%	9%	100%
Gemeente (N=22)	64%	32%	5%	0%	100%
Welzijn & Maatschappelijke Dienstverlening (N=21)	86%	10%	0%	5%	100%
GGD (N=15)	60%	27%	7%	7%	100%
GGZ/RIAGG (N=13)	100%	0%	0%	0%	100%
Ouderenzorg (N=8)	88%	13%	0%	0%	100%
Scholen (N=5)	60%	40%	0%	0%	100%
Zorgverzekeraar (N=5)	80%	0%	20%	0%	100%
Ziekenhuis (N=5)	40%	60%	0%	0%	100%
Sportfaciliteiten (N=5)	60%	20%	0%	20%	100%
Universiteit/Hogeschool (N=4)	100%	0%	0%	0%	100%
ROS (N=3)	100%	0%	0%	0%	100%
(Steunpunt) mantelzorg (N=2)	50%	50%	0%	0%	100%
Totaal (N=150)	75%	19%	3%	3%	

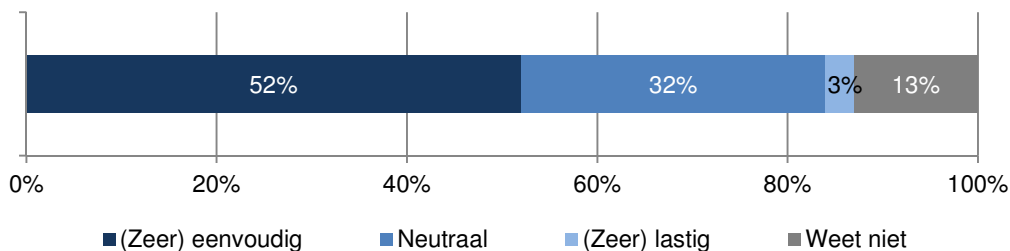
Bij andere samenwerkingspartners is het in de optiek van de geraadpleegde projectleiders niet gelukt om alle doelen van de samenwerking tot zijn recht te laten komen. Dit geldt bijvoorbeeld voor de partijen in de eerstelijnszorg, de gemeenten en de GGD. Vanuit de projectleiders is opgemerkt dat het soms lastig was om de huisartsen (eerstelijns) actief te betrekken. Ze hebben het druk en zien de noodzaak van samenwerking niet altijd in (doen zelf al veel aan preventie) en waren bovendien lastig 'aan te sturen' omdat ze allemaal als losse partijen werken. Hierdoor bleef de toeleiding van de doelgroep naar interventies soms achter bij de verwachtingen. Ook gemeenten waren soms moeilijk in beweging te krijgen. Later in het rapport zal nader worden ingegaan op de knelpunten rond het betrekken van de gemeenten – tijdens en na het programma – bij het meedenken over en financieren van preventieactiviteiten. Verder is een voorbeeld van een project – waarin het moeilijk bleek om de gemeente te betrekken – uitgewerkt in de vorm van casebeschrijving (zie bijlage II, 'Samenwerken voor een beter bereik van mensen met een lage SES in de regio Leiden').

6.3 Ervaringen met de samenwerking

Bij het leeuwendeel van de projecten hebben de samenwerkingspartners de samenwerking officieel vastgelegd. Dit is bij de geraadpleegde projectleiders (N=31) op de volgende wijzen gebeurd: intentieverklaring (35%), samenwerkingsovereenkomst (35%) of convenant (26%). Slechts een klein deel van de projectleiders (13%) geeft aan dat er niets zwart op wit staat over de samenwerking, terwijl één respondent deze vraag niet kon beantwoorden. De percentages tellen niet op tot 100%, omdat een respondent meerdere antwoorden kon geven. In een aantal projecten zijn namelijk meerdere samenwerkingsvormen gekozen, vooral als meerdere thema's aan bod kwamen in de gehonoreerde preventieplannen. Per thema werd dan een samenwerkingsvorm gekozen.

We hebben de projectleiders gevraagd hoe zij de totstandkoming van de samenwerking hebben ervaren (zie figuur 6.1).

Figuur 6.1 Ervaring met tot stand brengen van de samenwerking, volgens projectleiders (N=31)



Uit bovenstaande figuur blijkt dat de helft van de projectleiders van mening is dat de samenwerking met andere partijen (zeer) eenvoudig van de grond is gekomen. Dit kan deels verklaard worden omdat er met veel partijen al langer samenwerking plaatsvond. Een derde van de projectleiders is wat voorzichter en neemt een neutraal standpunt in. Door hen wordt vooral naar voren gebracht dat partijen op zich wel wilden samenwerken, maar dat het veel tijd kost om die samenwerking ook goed op poten te zetten. Anderen geven aan dat de samenwerking met een deel van de partijen wel snel te organiseren was, maar dat andere partijen – onder andere uit angst voor concurrentie – lastiger te overtuigen waren. Slechts één projectleider vond het (zeer) lastig om de partijen – die ieder hun eigen dynamiek en belangen hebben – samen te brengen.

De helft van de projectleiders is van mening dat de subsidie-eis (samenwerking verplicht) een steun in de rug is geweest bij het tot stand brengen van de samenwerking. Als motivatie geven zij aan dat partijen toch makkelijker aan tafel schuiven wanneer er 'geld in de buidel' zit. De andere helft van de projectleiders ziet geen stimulerende werking van de eis uitgaan. Opvallend is dat deze verdeeldheid bij de projectleiders over de invloed van de subsidie-eis zich in vergelijkbare mate voordoet bij de projecten waar samenwerking makkelijk tot stand is gekomen als bij de projecten die wat meer hobbels zijn tegengekomen ('neutraal' in figuur 6.1).

Gebruik samenwerkingsbudget

Vanuit het programma werd de mogelijkheid geboden om 15% van het toegekende subsidiebedrag te besteden aan het opstellen van een wervings- en samenwerkingsplan. Ruim driekwart van de projectleiders (77% bij N=31) geeft aan dat er bij hun project van deze mogelijkheid gebruik is gemaakt. 19% van de geraadpleegde projectleiders heeft geen gebruik gemaakt van het samenwerkingsbudget, terwijl één projectleider de vraag niet kon beantwoorden.

Van de projectleiders die gebruik hebben gemaakt van het samenwerkingsbudget, stelt 92% dat dit een meerwaarde heeft gehad voor hun project. Veel projectleiders merken op dat het voor het slagen van het project van essentieel belang is geweest om overeenstemming te krijgen over een heldere taakverdeling en zeker ook om voor de werving van doelgroepen een duidelijk plan op te stellen. Dankzij het budget was het mogelijk om tijd en menskracht vrij te maken om (betaald) met partijen om de tafel te

gaan zitten en beide aspecten goed vorm te geven. Uiteindelijk heeft dit in verschillende projecten – naar verwachting van de projectleiders – ook daadwerkelijk geleid tot een groter bereik onder de doelgroepen en een betere samenwerking tussen de deelnemende partners.

Ervaringen samenwerking

De projectleiders zijn over het algemeen (erg) positief over het verloop van de samenwerking met de partners binnen de projecten die vanuit PreventieKracht subsidie hebben ontvangen. In ruim driekwart van gevallen is de samenwerking als (zeer) goed beoordeeld (zie tabel 6.4).

Tabel 6.4 Oordeel over verloop samenwerking bij uitvoering PreventieKracht-projecten, volgens projectleiders (N=31)

Samenwerkingspartners	(Zeer) goed	Neutraal	(Zeer) slecht	Weet niet	Totaal
(Andere) thuiszorgorganisatie (N=20)	85%	15%	0%	0%	100%
Eerstelijnszorg (N=22)	68%	23%	5%	5%	100%
Gemeente (N=22)	64%	23%	9%	5%	100%
Welzijn & Maatschappelijke Dienstverlening (N=21)	81%	14%	0%	5%	100%
GGD (N=15)	73%	20%	7%	0%	100%
GGZ/RIAGG (N=13)	85%	8%	0%	8%	100%
Ouderenzorg (N=8)	88%	13%	0%	0%	100%
Scholen (N=5)	60%	20%	0%	20%	100%
Zorgverzekeraar (N=5)	60%	20%	20%	0%	100%
Ziekenhuis (N=5)	60%	20%	0%	20%	100%
Sportfaciliteiten (N=5)	100%	0%	0%	0%	100%
Universiteit/hogeschool (N=4)	100%	0%	0%	0%	100%
ROS (N=3)	100%	0%	0%	0%	100%
(Steunpunt) mantelzorg (N=2)	100%	0%	0%	0%	100%
Totaal (N=150)	77%	17%	6%	6%	100%

De samenwerking met de thuiszorg, de welzijn en maatschappelijke dienstverlening, de GGZ en de ouderenzorg wordt vooral goed beoordeeld, evenals de samenwerking met een aantal meer incidenteel betrokken partijen als de ROS, de universiteit/hogeschool en de sportfaciliteiten. Dit zijn ook de partijen die – zoals we hiervoor in tabel 6.3 zagen – er in geslaagd zijn om hun rollen binnen de samenwerking goed uit te voeren. Meer verdeeldheid bestaat er over de samenwerking met de eerstelijnszorg, de gemeenten en de zorgverzekeraars. Al eerder werd aangegeven dat de inbreng vanuit de eerstelijnszorg – en dan in het bijzonder de huisartsen – soms wat moeizaam liep. Ook bij gemeenten en zorgverzekeraars was het soms lastig om tot een goede samenwerking te komen. Het bleek moeilijk om (de doelstellingen en aanpak van) het project op het netvlies te krijgen van deze partijen en hen actief er in te betrekken.

Op de vraag of de projectleiders wat betreft de samenwerking nog specifieke zaken kunnen noemen die goed zijn verlopen antwoordt 65% bevestigend. De aspecten die zij genoemd hebben staan in tabel 6.5.

Tabel 6.5 Zaken die goed zijn gelopen in de samenwerking, volgens projectleiders

Antwoordcategorie	Aandeel (N=20)
Goede contacten ontstaan/basis voor blijvende samenwerking	65%
Groot commitment	30%
Samen tot beter plan gekomen (meer afstemming en verankering)	20%
Samen beter doelgroep kunnen bereiken	20%

De respondenten konden meerdere antwoorden geven. De percentages tellen daarom niet op tot 100%.

Veel projectleiders zijn enthousiast over de contacten die zij tijdens het project hebben gehad met een of meerdere van de betrokken partijen. Ze zijn erg te spreken over de samenwerking die is ontstaan (of is geïntensiveerd) en die naar verwachting van de meesten ook naar de toekomst zal blijven bestaan. Anderen wijzen vooral op het grote commitment van de betrokken samenwerkingspartners. Partijen hadden echt tot doel om iets goeds op te zetten voor de doelgroep(en) en waren bereid om daar vrijwillig meer tijd en geld in te investeren dan voor hen was begroot. Een deel van de projectleiders is naar eigen zeggen tot besef gekomen dat samenwerking echt leidt tot betere plannen en/of een beter bereik van de doelgroep. Dit komt omdat er betere afstemming is tussen de activiteiten die partijen ondernemen en omdat partijen elkaar beter kennen en daardoor makkelijker hun cliënten kunnen doorverwijzen naar de meest passende ondersteuning.

Eveneens twee derde van de projectleiders heeft specifieke punten in de samenwerking genoemd die naar hun mening echt minder goed zijn verlopen (zie tabel 6.6)

Tabel 6.6 Specifieke zaken die niet goed zijn gelopen in de samenwerking, volgens projectleiders

Antwoordcategorie	Aandeel (N=20)
Moeilijk om partijen te betrekken	40%
Samenwerking/afspraken erg kwetsbaar	40%
Moeilijk om tot afstemming te komen	20%
Grote wisseling contactpersonen	5%

De respondenten konden meerdere antwoorden geven. De percentages tellen daarom niet op tot 100%.

Hierbij wijst een deel van de projectleiders weer op het probleem dat bepaalde cruciale partijen moeilijk te betrekken waren in het samenwerkingsproject, zoals de gemeenten, de zorgverzekeraars en de partijen in de eerstelijnszorg. Tevens wordt als probleem naar voren gebracht dat de samenwerking soms erg kwetsbaar was. Hoewel partijen hun medewerking hadden toegezegd en zich hadden gecommitteerd aan bepaalde afspraken, bleek dat ze deze afspraken in de praktijk soms niet na (konden) komen. Zeker door 'contextuele' veranderingen (bezuinigingen, reorganisaties, beleidsveranderingen) deden zich bij organisaties verschuivingen voor wat betreft prioriteiten en inzet van personeel. Daarnaast werd het als lastig ervaren om met de verschillende

partijen binnen het samenwerkingsproject tot een goede afstemming te komen, zowel wat betreft wensen, belangen en prioriteiten als wat betreft de planning.

Al met al is 77% van de geraadpleegde projectleiders van mening dat de samenwerking binnen het vanuit PreventieKracht ondersteunde project heeft opgeleverd wat ze er vooraf van hadden verwacht. Van de projectleiders is 12% in meer of mindere mate teleurgesteld in de opbrengsten van de samenwerking. Zij hadden een bredere samenwerking (meer mensen binnen eigen organisatie en andere organisaties) verwacht of zijn teleurgesteld in de inbreng van bepaalde partijen. Vanuit de projectleiders is opgemerkt dat het tot stand brengen van samenwerking niet zo moeilijk is, maar dat het lastig is om goede samenwerking in stand te houden. De aandacht voor de (gezamenlijke) inspanningen die in het project gewenst is, zakt snel weg door de drukte van de dag of te weinig prioriteitstelling aan de kant van de samenwerkingspartner.

6.4 Uitvoering preventieplan

Na de ervaringen van projectleiders met samenwerking in de voorgaande paragrafen zullen we nu ingaan op de ervaringen van de projectleiders met het uitvoeren van hun preventieplan. Allereerst is gevraagd of de projectleiders knelpunten hebben ervaren bij het uitvoeren van het preventieplan. Ruim drie kwart (77%) van de projectleiders geeft aan inderdaad knelpunten te hebben ervaren. Zij brachten de volgende knelpunten naar voren (zie tabel 6.7).

Tabel 6.7 Ervaren knelpunten bij het uitvoeren van het preventieplan, volgens projectleiders

Categorie	Aandeel (N=24)
Moeilijk om doelgroep te bereiken	63%
Uitvoeringstermijn te kort	13%
Prestaties samenwerkingspartners bleven achter bij verwachtingen	8%
Grote wisseling contactpersonen	8%
Gesteld doel bleek niet realistisch	4%
Lastig om wijzingen aan te vragen bij ZonMw	4%
Kosten huren accommodatie hoog	4%

De respondenten konden meerdere antwoorden geven. De percentages tellen daarom niet op tot 100%.

Veruit het meest genoemde knelpunt is dat het lastig is gebleken om de beoogde doelgroep(en) te bereiken en te zorgen dat ze ook gebruik gaan maken van het ontwikkelde aanbod. Het niet goed kunnen bereiken van de doelgroep was ook al in eerste programma (PreventieKracht Thuiszorg) een belangrijk knelpunt. Daarom is in het programma PreventieKracht Dicht bij Huis actief ingezet op het vergroten van dit bereik en zijn organisaties via verschillende sporen ondersteund (zie paragraaf 4.4). Desondanks blijkt nu dat het ook in het tweede programma – in de optiek van de projectleiders – nog steeds lastig is geweest voor organisaties om hun doelgroep te bereiken. Dit geldt dan in de meeste gevallen voor de doelgroepen in zijn algemeenheid, maar soms voor specifieke doelgroepen, zoals allochtonen en ouderen. Knelpunten bij deze laatste doelgroepen liggen onder andere in het feit dat de doelgroepen de gezondheidsproblemen niet onderkennen (bijvoorbeeld overgewicht bij allochtonen) of in

het feit dat de manier waarop de preventie wordt aangeboden niet altijd aansluit bij de wensen of mogelijkheden van de doelgroep (ouderen willen/kunnen bijvoorbeeld niet naar een locatie buiten de eigen wijk). Daarnaast kwam het – zoals eerder werd aangegeven – voor dat bepaalde samenwerkingspartners onvoldoende inzet hebben getoond waardoor de toeleiding van (bepaalde) doelgroepen minder was dan was voorzien.

Ondanks eventuele knelpunten geeft 52% van de projectleiders aan dat zij het preventieplan inhoudelijk volgens plan hebben kunnen realiseren. De overige 48% heeft **inhoudelijke bijstellingen** moeten doorvoeren. Aan de projectleiders die te maken hebben gehad met inhoudelijke bijstellingen en/of wijzigingsvoorstellen is gevraagd naar de aard van de bijstellingen.

Tabel 6.8 Aard doorgevoerde bijstellingen in de preventieplannen, volgens projectleiders

Categorie	Aandeel (N=15)
Interventies 'omgeruild'	47%
Interventies minder vaak uitgevoerd	33%
Bepaalde interventies niet uitgevoerd	13%
Nieuwe interventies toegevoegd	13%

De respondenten konden meerdere antwoorden geven. De percentages tellen daarom niet op tot 100%.

In bijna de helft van de gevallen zijn interventies als het ware 'omgeruild'. Dat wil zeggen dat cursussen of trainingen die (in een bepaalde gemeente) niet goed van de grond kwamen minder vaak zijn uitgevoerd dan gepland. Het daarvoor gereserveerde budget is vervolgens gebruikt om andere cursussen/trainingen (of cursussen in andere gemeenten) vaker uit te voeren dan vooraf was gepland. In andere projecten zijn bepaalde interventies die niet goed liepen minder vaak uitgevoerd, zonder dat dat budget is benut om andere activiteiten te ondernemen. Ook kwam het voor dat bepaalde interventies in het geheel niet van de grond zijn gekomen en dat geheel nieuwe interventies zijn toegevoegd aan het oorspronkelijke preventieplan.

De reden voor de aanpassingen ligt in het merendeel van de gevallen in het feit dat er naar bepaalde interventies onvoldoende vraag bestond. De partijen hebben de doelgroep onvoldoende goed weten te bereiken, het type aanbod sloot onvoldoende aan bij de behoefte van de beoogde doelgroep en/of de in het preventieplan opgenomen ambities/verwachtingen waren onrealistisch hoog. Andere redenen die hebben meegespeeld zijn tijdgebrek en het feit dat bepaalde partijen binnen een bepaald project hun toezeggingen niet konden waarmaken.

De projectleiders is tevens gevraagd of zij het plan binnen de gestelde termijn (van één of twee jaar) hebben kunnen uitvoeren. Twee derde (68%) van de projectleiders geeft aan dat het gelukt is om het project tijdig af te ronden. Bij een derde van de projecten is dit niet gelukt. Ook hier speelt het bereiken en enthousiasmeren van de doelgroep een rol. De werving van de deelnemers bleek namelijk in een aantal gevallen lastig, waardoor het lang duurde voordat de cursussen/trainingen et cetera vol waren en van start konden gaan. Andere projectleiders wijzen op de problemen die zij ervaren hebben met de

planning. Zij hebben zich verkeken op de tijd die de verschillende onderdelen van het preventieplan (opzetten samenwerking, werven deelnemers, uitvoeren interventies et cetera) in praktijk zouden vergen. Eén projectleider geeft aan dat zij meer activiteiten hebben uitgevoerd dan vooraf was voorzien. Hierdoor hadden ze ook meer tijd nodig om alles uit te kunnen voeren.

Ervaringen met I-Database Centrum Gezond Leven

Zoals hiervoor is aangegeven, is als voorwaarde voor het verkrijgen van subsidie van PreventieKracht gesteld, dat de in projecten toegepaste interventies zouden worden ingevoerd in de Interventie-Database van het Centrum Gezond Leven van het RIVM. De database zou daarnaast kunnen worden gebruikt als inspiratiebron bij het zoeken naar geschikte interventies bij het opstellen van een preventieplan.

Een ruime meerderheid (81%) van de geraadpleegde projectleiders heeft naar eigen zeggen in de afgelopen drie jaar gebruik gemaakt van de I-Database. Vrijwel al deze projectleiders hebben de database gebruikt voor het invoeren van de eigen interventies. Daarnaast heeft een aanzienlijk deel de database gebruikt om te kijken welke andere interventies door collega-organisaties zijn ontwikkeld.

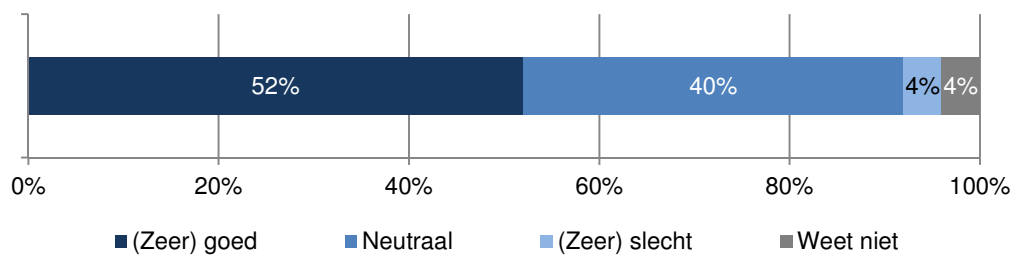
Tabel 6.9 Aard gebruik van de I-Database door geraadpleegde projectleiders

Categorie	Aandeel (N=25)
Voor invoeren van eigen interventies	96%
Voor het zoeken naar geschikte interventies	71%

Het bovenstaande maakt duidelijk dat niet alle projecten tot op heden tegemoet zijn gekomen aan de gestelde subsidievoorwaarde om de eigen interventies in de database in te voeren. Naast de 19% van de respondenten die überhaupt geen gebruik heeft gemaakt van de I-Database, heeft één respondent die er wel gebruik van heeft gemaakt geen eigen interventies ingevoerd. Per saldo komt dit neer op de uitkomst dat 77% wel de interventies heeft ingevoerd en 23% niet. Een mogelijke verklaring voor het niet invoeren bij een deel van de projecten is dat in deze gevallen uitsluitend gebruik is gemaakt van reeds bestaande (erkende) interventies (die dus al in de I-Database waren opgenomen).

Iets meer dan de helft van de gebruikers van de database beoordelen deze als (zeer) goed. De respondenten geven aan dat ze het prettig vinden dat er een dergelijk overzicht bestaat en dat het een goede mogelijkheid biedt om te kijken wat anderen in hun vakgebied hebben ontwikkeld. Vier op de tien gebruikers zijn wat neutraler in hun oordeel. Zij hebben de database gebruikt omdat het moest, maar vinden deze niet voldoende uitnodigend en onvoldoende gebruikersvriendelijk om in te gaan zoeken. Eén projectleiders beoordeelt de database als slecht. Deze respondent heeft veel moeite gehad om de interventie ingevoerd te krijgen.

Figuur 6.2 Ervaring projectleiders met gebruik I-Database (N=25)



Een derde van de projectleiders heeft naast de Interventie-Database ook nog op een andere manier gebruik gemaakt van het Loket Gezond Leven van het RIVM. Drie projectleiders hebben deelgenomen aan de expertpool, drie projectleiders hebben hun eigen interventie voorgedragen voor het erkenningstraject, twee projectleiders hebben advies op maat gevraagd en één projectleider heeft netwerkbijeenkomsten bezocht.

7. EFFECTIVITEIT

7.1 Inleiding

In dit hoofdstuk gaan we in op de meerwaarde en effecten die de projectleiders hebben ervaren van (de ondersteuning van) het preventieplan in het kader van PreventieKracht Dicht bij Huis. Daarbij beschouwen we achtereenvolgens de meerwaarde van de subsidie (paragraaf 7.2), het belang van het ondersteunde preventieplan voor de eigen organisatie (paragraaf 7.3), de effecten die het voor de eigen organisatie heeft gehad (paragraaf 7.4) en de effecten van het preventieplan op de samenwerking (paragraaf 7.5). De uitkomsten zijn grotendeels gebaseerd op de gesprekken met de deelnemers (N=31). In paragraaf 7.2 zijn echter ook de ervaringen meegenomen van de afgewezenen (N=5).

7.2 Meerwaarde subsidie

Om meer zicht te krijgen op de meerwaarde van de subsidie vanuit PreventieKracht voor de preventieactiviteiten van de organisaties, hebben we zowel deelnemers als afgewezenen hierover een vraag gesteld. Bij de projectleiders die niet met een afwijzing te maken hebben gehad, is de vraag voorgelegd wat er zou zijn gebeurd met het preventieplan als subsidie vanuit PreventieKracht achterwege was gebleven. Als 'spiegel' hebben we de projectleiders die (ook) ervaring hebben opgedaan met een afwijzing vanuit PreventieKracht, gevraagd wat hiervan de consequenties waren. In het onderstaande presenteren we de uitkomsten op deze vragen.

Uit tabel 7.1 blijkt dat de preventieactiviteiten – in de optiek van de projectleiders van gehonoreerde projecten – in hoge mate afhankelijk waren van de financiële ondersteuning vanuit PreventieKracht. Bijna de helft van de projectleiders stelt namelijk dat het preventieplan in het geheel niet in uitvoering zou zijn genomen, als er geen subsidie zou zijn toegekend. Eén respondent stelt zelfs dat zijn/haar organisatie in het geheel gestopt zou zijn met preventieactiviteiten.

Tabel 7.1 Consequenties als gehonoreerd preventieplan zou zijn afgewezen, volgens deelnemende projectleiders

Consequenties	Aandeel (N=26)
Preventieplan niet uitgevoerd	46%
Kleinschaliger in uitvoering genomen	46%
Preventieactiviteiten van mindere kwaliteit	12%
Meer over de tijd uitgesmeerd	8%
Later in uitvoering genomen	4%
Helemaal met preventieactiviteiten gestopt	4%
Geen consequenties	4%

De respondenten konden meerdere antwoorden geven. De percentages tellen daarom niet op tot 100%.

De overige respondenten geven aan dat het preventieplan kleinschaliger opgepakt zou zijn, waarbij slechts een deel van de activiteiten zou zijn uitgevoerd, bijvoorbeeld door op minder thema's en/of doelgroepen in te zetten, minder interventies uit te voeren of de

activiteiten te beperken tot een klein gebied (één gemeente). Slechts één projectleider merkt op dat een afwijzing van de subsidie geen enkele invloed zou hebben gehad op de uitvoering van het preventieplan.

Een deel van de organisaties heeft dus wel te maken gehad met een afwijzing. In de laatste subsidieronde van PreventieKracht Dicht bij Huis (2012) is omwille van budgettaire redenen de grens voor honorering op het niveau 'goed' gelegd. De aanvragen die met niveau 'voldoende' werden beoordeeld werden – in tegenstelling tot eerdere jaren – afgewezen. Tien geraadpleegde projectleiders hebben met een dergelijke afwijzing te maken gehad²⁷. Vier van hen is het gelukt om na afwijzing elders financiering voor deze preventieactiviteiten te krijgen. In twee gevallen heeft de gemeente zorg gedragen voor een (gedeeltelijke) financiering. In de andere twee gevallen heeft de aanvragende organisatie zelf (extra) middelen vrij gemaakt om alsnog activiteiten te kunnen uitvoeren. Bij zes projectleiders is het niet gelukt om vervangende financiering te vinden voor het preventieplan.

De consequenties van de afwijzing voor de uitvoering van de ingediende preventieplannen zijn weergegeven in tabel 7.2. Het beeld is grotendeels vergelijkbaar met het beeld in tabel 7.1. Een viertal preventieplannen heeft geen doorgang gevonden, omdat de vervangende financiering ontbrak. Een ander – even groot – deel van de preventieplannen is kleinschaliger uitgevoerd (omdat geen vervangende financiering beschikbaar kwam of de eigen organisatie slechts een deel van het ontstane tekort 'bijpaste').

Tabel 7.2 Consequenties afwijzing voor ingediend preventieplan, volgens projectleiders met afwijzing in 2012

Consequenties	Aandeel (N=10)
Preventieplan niet uitgevoerd	40%
Kleinschaliger in uitvoering genomen	40%
Meer over de tijd uitgesmeerd	10%
Geen consequenties	20%

De respondenten konden meerdere antwoorden geven. De percentages tellen daarom niet op tot 100%.

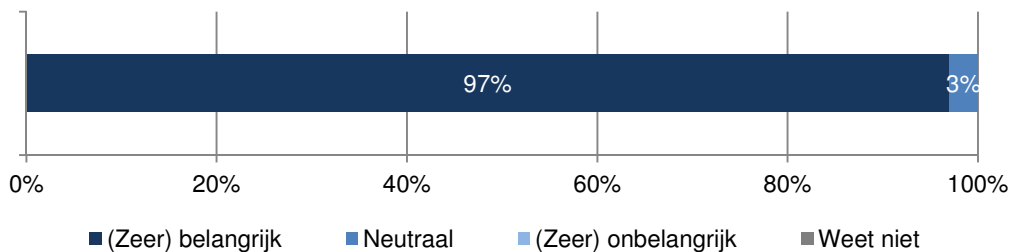
Voor twee projecten heeft de afwijzing geen consequenties gehad, omdat de gemeente in feite de 'rol' van het subsidieprogramma heeft overgenomen en financiering voor de preventieactiviteiten beschikbaar heeft gesteld.

7.3 Belang PreventieKracht voor de eigen organisatie

Nagenoeg alle projectleiders stellen dat het preventieplan (zeer) belangrijk is geweest voor de eigen organisatie (zie figuur 7.1).

²⁷ Het gaat hierbij om de 5 afgewezenen en de 5 deelnemers die naast een goedgekeurd preventieplan ook te maken hebben gehad met een afwijzing in 2012.

Figuur 7.1 Belang van preventieplan (binnen programma PreventieKracht) voor eigen organisatie, volgens projectleiders (N=31)



Een kwart van de projectleiders wijst erop dat ze dankzij het – vanuit PreventieKracht ondersteunde – preventieplan bepaalde doelgroepen beter hebben kunnen bereiken. Door meer samenwerking en goede onderlinge afspraken konden doelgroepen beter in zicht komen en naar de juiste partij worden doorverwezen. Daarnaast is dankzij PreventieKracht de deelname aan interventies voor doelgroepen goedkoper (minder eigen bijdrage) en daarmee ook laagdrempeliger geworden. Voorheen konden mensen vaak alleen op indicatie gratis gebruik maken van interventies (want dan vergoed door verzekeraar), nu kreeg een beduidend grotere groep deze mogelijkheid.

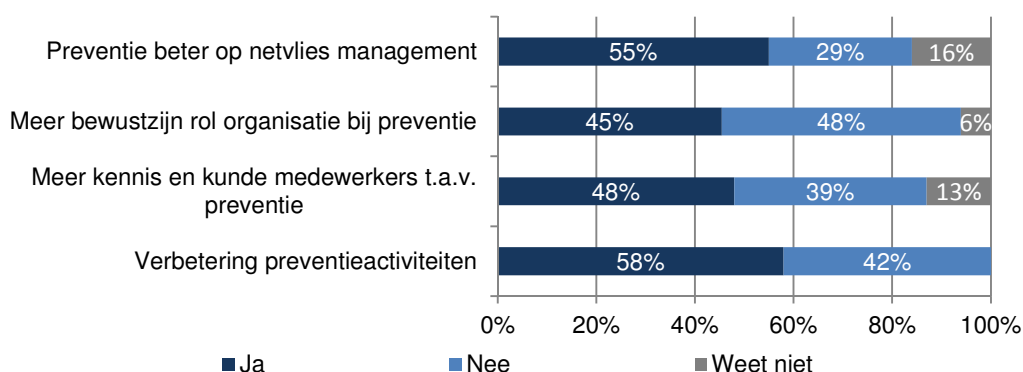
Andere projectleiders wijzen vooral op het belang van de samenwerking die dankzij het preventieplan tot stand is gekomen. Er zijn veel contacten gelegd, of samenwerking is intensiever geworden. Op deze manier heeft de eigen organisatie van de projectleiders meer bekendheid gekregen bij de samenwerkingspartners en heeft de organisatie zich goed kunnen profileren. Deze grotere naamsbekendheid is goed voor de organisatie en heeft in enkele gevallen ook zeker geleid tot een grotere toestroom van klanten. Daarnaast is met de samenwerking volgens verschillende projectleiders de basis gelegd voor meer structurele vormen van samenwerking, bijvoorbeeld in de vorm van het tot stand komen van een preventieplatform of van ketens rondom een bepaald thema.

Enkele projectleiders geven aan dat het aanbod van preventieactiviteiten dankzij het preventieplan ook is verbeterd. Er zijn instrumenten ontwikkeld op thema's en voor doelgroepen die voorheen niet of nauwelijks beschikbaar waren in de regio (bijvoorbeeld ondersteuning van mantelzorgers).

7.4 Effecten PreventieKracht voor eigen organisatie

Aan de projectleiders is gevraagd wat de effecten van deelname aan PreventieKracht zijn geweest voor de eigen organisatie. In 7.2 zijn de uitkomsten op deze vraag weergegeven.

Figuur 7.2 Mate waarin PreventieKracht effecten heeft gehad voor de organisatie, volgens projectleiders (N=31)



Iets meer dan de helft van de projectleiders heeft ervaren dat PreventieKracht ertoe bijgedragen heeft het thema 'preventie' beter op het netvlies van het management van de organisatie is gekomen. Mede omdat er een preventieplan moet worden vervaardigd en (tussentijdse) resultaten moesten worden vastgelegd, kreeg het management in deze gevallen beter zicht op wat er binnen de organisatie op het gebied van preventie gebeurd en welke successen er mee behaald zijn. In vijf organisaties is preventie dankzij PreventieKracht ook meer actief op de agenda gekomen en worden de resultaten van het uitgevoerde project gebruikt als basis voor het opstellen van beleid. Vooral ook de positieve effecten die samenwerking kan hebben op bijvoorbeeld de naambekendheid, het tot stand komen en slagen van interventies en het bereiken van de doelgroep hebben de aandacht van het management getrokken. Twee projectleiders geven aan dat het management deze aanpak (samenwerking/afstemming) als voorbeeld wil gebruiken voor andere onderdelen en activiteiten van de organisatie. Een aantal projectleiders merkt wel op dat preventie ook weer snel van het netvlies dreigt te verdwijnen, nu de geldstroom ophoudt.

PreventieKracht heeft volgens 45% van de projectleiders geleid tot meer bewustzijn bij de organisatie over de rol die zij (kunnen) spelen op het gebied van preventie. Er is vooral meer zicht gekregen op welke manier ze (meer) mensen op een (betere) manier kunnen bereiken. Enkele organisaties zijn bijvoorbeeld tot de conclusie gekomen dat ze meer kunnen doen dan alleen maar cursussen aanbieden voor een breed publiek. Dankzij het uitgevoerde preventieplan zien ze nu dat het beter werkt wanneer werknemers bij de eigen cliënten zelf leren herkennen of en welke problemen er zijn en hen bekend te maken met de manieren waarop de cliënten ondersteuning kan worden geboden (preventie meer koppelen met zorg).

Volgens andere projectleiders is dit bewustzijn niet ontstaan of toegenomen als gevolg van PreventieKracht. Verschillende projectleiders geven aan dat dit belemmerd is door de vele organisatorische veranderingen en personele wisselingen die zich in de afgelopen periode hebben voorgedaan. Hierdoor beklijven de leerervaringen maar in beperkte mate en is er veel onzekerheid over de rol die de branche (bijvoorbeeld de GGZ) in de toekomst op het gebied van preventie zou kunnen spelen.

PreventieKracht heeft bij een deel van de organisaties (ook) geleid tot meer kennis en kunde bij de medewerkers die zich bezighouden met preventieactiviteiten. Medewerkers hebben – door het uitvoeren van interventies – zicht gekregen op instrumenten die goed werken en tot goede resultaten leiden (bijvoorbeeld keukentafelgesprekken met ouderen). Een deel van de organisaties heeft actief aandacht besteed aan het trainen of scholen van het personeel, bijvoorbeeld op het herkennen van (gezondheids)problemen bij de doelgroep en hoe zij de mensen daarop kunnen aanspreken of ondersteuning kunnen bieden.

Er zijn ook projectleiders die aangeven dat dit effect zich in hun organisatie niet heeft voorgedaan. Enkele projectleiders geven aan dat het aantal medewerkers in hun organisatie te groot is om alle medewerkers eigen te maken met het signaleren van klachten/problemen en het doorverwijzen van cliënten.

Bijna zes op de tien organisaties zijn van mening dat hun preventieactiviteiten dankzij PreventieKracht verbeterd zijn. Op welke punten zij verbetering zien is weergegeven in tabel 7.3.

Tabel 7.3 Wijze waarop programma heeft geleid tot verbetering preventieactiviteiten van de organisatie, volgens projectleiders

Categorie	Aandeel (N=18)
Verhoging van de kwaliteit van onze preventieactiviteiten	67%
Betere koppeling met zorgverleners gemaakt	33%
Meer programmatisch werken	28%
Efficiëntere uitvoering van deze activiteiten	22%
Betere aansluiting met gemeente(beleid) kunnen realiseren	6%

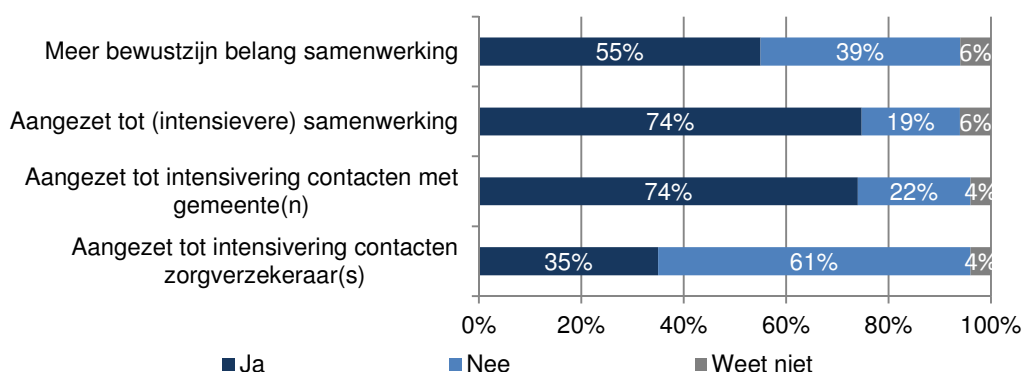
De respondenten konden meerdere antwoorden geven. De percentages tellen daarom niet op tot 100%.

Twee derde van de projectleiders die verbetering zien stelt dat de kwaliteit van hun preventieactiviteiten is verhoogd. Ze hebben nieuwe vormen van preventie gevonden die beter aansluiten bij de behoeften van de doelgroep(en) die ze willen bereiken. Daarmee is het aanbod niet langer aanbodgericht, maar meer vraaggericht. Ook wordt genoemd dat de activiteiten beter zijn ingebed in de organisatie. Dat wil zeggen dat er meer verbinding is gelegd tussen de preventieactiviteiten en de zorgverlening. Zo stelt een projectleider dat (zorg)medewerkers nu goed zijn toegerust om mantelzorgers 'op te sporen' en ondersteuning te bieden. Een deel van de organisaties is – naar zeggen van de projectleiders – meer programmatisch en of meer efficiënt gaan werken. Door van te voren goed te plannen en zaken op papier te zetten, krijgen organisaties beter in beeld wat ze doen en wat het in de praktijk oplevert. Zo wordt sneller duidelijk wat wel en niet werkt. Een enkele projectleider noemt dat ze mede dankzij preventiekracht hun preventieactiviteiten beter hebben kunnen aansluiten bij het beleid van de gemeente(en).

7.5 Effecten op de samenwerking

Naast effecten voor de eigen organisatie hebben we de projectleiders ook gevraagd of PreventieKracht effect heeft gehad op de (aandacht voor) samenwerking met andere partijen (zie figuur 7.3).

Figuur 7.3 Mate waarin PreventieKracht effecten heeft gehad op de samenwerking, volgens projectleiders (N=31)



Iets meer dan de helft van de projectleiders is van mening dat PreventieKracht er toe geleid heeft dat er in de organisatie meer bewustzijn is gekomen over het belang van samenwerking. De organisaties zijn – mede dankzij PreventieKracht – gaan inzien dat samenwerking nodig is om te komen tot een goede afstemming van taken en activiteiten en om de financiering van de inspanningen op het gebied van preventie te kunnen regelen. Projectleiders geven aan dat ze zien dat samenwerking loont, bijvoorbeeld op het punt dat zij dankzij samenwerking veel meer mensen en nieuwe doelgroepen hebben kunnen bereiken.

Anderen zien dit effect niet of in mindere mate. Zij zien soms wel een groter bewustzijn ten aanzien van het belang van samenwerking, maar kunnen niet goed bepalen in hoeverre PreventieKracht hier een bijdrage aan heeft geleverd of dat dit het effect is van ontwikkelingen in de context, zoals de veranderingen op het terrein van de Wmo. Verschillende projectleiders zeggen dat het belang van samenwerken al langer bekend was in de organisatie en dat samenwerking niet iets nieuws is voor de organisatie.

Bijna drie kwart van de projectleiders geeft aan dat hun organisatie – door het in het kader van PreventieKracht uitgevoerde preventieplan – is aangezet tot het aangaan van (meer intensieve) samenwerking met partijen. Hoewel de meesten al wel samenwerkten met andere partijen is de samenwerking intensiever geworden, wordt er meer expliciet op het gebied van preventie samengewerkt of is er samenwerking met nieuwe partijen ontstaan. Zo is een groot deel van de projectleiders aangezet tot intensivering van de contacten met de gemeenten (zie figuur 7.3). Ook met de gemeenten was er al wel vaak contact, maar in het kader van het preventieplan is gericht aandacht besteed aan een betere afstemming tussen de te ondernemen preventieactiviteiten en het gemeentelijke beleid en aan het onderzoeken van de mogelijkheid tot (mede)financiering van de activiteiten door de gemeente.

De reden dat andere organisaties niet gestimuleerd zijn om de contacten met de gemeenten te intensiveren is dat deze organisaties naar eigen zeggen al veel samenwerken met de gemeenten.

De uitgevoerde preventieplannen hebben er in veel mindere mate voor gezorgd dat organisaties de contacten met zorgverzekeraars hebben geïntensiveerd (zie figuur 7.3).

Ruim een derde van de projectleiders zegt wel gestimuleerd te zijn geweest om samenwerking met de zorgverzekeraars te zoeken. Zij zien de zorgverzekeraars als een belangrijke partij, met name door hun rol bij het coördineren en financieren van preventieactiviteiten. Ondanks de inspanningen op dit terrein is het volgens veel projectleiders lastig gebleken om echt tot afspraken te komen. Als probleem wordt genoemd dat zorgverzekeraars vaak 'de boot afhouden'. Binnen de bestaande kaders zien de zorgverzekeraars veelal geen rol voor zichzelf weggelegd in het financieren van activiteiten. Bovendien zijn de 'opbrengsten' van preventie moeilijk concreet meetbaar, waardoor zorgverzekeraars moeilijk te overtuigen zijn van de meerwaarde die financiering van preventie voor hen zou kunnen hebben. Een ander probleem dat genoemd is, is dat er zoveel verschillende zorgverzekeraars zijn. Het komen tot eenduidige afspraken is erg tijdrovend en lastig.

Dezelfde problemen zijn genoemd door de projectleiders die aangegeven hebben niet gestimuleerd te zijn om de contacten met zorgverzekeraars te intensiveren (figuur 7.3). De moeilijke toegankelijkheid van zorgverzekeraars is een belangrijke reden waarom (intensievere) samenwerking met de zorgverzekeraar achterwege is gebleven. Andere redenen zijn dat er – ook zonder PreventieKracht – al werd samengewerkt met zorgverzekeraars of dat samenwerking met zorgverzekeraars helemaal geen doel was binnen het uitgevoerde preventieplan.

Zoals gezegd is het bevorderen van het bereik van de doelgroepen een belangrijk doel geweest van het programma PreventieKracht Dicht bij Huis. We hebben dan ook specifiek gevraagd of PreventieKracht een bijdrage heeft geleverd aan het versterken van de samenwerking met professionals om risicogroepen (nog) beter te bereiken. Volgens ruim de helft van de projectleiders (58%) is dit inderdaad het geval geweest (zie tabel 7.4). Zij hebben heel gericht samenwerking gezocht met bepaalde partijen die al contacten hebben met de doelgroep(en) die ze wilden bereiken. Het gaat daarbij veelal om partijen in de eerstelijns, maar ook om thuiszorgorganisaties, gemeenten (sociale dienst) en woningbouwcorporaties. Werving via dergelijke bestaande kanalen werkt beter dan wanneer ze als organisatie zelf nieuwe communicatiemiddelen en -kanalen zouden 'bedenken' om deze groepen – waarmee ze zelf onvoldoende in contact staan – te bereiken.

Tabel 7.4 Bijdrage PreventieKracht aan versterken samenwerking met professionals om risicogroepen (nog) beter te bereiken, volgens projectleiders

Categorie	Aandeel (N=31)
Ja	58%
Nee	29%
Weet niet	13%
Totaal	100%

Andere projectleiders hebben niet bewust samenwerking gezocht met andere professionals om via die kanalen de beoogde doelgroepen (beter) te bereiken. Zij hebben de werving en toeleiding van mensen naar hun activiteiten veelal zelf opgepakt.

Binnen het programma PreventieKracht Dicht bij Huis is expliciet ingezet op het bereiken van doelgroepen met een lage sociaal-economische status (lage SES). In hoeverre het organisaties – mede dankzij PreventieKracht – is gelukt om meer bereik te realiseren bij deze doelgroep(en) is weergegeven in tabel 7.5.

Tabel 7.5 Bijdrage PreventieKracht aan groter bereik onder doelgroepen met een lage sociaal-economische status, volgens projectleiders

Categorie	Aandeel (N=31)
Ja	74%
Nee	19%
Weet niet	6%
Totaal	100%

Bijna driekwart van de projectleiders geeft aan dat deze doelgroepen beter zijn bereikt. Zeker binnen de groep die voor de werving bewust samenwerking heeft gezocht met externe partijen (zie tabel 7.2) is het percentage dat ook daadwerkelijk een groter bereik heeft gerealiseerd onder de doelgroepen met een lage SES hoog (78%) in vergelijking met de groep die een dergelijke samenwerking niet gericht heeft opgezocht (56%).

Een belangrijke reden waarom veel organisaties een hoger bereik hebben weten te realiseren onder de groep met een lage SES is dat organisaties binnen PreventieKracht hun interventies ook heel specifiek op deze doelgroep hebben gericht. Een andere reden die door verschillende projectleiders is gegeven is dat – dankzij PreventieKracht – bepaalde cursussen goedkoper konden worden aangeboden. De eigen bijdrage van de deelnemers kwam te vervallen (of werd kleiner) waardoor de drempel tot deelname aan dergelijke activiteiten werd verlaagd.

Van degenen die geen groter bereik hebben gerealiseerd, geeft een deel aan dat ze het wel hebben geprobeerd. Ondanks alle inspanningen is het echter niet gelukt om met het ontwikkelde aanbod goed aan te sluiten op de behoeften en mogelijkheden van de doelgroep (doelgroepen ervaren geen noodzaak tot deelname, kunnen locatie waar aanbod wordt geboden niet goed bereiken et cetera).

Afstemming met Zichtbare schakel

We hebben in de interviews met de projectleiders gevraagd of zij ook één of meerdere aanvragen voor het programma Zichtbare schakel gehonoreerd hebben gekregen. Bij ruim een derde van de projectleiders (35%) maakt hun organisatie inderdaad gebruik van het programma Zichtbare schakel. Dat dit bij de overige projectleiders niet het geval is, heeft onder andere te maken met het feit dat deze projectleiders niet tot de thuiszorg behoren (en zij dus ook geen beroep konden doen op Zichtbare schakel).

Eerder in het rapport is aangegeven dat het idee was dat PreventieKracht en Zichtbare schakel elkaar in hun doel zouden kunnen versterken. Vandaar ook dat besloten is om de beide programma's – in ieder geval ook organisatorisch – met elkaar te verbinden. Door een dergelijke onderlinge verbinding zou zowel de integratie van zorg en preventie als ook een groter bereik onder de doelgroepen kunnen worden gestimuleerd. Daarmee zou

tegemoet kunnen worden gekomen aan twee belangrijke doelen van het programma PreventieKracht.

In de praktijk blijkt dat de meeste organisaties die van beide programma's gebruik hebben gemaakt ook daadwerkelijk een verbinding hebben gelegd tussen de wijkverpleegkundige (Zichtbare schakel) en de preventieactiviteiten (PreventieKracht). Dit komt naar voren in tabel 7.6.

Tabel 7.6 Verbinding gelegd tussen project Zichtbare schakel en preventieactiviteiten in het kader van PreventieKracht, volgens projectleiders

Categorie	Aandeel (N=11)
Ja	73%
Nee	18%
Weet niet	9%
Totaal	100%

Dit gebeurt vooral door de wijkverpleegkundige actief een rol te geven in de signalering van knelpunten bij cliënten en de doorverwijzing naar het preventieve ondersteuningsaanbod. Op één na zijn alle projectleiders van mening dat de gelegde verbinding tussen de wijkverpleegkundige en de activiteiten in het kader van PreventieKracht een meerwaarde heeft voor hun project. De beoogde doelgroepen zijn beter bereikt, zorg en preventie worden daadwerkelijk beter geïntegreerd en de aanpak van preventie krijgt hierdoor een meer vraaggericht karakter, aldus de projectleiders.

8. BORGING EN VERANKERING

8.1 Inleiding

Het programma PreventieKracht Dicht bij Huis liep van 2010 tot en met 2012. Met de beëindiging van dit programma is ook de mogelijkheid tot financiële ondersteuning vanuit dit landelijke programma komen te vervallen. De bedoeling van het programma was dat de thuiszorg en andere betrokken partijen, na afloop van het programma, voldoende voorbereid en in staat zouden zijn om (samen) de preventieactiviteiten af te stemmen, te coördineren en gefinancierd te krijgen. In dit hoofdstuk gaan we na in hoeverre de geraadpleegde deelnemers (N=31) er in zijn geslaagd om de samenwerking en activiteiten die vanuit PreventieKracht zijn ondersteund na afloop van het programma te borgen en te verankeren. Daarbij kijken we paragraaf 8.2 naar de mate waarin de uitgevoerde preventieactiviteiten na afloop van het programma zijn voortgezet en in paragraaf 8.3 naar de pogingen die zijn genomen om voor de follow-up financiering te verkrijgen bij gemeenten en zorgverzekeraars en de mate waarin deze pogingen zijn geslaagd. Paragraaf 8.4 gaat in op de mate waarin en de manier waarop de samenwerking tussen de verschillende betrokken partijen na PreventieKracht is voortgezet.

8.2 Voortzetting preventieactiviteiten

Om te bezien in hoeverre organisaties er in zijn geslaagd om de samenwerking en activiteiten ook zonder ondersteuning vanuit PreventieKracht voort te zetten, hebben we aan de projectleiders gevraagd wat de gevolgen van de beëindiging van het programma PreventieKracht zijn geweest voor de preventieactiviteiten van hun organisatie. In tabel 8.1 staan de uitkomsten voor deze vraag weergegeven. Daaruit blijkt dat voor vier organisaties (13%) de beëindiging van het programma in het geheel geen invloed heeft gehad op de preventieactiviteiten die zij uitvoeren. Zij hebben andere financiële middelen gevonden om de activiteiten voort te zetten. Uit de toelichting van deze respondenten blijkt dat dit in ieder geval voor de komende 1 à 2 jaar geldt.

Tabel 8.1 **Gevolgen beëindiging programma PreventieKracht voor preventieactiviteiten, volgens projectleiders**

Gevolgen	Aandeel (N=31)
Geen gevolgen	13%
Preventieactiviteiten lopen gedeeltelijk/op andere manier door	71%
Gestopt met preventieactiviteiten	13%
Weet niet	3%
Totaal	100%

Een ruime meerderheid van de organisaties heeft vervolg gegeven aan de preventieactiviteiten, maar heeft wel aanpassingen doorgevoerd in hun aanbod of de manier van werken. Het stoppen van het programma heeft er vooral voor gezorgd dat er minder activiteiten konden worden uitgevoerd. Activiteiten die niet goed bleken aan te slaan bij de doelgroep of die niet kosteneffectief konden worden uitgevoerd, zijn door hen

stopgezet. Ook activiteiten waarvoor geen andere financiering kon worden gevonden zijn beëindigd of worden op kleinere schaal (minder vaak, voor een beperkter aantal doelgroepen et cetera) aangeboden. Daarnaast heeft beëindiging van het programma er voor gezorgd dat preventieactiviteiten deels anders gefinancierd moesten worden, bijvoorbeeld door de doelgroep nu een eigen bijdrage te laten betalen voor deelname aan activiteiten (terwijl deze ten tijde van het programma gratis werden aangeboden).

Volgens 13% van de projectleiders is hun organisatie helemaal gestopt met preventieactiviteiten. Zij zagen – mede door het wegvallen van de subsidie – geen mogelijkheid meer om op dit terrein actief te blijven. In deze groep zitten zowel organisaties die binnen PreventieKracht hele omvangrijke preventieplannen hebben uitgevoerd (meer dan 500.000 euro subsidie) als organisaties met een relatief beperkt preventieplan (minder dan 100.000 euro).

Het bovenstaande heeft betrekking op het effect van de beëindiging van het programma op de preventieactiviteiten van de individuele organisatie van de geraadpleegde projectleider. Het kan echter ook zijn dat de bepaalde ondersteunde preventieactiviteiten elders zijn voortgezet, bijvoorbeeld bij één van de samenwerkingspartners binnen het consortium. Vandaar dat we navraag gedaan hebben naar voortzetting van alle ondersteunde preventieactiviteiten na afloop van de programmatermijn (zie tabel 8.2).

Tabel 8.2 Mate waarin de vanuit PreventieKracht gefinancierde preventieactiviteiten na afloop zijn voortgezet, volgens projectleiders

Mate continuering	Aandeel (N=31)
(Vrijwel) alles gecontinueerd	23%
Een deel van deze activiteiten gecontinueerd	52%
(Vrijwel) niets gecontinueerd	19%
Nog geen besluit over genomen	3%
Weet niet	3%
Totaal	100%

Bijna een kwart van de projectleiders geeft aan dat (vrijwel) alle ondernomen activiteiten na afloop van PreventieKracht zijn gecontinueerd. Bij de helft van de preventieplannen zijn de activiteiten – volgens de projectleiders – slechts gedeeltelijk voortgezet.

Daar waar activiteiten volledig of deels zijn voortgezet (N=23) is gekeken of deze activiteiten op dezelfde manier zijn voortgezet of dat er op een of andere manier wijzigingen zijn doorgevoerd in de manier waarop ze worden aangeboden. Dan komt naar voren dat in 43% van de gevallen aan de inhoud en opzet van de activiteiten niets is veranderd. De ervaringen met de uitvoering en de resultaten van de activiteiten en interventies was goed en vormde geen aanleiding om zaken anders aan te pakken. In 48% van de gevallen zijn er wel aanpassingen geweest in de activiteiten. Het aanbod richting de doelgroep is versoberd, vanuit de doelgroepen moet zelf voor activiteiten worden betaald of activiteiten worden nu (deels) door andere partijen uitgevoerd. Eén projectleider weet niet op welke manier de activiteiten zijn voortgezet, omdat de verantwoordelijkheid daarvoor bij één van de samenwerkingspartners ligt (zijzelf doen geen interventies meer). Van een deel van de preventieplannen is (vrijwel) geen enkele activiteit gecontinueerd (zie tabel 8.2).

De reden achter de volledige stopzetting of gedeeltelijke stopzetting (bij de groep die activiteiten deels heeft voortzet) is in de meeste gevallen (84%) dat de organisaties deze vanuit PreventieKracht opgezette activiteiten niet meer gefinancierd kregen. Het is de organisaties niet gelukt om andere bronnen te vinden van waaruit de activiteiten bekostigd kunnen worden. Andere redenen om te stoppen zijn dat (bepaalde) activiteiten onvoldoende effectief bleken (doelgroepen onvoldoende bereikt) en dat organisaties hun visie op preventie hadden aangepast. Dit laatste geldt bijvoorbeeld voor een organisatie die besloten heeft om niet langer in te zetten op brede voorlichting en ondersteuning van doelgroepen (aanbieden van cursussen en trainingen), maar om preventie meer te benaderen vanuit het niveau van de individuele cliënt. De bedoeling is dat zorgverleners in contact met de individuele cliënt bekijken welke knelpunten op het gebied van leefstijl aanwezig zijn en op welke manier daar aan gewerkt kan worden.

Het bovenstaande maakt duidelijk dat op het moment van onderzoek – ruim een half jaar na afronding van het programma PreventieKracht²⁸ – 84% van de geraadpleegde organisaties zich nog in meer of mindere mate bezighoudt met preventieactiviteiten. Ook zijn in 75% van de uitgevoerde projecten/preventieplannen de opgezette interventies geheel of gedeeltelijk voortgezet. Tegelijkertijd laten dezelfde cijfers zien dat de betrokken partijen bij veel van de projecten zich genoodzaakt hebben gezien om (een deel van) de preventieactiviteiten stop te zetten. De reden ligt voor een belangrijk deel in het feit dat veel organisaties (nog) onvoldoende in staat zijn gebleken om andere financiële middelen te vinden om hun activiteiten te blijven uitvoeren.

Integratie preventie en zorg

Een belangrijk doel van het programma PreventieKracht Dicht bij Huis was het realiseren van een groter bereik onder de beoogde doelgroepen. Eén manier waarop dit zou kunnen worden bereikt was door het inzetten op een verdergaande integratie van preventie en zorg. In tabel 8.3 is weergegeven in hoeverre de organisaties – volgens de projectleiders – momenteel bezig zijn om preventieactiviteiten (nog) meer te integreren met zorg.

Tabel 8.3 Mate waarin organisaties bezig zijn met het (nog) meer integreren van preventieactiviteiten met zorg, volgens projectleiders

Categorie	Aandeel (N=31)
Ja	58%
Nee	19%
Weet niet	23%
Totaal	100%

Ruim de helft van de projectleiders stelt dat hun organisatie daar inderdaad gericht aandacht aan besteedt. Dit gebeurt vooral door zorgmedewerkers in de eigen organisatie actief een rol te geven in preventie. Thuiszorgmedewerkers, wijkverpleegkundigen en diëtisten die in contact staan met cliënten, hebben vanuit hun functie vaak goed zicht op eventuele knelpunten in gezondheid en leefstijl bij de doelgroep. Hen wordt gevraagd om

²⁸ De interviews zijn voor het merendeel afgenomen in september 2013.

de mensen met dergelijke knelpunten waar mogelijk en nodig door te verwijzen naar passend ondersteuningsaanbod. Anderen wijzen erop dat ze actief werken aan het onderhouden van de lokale samenwerkingsinfrastructuur. Daarbij werken ze – ook naar de toekomst toe – actief samen met externe zorgverleners (huisartsen, fysiotherapeuten, GGZ, ouderenzorg et cetera) die vanuit hun signaleringsfunctie mensen kunnen doorverwijzen naar hun aanbod aan preventieactiviteiten.

Deze integratie van zorg en preventie vraagt volgens de projectleiders wel dat de organisatie actief inzet op het informeren, trainen en ondersteunen van de zorgverleners om te zorgen dat zij die aanvullende ‘preventietaak’ daadwerkelijk goed kunnen oppakken (hoe knelpunten te signaleren, hoe het gesprek daarover aangaan met cliënt, zicht krijgen op het aanbod aan ondersteuning en preventieactiviteiten waarnaar de cliënt kan worden doorverwezen). Een andere organisatie wijst erop dat ze de werkwijze van de organisatie hebben aangepast. Het gaat hier om een organisatie die zich wat preventie betreft (onder andere) richt op mantelzorgers. Nu wordt bij het opstarten van elk zorgdossier standaard gekeken of er mogelijkheden zijn voor zorg door mantelzorgers. Vervolgens wordt gekeken welke vormen van voorlichting en ondersteuning wenselijk zijn voor die betreffende mantelzorger.

8.3 Financiering door gemeenten en zorgverzekeraars

Hiervoor kwam naar voren dat het al of niet vinden van alternatieve bronnen voor financiering erg bepalend is voor de mate waarin de preventieactiviteiten na afronding van PreventieKracht konden worden voortgezet. De gemeenten en de zorgverzekeraars worden door de landelijke overheid gezien als belangrijke partijen voor de coördinatie en financiering van preventiebeleid c.q. preventieactiviteiten. Relevant is dan ook om vast te stellen in hoeverre de (samenwerkende) organisaties die ondersteund zijn vanuit PreventieKracht in staat zijn gebleken om financiering vanuit deze partijen te verwerven.

Financiering vanuit gemeenten

Om de kansen op financiering vanuit de lokale overheid te vergroten, is het belangrijk dat de (thuiszorg)organisaties met hun preventieactiviteiten goed aansluiten op het beleid van de gemeenten. Hiervoor is al aangegeven dat het vanuit dit oogpunt verstandig kan zijn om preventieactiviteiten niet uitsluitend vanuit het thema ‘gezondheid/gezondheidsbevordering’ onder de aandacht van gemeenten te brengen, maar preventieactiviteiten meer te koppelen aan prioritaire beleidsthema’s van gemeenten zoals ‘participatie’, ‘buurtgericht werken’ en ‘hulp bij opvoeden’.

Aan de projectleiders is gevraagd of ze bezig zijn om een dergelijke koppeling tussen hun aanbod en gemeentelijke thema’s te maken. Tabel 8.4 laat zien dat dit in bijna vier op de tien organisaties gebeurt. Het thema waar vrijwel al deze organisaties zich op richten is ‘buurtgericht werken’.

Tabel 8.4 Koppelen preventieactiviteiten aan prioritaire gemeentelijke thema's, volgens projectleiders

Categorie	Aandeel (N=31)
Ja	39%
Nee	39%
Weet niet	22%
Totaal	100%

Bij andere projectleiders is van een dergelijke koppeling geen sprake. In de meeste gevallen is er volgens deze projectleiders (nog) niet concreet nagedacht om de preventieactiviteiten op een dergelijke manier uit te dragen. Enkele andere projectleiders stellen dat het niet nodig is om hun aanbod anders te 'verpakken'. Het belang en nut van hun activiteiten zijn – ook onder de oorspronkelijke naam van gezondheidsbevordering – naar hun mening voldoende duidelijk.

Aan de projectleiders is tevens gevraagd of ze voor de follow-up van de preventieactiviteiten uit PreventieKracht getracht hebben om financiering vanuit de gemeente(n) te krijgen. Uit tabel 8.5 blijkt dat vanuit ruim drie kwart van de projecten contact is gezocht met één of meer gemeente(n), met de vraag of ze (een deel van) de preventieactiviteiten zouden willen (mee)financieren.

Tabel 8.5 Pogingen om voor follow-up preventieactiviteiten gemeentelijke financiering te verkrijgen, volgens de projectleiders

Categorie	Aandeel (N=31)
Ja	77%
Nee	23%
Totaal	100%

In de overige kwart van de gevallen zijn vanuit de PreventieKracht-projecten geen pogingen gedaan. Het feit dat gemeenten nog geen concreet beleid op het gebied van preventie en gezondheidsbevordering hebben werd als reden genoemd om gemeenten niet te benaderen. In de optiek van de projectleiders heeft een verzoek op dit moment geen zin. Zij wachten tot de gemeenten een nieuwe gezondheidsnota hebben opgesteld. Andere projectleiders richten zich op andere financieringsbronnen, hebben nog geen concreet idee over voortzetting van de activiteiten of zijn in het geheel gestopt met preventieactiviteiten en hebben dus geen vervolgfianciering nodig.

De pogingen om gemeenten te bewegen om preventieactiviteiten te (co)financieren, blijken bij (slechts) ruim een derde van de gevallen enig resultaat te hebben gehad, in die zin dat gemeenten de follow-up deels wilden financieren (zie tabel 8.6). Hierbij dient wel aangetekend te worden dat daar waar organisaties met meerdere gemeenten te maken hebben, de bereidheid tot financiering per gemeente verschilde. Sommige gemeenten waren daartoe wel bereid, andere niet. Daar waar het (organisaties van) de projectleiders gelukt is om hun preventieactiviteiten gedeeltelijk gefinancierd te krijgen vanuit de gemeente(n) betreft het vaak één of enkele specifieke activiteiten uit het bredere pakket dat in het kader van PreventieKracht was aangeboden.

Tabel 8.6 Mate van financiering vanuit gemeente, volgens projectleiders

Resultaat	Aandeel (N=24)
Gemeente financiert follow-up (grotendeels)	0%
Gemeente financiert follow-up deels	38%
Gemeente financiert follow-up niet of nauwelijks	38%
Uitkomsten nog onzeker/onduidelijk	25%

De respondenten konden meerdere antwoorden geven. De percentages tellen daarom niet op tot 100%.

In de overige gevallen is de gemeente niet over de brug gekomen of bestaat hierover nog geen uitsluit. De volgende verklaringen worden aangevoerd voor de geringe bereidheid van gemeenten om gelden voor preventieactiviteiten beschikbaar te stellen. In de eerste plaats wordt door projectleiders genoemd dat gemeenten nog onvoldoende concreet beleid hebben op dit punt. Hun focus ligt momenteel op de transities die plaatsvinden in onder andere de jeugdzorg en de AWBZ-begeleiding. In de tweede plaats wordt genoemd dat gemeenten geen geld hebben voor financiering van preventieactiviteiten vanwege gemeentelijke bezuinigingen en om die reden prioriteiten elders leggen. In het verlengde daarvan wordt – in de derde plaats – als knelpunt opgemerkt dat er bij gemeenten geen budget specifiek geoormerkt is voor preventie. Gemeenten kunnen dus zelf bepalen of en met welke omvang zij een budget voor preventie/gezondheidsbevordering willen reserveren.

Financiering vanuit de zorgverzekeraar

Bij de projectleiders is ook nagegaan of zij pogingen gedaan hebben om als follow-up op PreventieKracht (een deel van) hun preventieactiviteiten via zorgverzekeraars gefinancierd te krijgen. Uit tabel 8.7 blijkt dat twee derde van de deelnemende organisaties in die richting initiatieven hebben ontplooid. De resterende (thuiszorg) organisaties hebben geen pogingen ondernomen.

Tabel 8.7 Pogingen om via zorgverzekeraars financiering te verkrijgen voor follow-up preventieactiviteiten, volgens de projectleiders

Categorie	Aandeel (N=31)
Ja	65%
Nee	35%
Totaal	100%

Een derde van de projectleiders geeft aan dat hun organisatie geen contact met zorgverzekeraars heeft gezocht. Als redenen worden genoemd dat de zorgverzekeraars geen financiële middelen beschikbaar hebben/stellen voor preventie (3 keer genoemd), dat daartoe geen noodzaak bestond omdat andere kanalen zijn aangeboord (2 keer genoemd), dat er een ingang bij zorgverzekeraars ontbreekt, dat het project te klein voor een zorgverzekeraar is en dat de organisatie gestopt is met preventieactiviteiten (allen 1 keer genoemd),

Daar waar pogingen zijn ondernomen om (gedeeltelijke) financiering vanuit zorgverzekeraars te krijgen, blijkt dit in een kwart van de gevallen te zijn gelukt (zie tabel 8.8). Uit de toelichting blijkt dat het vaak om de financiering van één specifieke activiteit binnen

het bredere aanbod van preventieactiviteiten te gaan. De meeste projectleiders zijn van mening dat de zorgverzekeraars een moeilijk te betrekken groep is. De verzekeraars zien volgens hen veelal geen verantwoordelijkheid voor zichzelf weggelegd op het terrein van preventie. Daarnaast werd als knelpunt ervaren dat er te veel verschillende zorgverzekeraars zijn, die elk een eigen beleid en daarbinnen eigen prioriteiten kennen. Het is dan lastig om met alle zorgverzekeraars tot goede afspraken te komen.

Tabel 8.8 Mate van financiering door zorgverzekeraars, volgens projectleiders

Resultaat	Aandeel (N=20)
Zorgverzekeraar financiert follow-up (grotendeels)	5%
Zorgverzekeraar financiert follow-up deels	20%
Zorgverzekeraar financiert follow-up niet of nauwelijks	40%
Uitkomsten nog onzeker/onduidelijk	35%

8.4 Voortzetting samenwerking

Het tot stand brengen van samenwerking tussen verschillende partijen die betrokken zijn bij preventie was een belangrijk doel van het programma PreventieKracht Dicht bij Huis. De samenwerking zou niet alleen gedurende de uitvoering van het programma moeten plaatsvinden. Voortzetting en verankering van de samenwerking werd vanuit het programma als wenselijk en noodzakelijk gezien om preventieactiviteiten ook in de toekomst – na het wegvallen van de subsidiemogelijkheden – te kunnen uitvoeren. Hiervoor hebben we al gezien dat het programma de samenwerking bevordert heeft (zie paragraaf 3.4). Deze samenwerking zou naar verwachting echter maar in een beperkt aantal gevallen een echt structureel karakter hebben.

Bij de geraadpleegde projectleiders hebben we getoetst of de samenwerking met de samenwerkingspartners ook na afronding van hun ondersteunde preventieplan is voortgezet. Dit is weergegeven in tabel 8.9.

Tabel 8.9 Mate waarin de samenwerking na afronding van PreventieKracht is voortgezet, volgens de projectleiders

Mate continuering	Aandeel (N=31)
Samenwerking met alle partners voortgezet	71%
Samenwerking met deel van de partners voortgezet	19%
Samenwerking met alle partners beëindigd	10%
Totaal	100%

Uit deze tabel blijkt de samenwerking in verreweg de meeste gevallen na afronding van PreventieKracht is voortgezet. Hiervoor hebben we al gezien dat er voorheen vaak al werd samengewerkt met de betreffende partijen, nu blijkt dat deze samenwerking vaak ook na afloop in meer of mindere mate wordt voortgezet. Bij een deel van de projecten zijn duidelijke afspraken gemaakt over het (gedeeltelijk) voortzetten van activiteiten en lijkt de samenwerking duidelijk verankerd. Een voorbeeld van een dergelijk project is

beschreven als goed voorbeeld en opgenomen in bijlage II ('De opbouw van een integrale preventieaanpak in de regio Nijmegen').

Van een echte verankering is echter lang niet altijd sprake. Weliswaar wordt nog steeds van samenwerking gesproken, maar dit wil echter niet altijd zeggen dat er (momenteel) ook sprake is van actief overleg en afstemming over preventiebeleid en -activiteiten. Verschillende projectleiders geven aan dat de 'lijntjes' tussen de partijen zijn blijven liggen, maar dat activiteiten en gesprekken momenteel 'on hold' staan vanwege het ontbreken van financiële middelen. Wanneer weer financiering beschikbaar komt zullen de contacten – naar verwachting – weer snel kunnen worden opgepakt en kunnen nieuwe afspraken worden gemaakt. Hoe lang dit nog gaat duren en uit welke bron deze financiering zal moeten komen, is vooralsnog onduidelijk.

Een vijfde van de projectleiders stelt dat de samenwerking alleen met een deel van de partners is voortgezet. Samenwerking met partijen waar al langer contacten mee bestonden – en waarmee op meer terreinen dan uitsluitend preventie wordt samengewerkt – blijft veelal bestaan. Dit geldt bijvoorbeeld voor gemeenten. Nieuwe samenwerkingsrelaties die in het kader van PreventieKracht zijn ontstaan (zoals met huisartsen en scholen), leggen bij deze organisaties vooral 'het loodje'. Dit vanwege het feit dat de preventieactiviteiten waarbij deze specifieke partijen betrokken waren, inmiddels zijn stopgezet (door een gebrek aan middelen).

De overige drie projectleiders geven aan dat alle samenwerkingsrelaties die tijdens PreventieKracht zijn gelegd, na afloop van het programma niet zijn voortgezet. De reden is dat hun organisatie geheel gestopt is met preventieactiviteiten.

In tabel 8.10 is weergegeven met welke typen partijen de samenwerking al dan niet is voortgezet na afloop van de uitvoering van het door PreventieKracht ondersteunde preventieplan.

Tabel 8.10 Mate van voortzetting samenwerking op gebied van preventie, volgens projectleiders

Samenwerkingspartners	Ja	Nee	Weet niet	Totaal
(Andere) thuiszorgorganisatie (N=20)	80%	20%	0%	100%
Eerstelijnszorg (N=22)	82%	18%	0%	100%
Gemeente (N=22)	86%	9%	5%	100%
Welzijn & Maatschappelijke Dienstverlening (N=21)	86%	10%	5%	100%
GGD (N=15)	67%	27%	7%	100%
GGZ/RIAGG (N=13)	77%	15%	8%	100%
Ouderenzorg (N=8)	75%	25%	0%	100%
Scholen (N=5)	40%	60%	0%	100%
Zorgverzekeraar (N=5)	80%	20%	0%	100%
Ziekenhuis (N=5)	80%	20%	0%	100%
Sportfaciliteiten (N=5)	60%	40%	0%	100%
Universiteit/hogeschool (N=4)	75%	25%	0%	100%
ROS (N=3)	33%	0%	66%	100%
(Steunpunt) mantelzorg (N=2)	100%	0%	0%	100%
Totaal (N=150)	77%	19%	4%	100%

9. SAMENVATTENDE RESULTATEN EN CONCLUSIES

9.1. Aanpak van het onderzoek

In dit hoofdstuk presenteren in samenvattende zin de belangrijkste conclusies die uit de eindevaluatie van het programma PreventieKracht getrokken kunnen worden. Bovendien reiken we de evaluatiecommissie enkele aanbevelingen aan.

9.2 Aanbevelingen voor de evaluatiecommissie

Op basis van de uitkomsten van de eindevaluatie van PreventieKracht reiken we in de richting van de evaluatiecommissie en ZonMw een aantal aanbevelingen voor de toekomst aan. Enerzijds hebben deze aanbevelingen betrekking op het veilig stellen van de 'opbrengsten' die met PreventieKracht zijn verkregen. Anderzijds zijn ook enkele leereffecten voor toekomstige subsidieprogramma's geformuleerd.

In het onderstaande zijn deze aanbevelingen weergegeven. Bij elke aanbeveling hebben we een bondige toelichting gegeven.

- 1. Om te voorkomen dat de 'opbrengsten' die met PreventieKracht zijn verkregen voor een belangrijk deel weer verloren gaan, zal in de richting van gemeenten, zorgverzekeraars en hun koepelorganisaties een signaal moeten worden gegeven dat investeringen in preventie lonen.*

Toelichting

Voor de instandhouding van de preventieactiviteiten en de onderliggende samenwerkingsrelaties blijft ook na afloop van PreventieKracht externe financiering van cruciale betekenis. Zolang gemeenten en zorgverzekeraars hun regierol op dit terrein niet oppakken, dreigen de preventieactiviteiten die met steun van PreventieKracht tot stand zijn gekomen 'tussen wal en schip' te raken. Om te voorkomen dat de 'opbrengsten' die met PreventieKracht zijn verkregen verloren gaan zal binnen afzienbare tijd duidelijkheid moeten worden verkregen over hoe gemeenten en zorgverzekeraars – samen of afzonderlijk – gaan zorgdragen voor de financiering van preventieactiviteiten.

- 2. (Thuiszorg)organisaties hebben er belang bij dat hun sector zich kan profileren met een goed preventief aanbod. Dit kunnen ze onder andere realiseren door proactief een bijdrage te leveren aan de visievorming van gemeenten op het gebied van lokaal gezondheidsbeleid en de meerwaarde die met preventie kan worden verkregen.*

Toelichting

Een 'winst' die met PreventieKracht is verkregen is dat binnen de deelnemende organisaties meer bewustzijn is ontstaan over de meerwaarde van preventie en het belang van samenwerking hierbij. Om hun positie binnen het lokale gezondheidsbeleid te bepalen en daarmee de kansen op verankering van de preventieactiviteiten te vergroten, zullen de (thuiszorg)organisaties ook zelf inspanningen moeten plegen. Een proactieve rol bij de visievorming rondom de transities die in de komende tijd hun beslag krijgen, kan

aangegrepen worden om de meerwaarde van (samenwerking bij) preventie goed voor het voetlicht te brengen.

3. Om de meerwaarde van de preventieactiviteiten goed uit te kunnen dragen, is meer 'harde' bewijsvoering over de (gezondheids)winst van deze activiteiten nodig.

Toelichting

Voor de verdere borging en instandhouding van de tijdens PreventieKracht uitgevoerde preventieactiviteiten is het belangrijk dat de uitvoerende organisaties (met name thuiszorg, GGD en GGZ) op een overtuigende manier (in de richting van gemeenten en zorgverzekeraars) communiceren welke meerwaarde kan worden geleverd. Aan overtuigingskracht kan worden gewonnen als er meer onderbouwing kan worden gegeven over de bewezen effectiviteit en de winst die met preventieactiviteiten kan worden verkregen. Tot dusver is het aantal bewezen effectieve interventies (in de I-Database) op het gebied van preventie beperkt gebleven.

4. Overweeg om de opgebouwde samenwerking bij preventie toch nog langer te blijven ondersteunen totdat duidelijkheid bestaat over alternatieve financiering.

Toelichting

Het ministerie van VWS heeft de gemeenten en de zorgverzekeraars de verantwoordelijkheid gegeven voor de aansturing en financiering van preventieactiviteiten. In de praktijk blijkt echter dat op regionaal en/of gemeentelijk niveau door deze partijen nog geen duidelijke afspraken zijn gemaakt, waardoor een helder kader voor het werken aan gezondheidsbevordering voor de uitvoerende organisaties ontbreekt. Als gevolg van deze onzekerheid bij projectleiders over de financiering en aansturing van preventieactiviteiten, dreigen de samenwerkingsverbanden die tijdens PreventieKracht zijn ontstaan 'af te brokkelen'. Dit proces is inmiddels al in gang gezet. Hoe langer de onzekerheid over de positionering van preventieactiviteiten binnen het gemeentelijke beleid blijft voortduren, hoe groter het afbreukrisico. Om de effectiviteit van PreventieKracht ook op langere termijn te borgen zou overwogen kunnen worden om de samenwerkingsverbanden toch nog enige tijd te blijven ondersteunen.

5. Daag (thuiszorg)organisaties uit om verdere stappen te nemen in het integreren van preventieactiviteiten in de zorgketen.

Toelichting

Met het programma PreventieKracht is actief ingezet om preventie meer te verbinden met de zorg. Een deel van de betrokken organisaties heeft tijdens het programma hier al belangrijke stappen in genomen, onder meer door preventieactiviteiten te verbinden met de wijkverpleegkundigen (die vanuit het programma 'Zichtbare schakel, de wijkverpleegkundige voor een gezonde buurt' zijn gefinancierd). Uit de evaluatie blijkt dat hiermee een groter bereik onder de doelgroepen kan worden verkregen. Echter, lang niet alle (thuiszorg)organisaties hebben wat dit betreft de benodigde cultuuromslag in beleid en handelen gemaakt.

6. *Formuleer als ZonMw bij toekomstige subsidieprogramma's een hanteerbare set aan realistische doelen die aansluiten bij de invloedssfeer van de programma-activiteiten.*

Toelichting

Voor beide PreventieKracht-programma's geldt dat een groot aantal doelstellingen en beoogde resultaten was geformuleerd. Een deel van deze doelstellingen bleek bij voorbaat niet te realiseren, omdat hierop niet of nauwelijks invloed kon worden uitgeoefend vanuit het programma (zoals het beschikbaar krijgen van scenario's voor structurele financiering van preventie). Ook bleek een deel van de doelen te generiek geformuleerd. Doelen waren hierdoor onvoldoende 'meetbaar' en voor organisaties was het lastig om de generieke doelen te vertalen naar concrete projecten (wat wordt bijvoorbeeld precies verstaan onder het verbinden van zorg en preventie en het realiseren van een kosteneffectieve aanpak van activiteiten). De leerervaring voor toekomstige ZonMw-programma's is dan ook dat uitsluitend SMART-geformuleerde doelen worden nagestreefd die ook direct beïnvloedbaar zijn vanuit de programma-activiteiten.

7. *Voorkom – in de toekomst bij vergelijkbare ZonMw-programma's – een overbelasting van de Programmacommissie door de beoordeling van aanvragen anders te organiseren.*

Toelichting

Beleidsmatig is het een goede keuze geweest om het programma PreventieKracht en Zichtbare schakel beiden onder te brengen bij één Programmacommissie. Ook in de praktijk blijkt bij de deelnemende organisaties dat het integreren van beide programma's tot waardevolle resultaten leidt. Het heeft echter wel gezorgd voor een onevenredig zware belasting van de leden van de Programmacommissie. De zware belasting werd vooral ook veroorzaakt door het feit dat de leden naast het aansturen van de programma's ook verantwoordelijk waren voor het beoordelen van de subsidieaanvragen. Voor vergelijkbare programma's in de toekomst is het daarom aan te bevelen om beide taken te scheiden en de Programmacommissie zich te laten richten op het op beleidsniveau uitzetten van de lijnen. Het beoordelen van de aanvragen zou als taak bij een andere partij moeten worden ondergebracht. Tevens is het raadzaam om de Programmacommissie voldoende tijd te geven voor het voorbereiden en afstemmen van hun taken. Bij de Programmacommissie van deze beide programma's heeft het aan een mogelijkheid tot een goede voorbereiding ontbroken.

9.3 Samenvattende resultaten en conclusies

Opzet en uitvoering programma

Om preventie en gezondheidsbevordering een kwaliteitsimpuls te geven zijn door het ministerie van VWS in de afgelopen zes jaar gelden beschikbaar gesteld voor twee achtereenvolgende PreventieKracht-programma's. De kern van deze programma's bestond uit een subsidieregeling waarop (thuiszorg)organisaties een beroep konden doen voor de financiering van hun preventieplannen. Hiervoor was een budget van ruim

52 miljoen euro beschikbaar. In zes jaar tijd zijn in totaal 338 preventieplannen ingediend voor subsidiëring. Van deze subsidieaanvragen werden 223 gehonoreerd.

In het kader van de subsidieregeling organiseerde ZonMw jaarlijkse tenders waar aanvragen voor subsidiëring van preventieplannen werden getoetst aan programma-specifieke kwaliteitseisen en relevantiecriteria. Een belangrijk voordeel van deze aanpak was dat deze eisen en criteria in de loop van de tijd konden worden aangepast op grond van opgedane leerervaringen en veranderingen in de context. Er was dan ook sprake van een zich **evoluerend programma** dat steeds beter in staat bleek om de kwaliteit van ingediende preventieplannen in de gewenste richting bij te sturen. Mede daardoor is kwaliteit van de aanvragen in de loop van de tijd verbeterd (getuige het geringe aantal afwijzingen vanwege onvoldoende kwaliteit).

Uit de tussenevaluatie na afloop van het eerste PreventieKracht-programma bleek dat de **aanvraagprocedure** en de daarbij behorende kwaliteitscriteria door veel aanvragers als lastig en bureaucratisch werd ervaren. Organisaties waren namelijk niet gewend om hun preventieactiviteiten gedetailleerd te beschrijven in een preventieplan. Vanuit het programma is dan ook ondersteuning geboden via een scholingstraject en voorlichtingsbijeenkomsten. Naast hulp bij het opstellen van een goede aanvraag heeft het scholingstraject ook als belangrijke meerwaarde gehad dat projectleiders elkaar konden ontmoeten om ervaringen uit te wisselen en elkaar te inspireren. Hoewel de ondersteuning en de verschillende communicatie-inspanningen vanuit ZonMw zijn gewaardeerd door de aanvragers, blijkt ook in het tweede programma het indienen van een aanvraag geen eenvoudige opgave. Vooral het tijdrovende en arbeidsintensieve karakter van het opstellen van een aanvraag werd door een deel van de aanvragende organisaties hierbij als knelpunt ervaren.

De voorwaarden en criteria die in het tweede programma werden gehanteerd, waren doorgaans voldoende duidelijk en konden over het algemeen op draagvlak rekenen onder de projectleiders. Dit laatste gold met name voor de vereiste samenwerking met andere partijen, het bijhouden van het bereik en de maximale uitvoeringstermijn van twee jaar. Over de termijn van eenjarige projecten, de verdeelsleutel op grond van inwonersaantallen en het format die voor het preventieplan gehanteerd moest worden, liepen de meningen uiteen.

Niet alleen voor het indienen van subsidieaanvragen werd door ZonMw haar 'standaardsystematiek' gehanteerd, maar ook voor de beoordeling van de aanvragen. Belangrijke kenmerken van deze **beoordelingsprocedure** zijn de beoordeling van elke aanvraag door twee referenten (in casu leden van de Programmacommissie), de mogelijkheid tot wederhoor, het preadvies van het Programma-management, en de plenaire bespreking van aanvragen door de Programmacommissie. Uit de evaluatie blijkt dat deze beoordelingsprocedure als objectief en zorgvuldig kan worden aangemerkt. Wel is gebleken dat deze procedure – en met name doordat zijzelf als referenten optraden – belastend was voor de Programmacommissie. Ook de gecombineerde uitvoering met Zichtbare schakel vroeg een grote inzet van leden van deze commissie.

De beoordelingsprocedure wordt door een grote meerderheid van de geraadpleegde projectleiders uit het tweede programma als positief beoordeeld. Ze waarderen vooral de heldere procedure en de communicatie vanuit het Programmamanagement. Ook de bereikbaarheid, de prettige contacten en de betrokkenheid van dit gremium werden zeer gewaardeerd. Kritische kanttekeningen werden geplaatst bij het opschuiven van deadlines aan de kant van het Programmamanagement.

Naast de subsidieregeling was er sprake van een **budget voor ondersteunende activiteiten** op het gebied van communicatie, implementatie en onderzoek. De **communicatie** over (de subsidiemogelijkheden van) het programma is door ZonMw – in samenwerking met de Programmacommissie – adequaat opgepakt. De informatievoorziening werd namelijk goed gewaardeerd door projectleiders. De verstrekte informatie was volgens hen helder, informatief en up-to-date. Ook de website van PreventieKracht voorzag in de informatiebehoefte van de projectleiders, hoewel een deel van hen deze onoverzichtelijk vond door een ‘overkill’ aan informatie.

Voor de **ondersteuning van de implementatie** zijn in het eerste programma verschillende activiteiten ontplooid, zoals het voornoemde scholingstraject, coaching on the job (voor de werving van deelnemers aan preventieactiviteiten) en het Landelijk Steunpunt Thuiszorg (om onderlinge samenwerking en kennisuitwisseling te bevorderen). In het tweede programma zijn de activiteiten rondom kennisbevordering grotendeels overgedragen aan het Centrum Gezond Leven van het RIVM. Daarnaast heeft het Programmamanagement werkconferenties en projectleidersbijeenkomsten georganiseerd. Deze blijken een belangrijke kennis- en inspiratiebron te zijn geweest volgens de projectleiders. Het **onderzoek** heeft onder meer betrekking op het opzetten/faciliteren van de Academische Werkplaatsen Thuiszorg, die verder buiten de scope van deze eindevaluatie zijn gebleven.

Doelrealisatie en effectiviteit

Het overall doel van PreventieKracht was het leveren van een bijdrage aan een kwalitatief goede lokale uitvoering van preventie en uiteindelijk het bevorderen van de volksgezondheid. Dit doel werd in het **eerste programma** vertaald naar vier doelstellingen. Uit de tussenevaluatie van dit programma bleek dat de doelrealisatie slechts ten dele was gelukt. Er was weliswaar sprake van een kwaliteitsimpuls ten aanzien van preventieactiviteiten in de thuiszorg, maar de andere doelen – meer verbinding preventie en zorg, meer samenwerking thuiszorg en andere partijen en verankering van de preventieactiviteiten – waren nog niet of onvoldoende gerealiseerd. Dit gold ook voor een deel van de beoogde concrete programmaresultaten (zoals inzicht in het bereik van de preventieactiviteiten). Op basis van de leerervaringen met het eerste PreventieKracht-programma en veranderingen in de beleidscontext, kreeg het **tweede programma** een andere focus en andere doelstellingen.

Het bevorderen van de **(kosten)effectieve uitvoering van preventie en gezondheidsbevordering** vormde de eerste doelstelling van het tweede programma. Dit zou moeten worden gerealiseerd via samenwerking met andere partijen en een grotere inzet om de doelgroepen in het vizier te krijgen. Verschillende uitkomsten wijzen erop dat deze doelstelling (grotendeels) is gerealiseerd. In de eerste plaats heeft PreventieKracht ertoe bijgedragen dat partijen bij de uitvoering van preventieactiviteiten (voor het eerst of

intensiever dan daarvoor) zijn gaan samenwerken. Vaak werd bewust de samenwerking gezocht met partijen die inzicht hadden in (de behoeften van) de doelgroep, zoals organisaties uit de eerstelijnszorg, de welzijn en maatschappelijke dienstverlening, de GGD en het ziekenhuiswezen. Het samenwerkings-budget voor het opstellen van een wervings- en samenwerkingsplan blijkt overigens van grote betekenis te zijn geweest voor de samenwerking. In de tweede plaats spreekt een ruime meerderheid van de geraadpleegde projectleiders over betere preventieactiviteiten als gevolg van de deelname aan PreventieKracht. Mede door de samenwerking en onderlinge kennisuitwisseling hebben de organisaties (voor hen) nieuwe vormen van preventie geïntroduceerd en kon de kwaliteit van de preventieactiviteiten van hun eigen organisatie worden vergroot. In de derde plaats hebben organisaties ook tussentijds 'bijgestuurd' als preventieactiviteiten onvoldoende uit de verf kwamen. Bij een kwart van de geraadpleegde organisaties zijn niet-effectieve activiteiten tussentijds gestaakt en/of 'ingeruild' voor meer effectieve interventies. Of de preventieactiviteiten ook meer kosteneffectief worden uitgevoerd kon in de evaluatie niet worden vastgesteld.

De tweede programmadoelstelling was **het bevorderen van het bereik van de risicogroepen**. Hierop is onder meer ingezet door goede voorbeelden beschikbaar te stellen en de verbinding van zorg en preventie te bevorderen. Uit de evaluatie blijkt dat wat deze doelstelling betreft een aantal belangrijke resultaten zijn geboekt. Zo blijken de samenwerkende partijen volgens de meerderheid van de projectleiders gericht te hebben gewerkt aan een goede probleemsignalering en onderlinge doorverwijzing van doelgroepen. Volgens bijna 60% van de projectleiders heeft PreventieKracht dan ook bijgedragen aan versterking van de samenwerking om risicogroepen (nog) beter te bereiken. Zo is binnen de consortia en binnen de (thuiszorg)organisaties zelf gewerkt aan het realiseren van een betere verbinding tussen zorg en preventie. In dit opzicht blijkt ook de combinatie met Zichtbare schakel effectief te zijn. Door de wijkverpleegkundigen een actieve rol te geven in de signalering en doorverwijzing wordt een groter bereik onder de doelgroep gerealiseerd. Zowel de monitoringcijfers van het Trimbos-instituut als de uitkomsten van de interviews met projectleiders wijzen op verbeteringen in het bereik van doelgroepen (met bijvoorbeeld een lage sociaal-economische status).

Toch lukt het in de praktijk niet altijd om de beoogde doelgroepen van de preventieactiviteiten te bereiken. In meerdere projecten konden niet alle geplande activiteiten worden uitgevoerd vanwege onvoldoende deelname. Aan een aantal PreventieKracht-projecten werd om die reden minder subsidie vanuit PreventieKracht uitgekeerd.

Het **bevorderen van de samenwerking tussen organisaties** voor een integrale aanpak van preventie op lokaal en regionaal niveau, vormde de derde doelstelling van het vervolgprogramma. Hiermee zou een basis moeten worden gelegd voor de vervolgfianciering van de preventieactiviteiten in de post-PreventieKracht periode. Het reserveren van een percentage van het budget voor samenwerking, is hiervoor een goede impuls geweest. Tegelijkertijd laat het zich aanzien dat dit budget een onmisbare factor is geweest voor de uitvoering van de preventieplannen. Dit geldt niet alleen voor de programmaperiode zelf (de subsidie blijkt van groot belang voor het doorgaan en de schaal van preventieactiviteiten), maar ook voor de periode daarna. Maar een beperkt

aantal projecten blijkt erin geslaagd te zijn om een duurzame, verankerde samenwerkingsinfrastructuur te realiseren voor een integrale aanpak van preventie. In de meeste gevallen echter wordt de samenwerking na afloop van PreventieKracht weliswaar voortgezet, maar beperkt zich dit veelal tot het onderhouden van contact (en dan vooral met partijen waarmee voorheen ook al werd samengewerkt). De feitelijke uitvoering van preventieactiviteiten staat dan dikwijls 'on hold' vanwege onvoldoende financiering. Volgens 71% van de geraadpleegde projectleiders zijn de preventieactiviteiten uit PreventieKracht slechts gedeeltelijk gecontinueerd, terwijl in 13% van de gevallen helemaal gestopt is met de uitvoering van preventieactiviteiten. In de huidige context is een financiële ondersteuning van de voortzetting van de samenwerking niet voorzien. Het lijkt erop dat in het huidige systeem niet de juiste prikkels aanwezig zijn om de samenwerking zonder een dergelijke financiële ondersteuning in stand te houden.

Een belangrijke verklaring – die buiten de invloedssfeer van PreventieKracht ligt – is dat gemeenten en zorgverzekeraars (nog) geen regie zijn gaan voeren op het gebied van preventie. De (thuiszorg)organisaties zijn dan ook maar in beperkte mate geslaagd om via deze partijen financiering te krijgen voor hun preventieactiviteiten. Bij gemeenten speelt daarbij dat nog niet bekend is hoe de transities hun beslag krijgen en welke positie preventie daarin zal krijgen. Hierover bestaat nog veel onduidelijkheid en onzekerheid. Veel projectleiders menen dat zorgverzekeraars voor zichzelf geen of slechts een beperkte rol zien weggelegd op het gebied van preventie. Maar in beperkte mate zijn er werkrelaties ontstaan waarbij zorgverzekeraars bereid zijn om actief mee te denken over en mee te betalen aan initiatieven op het gebied van preventie en gezondheidsbevordering.

Ook in het programma PreventieKracht Dicht bij Huis zijn – naast doelstellingen – een aantal beoogde resultaten benoemd. Deze resultaten zijn nagenoeg allemaal gerealiseerd. Alleen de beoogde scenario's voor structurele financiering van preventie zijn niet beschikbaar gekomen. Het was volgens het ministerie van VWS niet meer de taak van PreventieKracht om deze scenario's te ontwikkelen.

BIJLAGE I BEREIK NAAR THEMA EN DOELGROEP

Tabel 1 Bereik van aantal personen van interventies naar thema en periode

Thema's	Periode	Aantal organisaties met interventie	Gerealiseerd bereik aantal personen
Overgewicht	2009	40	52.296
	2010	43	72.436
	2011	41	76.075
Diabetes	2009	24	12.393
	2010	24	7.233
	2011	18	9.179
Roken	2009	29	1.494
	2010	24	1.464
	2011	9	1.959
Psychische aandoening	2009	30	5.429
	2010	17	1.715
	2011	15	2.968
Valpreventie	2009	27	5.400
	2010	28	5.191
	2011	31	4.243
Mantelzorg	2009	32	4.767
	2010	23	2.748
	2011	22	5.119
Consultatie Bureau Ouderen (CBO)	2009	13	6.732
	2010	14	10.056
	2011	15	10.803
Intermediairs	2009	6	n.b.
	2010	13	2.241
	2011	11	1.301
Meerdere thema's	2009	15	7.817
	2010	17	20.909
	2011	16	15.337

Bron: *Trimbos-instituut, 2013*

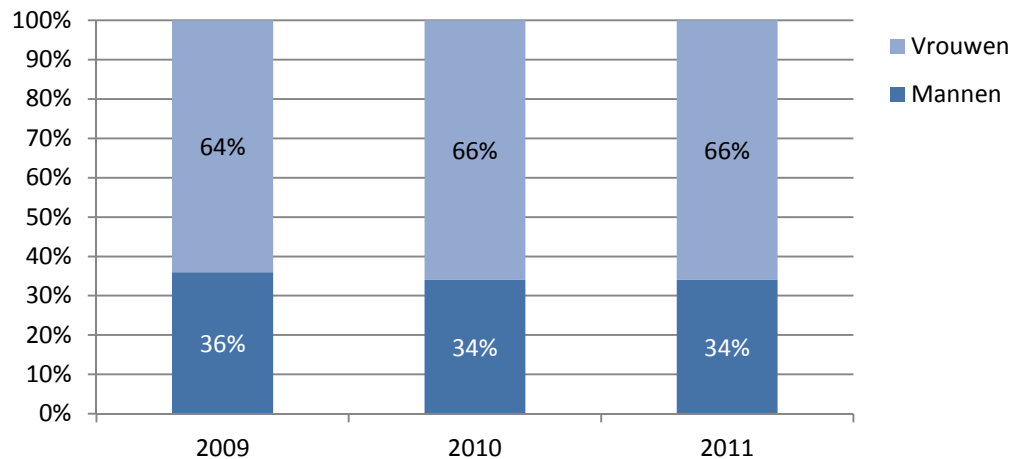
Legenda: n.b. = niet bekend

Opvallend in de bovenstaande tabel is de daling van het aantal organisaties dat zich bezig heeft gehouden met het thema 'roken'. Achterliggende reden is dat in het najaar van 2010 vanuit het programma PreventieKracht besloten is om geen aanvullende financiering beschikbaar te stellen voor de interventies gericht op het stoppen met roken. Dit omdat interventies op dit thema in het basispakket van de zorgverzekering zouden komen en dubbele financiering niet wenselijk is. Naar aanleiding van signalen uit de sector over lage tarieven die vanuit de zorgverzekeraars worden gehanteerd voor

stoppen met roken interventies, heeft de Programmacommissie het voorstel gedaan om binnen PreventieKracht een overgangsjaar in te stellen. Daarin zou subsidie toch nog mogelijk zijn als hiervoor geen andere financiering beschikbaar was. Door het ministerie van VWS is dit voorstel afgewezen.

Om een meer precies beeld te krijgen van de kenmerken van de bereikte groep personen is in de monitor nader ingezoomd op de aspecten als geslacht, etniciteit en leeftijd. Hieronder geven we inzicht in de uitkomsten voor deze kenmerken.

Figuur 1 Bereikte personen naar geslacht

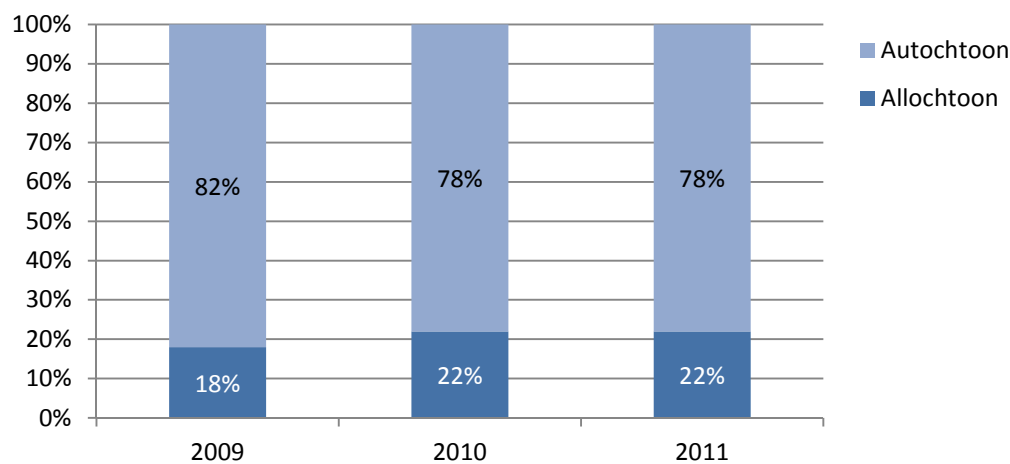


Bron: *Trimbos-instituut, 2013*

Het figuur laat zien dat met de interventies vooral vrouwen worden bereikt. Dat geldt voor elk van de jaren. Wel zijn er verschillen waarneembaar wanneer de uitkomsten voor de afzonderlijke thema's worden vergeleken. Dan blijkt dat roken het enige thema is waarbij het aandeel mannen hoger is dan het aandeel vrouwen (58 respectievelijk 42%).

De bereikte doelgroep blijkt zowel in 2009, 2010 als 2011 voor de ruime meerderheid te bestaan uit autochtone Nederlanders. Het percentage allochtonen is in de afgelopen jaren wel licht gestegen. Het bereik onder allochtonen was in 2011 het hoogst op de thema's overgewicht (28%), diabetes (31%) en intermediairs (19%). Het bereik was het laagst bij de thema's valpreventie en psychische aandoeningen (beiden rond de 7%).

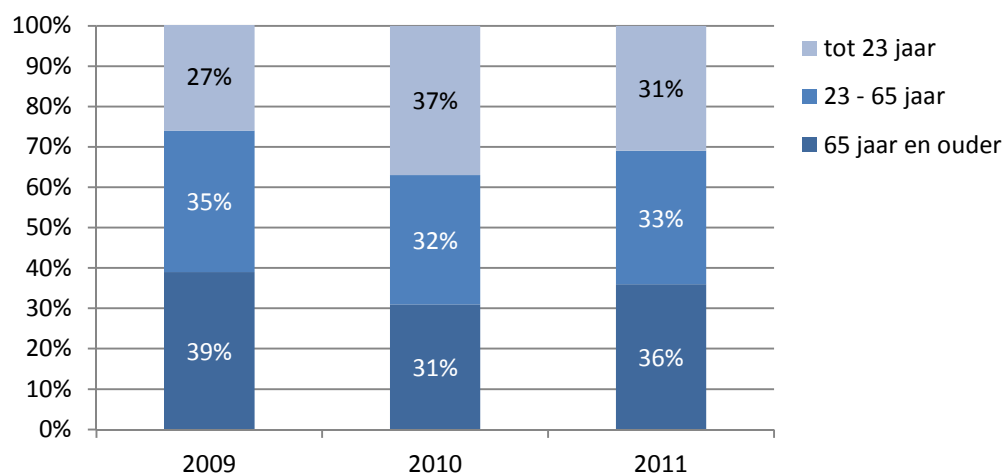
Figuur 2 Bereikte personen naar etniciteit



Bron: *Trimbos-instituut, 2013*

Figuur 3 laat zien dat met de interventies mensen van verschillende leeftijden bereikt zijn. De drie onderscheiden leeftijdsgroepen zijn in 2011 redelijk vergelijkbaar van omvang. Welke leeftijdsgroep bereikt is hangt echter sterk af van het thema waar voor de interventies worden ingezet. Ouderen (65+) waren zeer duidelijk oververtegenwoordigd bij activiteiten binnen de thema's 'valpreventie' (88%²⁹) en 'CBO' (80%) en 'meerdere thema's' (79%) en vormden slechts een zeer beperkt deel van de bereikte doelgroep van het thema 'roken' (1%). Jongeren vormden juist de belangrijkste bereikte groep bij het thema 'overgewicht' (56%) en 'roken' (51%). Bij 'diabetes', 'psychische aandoeningen', 'roken', 'mantelzorg' en 'intermediairs' behoorde een groot deel van de doelgroep tot de 23 – 65 jarigen.

Figuur 3 Bereikte personen naar leeftijd



Bron: *Trimbos-instituut, 2013*

Vooral in het tweede programma is tot doel gesteld om het bereik onder risicogroepen te bevorderen. Dit zou gerealiseerd moeten worden door als organisaties de mogelijkheden te vinden om beter 'achter de voordeur', 'in de spreekkamer' en 'in de wijk' te komen.

²⁹ Genoemde cijfers gaan over 2011.

Naast jongeren en allochtonen werd als risicogroep vooral gewezen op mensen met een lage sociaal-economische status (lage SES). In de registratie van het bereik zijn geen gegevens opgenomen waarmee iets gezegd kan worden over de sociaal-economische status van mensen. Bij de projectleiders bestond te veel weerstand om dergelijke gegevens te verzamelen. In hoeverre deze risicogroep met de interventies bereikt is, kan daarom dus niet vastgesteld worden.

BIJLAGE II CASEBESCHRIJVINGEN

Case 1: Samenwerken voor een beter bereik van mensen met een lage SES

Aanleiding

GGD Hollands Midden heeft met vier samenwerkingspartners in de regio – in het kader van PreventieKracht Dicht bij Huis – in 2012 een preventieplan uitgevoerd, onder de naam “PREVENTIEkracht in LEIDEN”. Het idee achter het project was om als partijen samen te werken aan het verbeteren van de leefstijl en gezondheid van mensen met een lage sociaal-economische status (SES) en dan in het bijzonder de mensen met een WWB-uitkering. Uit onderzoek van de GGD kwam naar voren dat de (ervaren) gezondheid van mensen met een lage SES over het algemeen slechter is dan die van mensen met een hoger opleidings- en inkomensniveau. Dat komt voort uit een vaak ongezondere leefstijl, die wordt gekenmerkt door slechte voeding, roken, overmatig alcoholgebruik in combinatie met (een hoge mate van) stress en een gebrek aan lichaamsbeweging. De ongezonde leefstijl heeft niet alleen een negatief effect op de gezondheid, maar leidt ook tot hogere gezondheidskosten en een lagere arbeidsparticipatie.

Naam project:

PREVENTIEkracht in LEIDEN

PreventieKracht tender:

2012

Deelnemende organisaties:

- GGD Hollands Midden
- Gemeente Leiden
- Zorg en Zekerheid (Zorgverzekeraar)
- Marente (Thuiszorg)

Met het reeds bestaande aanbod aan collectieve preventieactiviteiten in de wijken werden mensen met een WWB-uitkering echter maar in zeer beperkte mate bereikt. Daarom was er behoefte aan een aanvullend aanbod in de vorm van een individueel interventietraject gericht op het verbeteren van de leefstijl. De invulling en financiering van dit traject zou mogelijk moeten worden doordat iedere deelnemende partij de eigen expertise zou inbrengen.

Doel

Het concrete doel van het preventieplan was om binnen een jaar de leefstijl en gezondheid van 1.000 van de 6.000 cliënten van de gemeente Leiden met een WWB-uitkering te verbeteren door hen een interventietraject te laten doorlopen. Door een verbetering van de gezondheid(sbeleving) zou ook de sociale participatie en de arbeidsparticipatie kunnen worden bevorderd, de gezondheidskosten worden teruggebracht en de aanspraak op de WWB kunnen worden verminderd. Gehoopt werd dat niet alleen de SES van de deelnemers hierdoor zou kunnen stijgen, maar dat ze ook als voorbeeld zouden gaan fungeren voor andere mensen in hun wijk.

Aanpak

De kracht van het interventietraject zou – zoals gezegd – moeten liggen in het bundelen van de expertise en inzet van alle betrokken partijen. De start van het traject lag bij de gemeente. De medewerkers van de dienst Werk en Inkomen van de gemeenten hadden als taak om WBB-clënten – die nog niet zolang uit het arbeidsproces waren – te

informereren over het traject en door te verwijzen naar de afdeling Sociaal Medische Advisering van de GGD Hollands Midden. Deze afdeling kwam via een individueel spreekuur – voor het bepalen van arbeidsgeschiktheid of medische urgentie – al met de doelgroep in aanraking. In het kader van het preventieplan werd deze gebruikelijke arbeidsgeschiktheidsbeoordeling uitgevoerd en aangevuld met een algemene gezondheidscheck (GeZZond Check Plus) die is ontwikkeld door zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid. Deze check – die ziekten, risicofactoren en ongezond gedrag in kaart brengt – zit in het aanvullend pakket van de zorgverzekering die een groot deel van de minima in Leiden via de gemeente heeft afgesloten. De check is door de zorgverzekeraar inhoudelijk aangepast en uitgebreid voor de doelgroep van het project.

De GGD-arts stelde op basis van de uitkomsten van de check en de arbeidsgeschiktheidsbeoordeling een individueel leefstijladvies op en verwees de mensen indien nodig door naar de huisarts of naar passende interventieprogramma's van Marente en/of FitInvest. Thuiszorgorganisatie Marente leverde diëtisten en FitInvest verzorgde, vanuit hun ervaring met de doelgroep, activeringsprogramma's om mensen in beweging te krijgen. Er vonden interventies plaats ter preventie van overmatig alcoholgebruik, hoge bloeddruk, overgewicht, diabetes en depressie.

Na afronding van het interventietraject bood het participatiecentrum van de gemeente een passend re-integratietraject aan.

Succesfactoren

Zowel de GGD, de zorgverzekeraar als de uitvoerende partijen zijn erg te spreken over de formule die gevonden is om mensen met een lage sociaal-economische status te begeleiden en hen gericht te laten werken aan een gezondere leefstijl. Het individuele karakter van het traject past goed bij deze doelgroep, zeker bij de WWB-cliënten die nog niet zo lang uit het arbeidsproces zijn. Dat er bredere interesse voor de formule bestaat blijkt wel uit het feit dat andere gemeenten zich bij de GGD en de zorgverzekeraar hebben gemeld.

In de basis is de onderliggende samenwerkingsstructuur ook goed vormgegeven. Naast de GGD en zorgorganisaties is er bewust voor gekozen om de gemeente en de zorgverzekeraar te betrekken. Dat de zorgverzekeraar als co-financier is opgetreden en ook een onderdeel van het interventietraject heeft ontwikkeld (de GeZZond Check) is – gezien de ervaringen in veel andere projecten binnen PreventieKracht – bijzonder te noemen. Mevrouw Bij Zwart van Zorg en Zekerheid stelt: *“We zien dat wij als zorgverzekeraar op dit punt wat voorlopen op andere zorgverzekeraars. Ons voordeel is dat wij een regionale zorgverzekeraar zijn. Wij kennen de regionale partners goed en de lijnen zijn kort”*. Een bijkomend voordeel is volgens mevrouw Bij Zwart dat de adviserend geneeskundige van Zorg en Zekerheid in bestuurlijke en uitvoerende functies heeft gewerkt bij zowel de GGD als de zorgverzekeraar. Op die manier wisten de organisaties feilloos hoe ze elkaar konden aanvullen en versterken.

Belemmerende factoren

Ondanks de goede opzet zijn met het project niet zoveel mensen bereikt als van te voren was beoogd (rond de 240 in plaats van 1.000). Dit kwam onder meer doordat veel minder

mensen binnen de oorspronkelijk beoogde doelgroep (WWB-cliënten net uit het arbeidsproces) het aanvullende zorgverzekeringspakket via de gemeente bij Zorg en Zekerheid hadden afgesloten dan door de gemeente was verwacht. Er kwamen dus veel minder mensen in aanmerking voor het interventietraject. De nieuwe doelgroep werd de WWB-cliënten die al langer uit het arbeidsproces zijn. Een belangrijk leerpunt van het project is geweest dat het moeilijk is om deze mensen die al lang van een uitkering leven – letterlijk en figuurlijk – in beweging te krijgen.

Het grootste knelpunt was echter de manier waarop de gemeente haar rol heeft opgepakt. De heer Wille van GGD Hollands Midden: *“De gemeente stelde zich afwachtend op en de doorverwijzing vanuit de dienst Werk en Inkomen kwam moeizaam op gang”*. Waarom het de medewerkers van die gemeentelijke dienst niet goed lukte om de WBB-cliënten te informeren en door te verwijzen, hebben we niet bij de gemeente kunnen achterhalen³⁰. Vanuit schriftelijke bronnen over het project komt naar voren dat er bij uitvoerders van de gemeente onduidelijkheid was over de inhoud en het belang van het interventietraject en dat ze het traject daarom niet onder de aandacht hebben gebracht bij de doelgroep. Ook zouden ze met een deel van de doelgroep (mensen langer in de WWB) nauwelijks contact hebben.

Toekomst

Het succes van het project is dus sterk beperkt doordat de eerst schakel in het traject (informeren en doorverwijzen door de gemeente) niet goed functioneerde. Desondanks blijven de andere partijen geloven in de in hun ogen kansrijke formule om de leefstijl en gezondheid en daarmee de mogelijkheden voor (arbeids)participatie te verbeteren bij de mensen met een lage SES. De GGD en de zorgverzekeraar zijn in gesprek met andere gemeenten om het integratietraject daar op te pakken. Om de kosten voor gemeenten te drukken zijn Zorg en Zekerheid en de GGD bezig met het door ontwikkelen van het product. De heer Wille: *“De GeZZond Check 2.0 is een product in de aanvullende verzekering van zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid. Het product is een combinatie van een gezondheidscheck en een afgeslankte vorm van de arbeidsgeschiktheidskeuring. Hierbij worden personen gescreend op het risico op hart- en vaatziekten, suikerziekte, overgewicht, depressie en alcoholmisbruik. Deze screening op risicofactoren zegt op zichzelf niet welke beperkingen personen hebben. Om de participatiemogelijkheden in kaart te brengen wordt daarom ook een beperkingenprofiel opgesteld”*.

Met dank aan:

Niek Wille, GGD Hollands Midden
Annette Bij Zwart, Zorg en Zekerheid

³⁰ De gemeente heeft niet gereageerd op het verzoek van Bureau Bartels om via een interview de ervaringen met het project te bespreken of via een schriftelijke reactie input te leveren voor de casebeschrijving.

Case 2: De opbouw van een integrale preventie-aanpak

Aanleiding

GGD Nijmegen, ZZG en Pro Persona hebben in de regio Nijmegen gedurende drie jaar een project uitgevoerd in het kader van het programma PreventieKracht Dicht bij Huis. De samenwerkingspartners vinden dat een aantal gezondheidsproblemen alleen efficiënt aangepakt konden worden als verschillende partijen hun krachten bundelen in een integrale aanpak. Men verwachtte dat het preventie-aanbod door samenwerking efficiënter en van hogere kwaliteit zou worden. Door een integrale aanpak kun je van elkaar leren en gebruik maken van elkaars krachten.

Naam project:

Samenwerken aan een Gezonde Regio Nijmegen

PreventieKrachttender:

2010-2011 en 2012

Deelnemende organisaties:

- GGD Nijmegen
- Zorggroep Zuid Gelderland (thuiszorg)

Doel

Het doel van het project was dan ook het opzetten van een integrale regionale infrastructuur voor preventieactiviteiten in de regio Nijmegen. Daarbij was aandacht voor het gezamenlijk oppakken van werving van doelgroepen, het ontwikkelen van een aanbod van interventies, het zorgen voor structurele inbedding wat betreft de financiering en samenwerking/afstemming tussen verschillende betrokken partijen.

Aanpak

Op regionaal niveau zijn een stuurgroep en een projectgroep in het leven geroepen. In de stuurgroep wordt door de diverse deelnemende partijen afgestemd aan welke preventieactiviteiten behoefte bestaat. *“Door het overleg wordt gezorgd voor afstemming en samenhang en wordt duidelijk wie wat met elkaar doen. Dat is ook duidelijk voor de klan”,* aldus de heer De Groot van ZZG. Binnen de projectgroep is per project één projectleider aangewezen die de verantwoordelijkheid neemt en continu de voortgang rapporteert op het gebied van zijn of haar thema.

Er wordt zoveel mogelijk gebruik gemaakt van elkaars krachten om zoveel mogelijk mensen te bereiken en een breed aanbod te creëren. Naast de drie samenwerkingspartners is ook intensief samengewerkt met andere partijen zoals de lokale eerstelijns (zoals huisartsen, praktijkondersteuners en wijkverpleegkundigen) en lokale professionals (zoals particuliere fysio- en ergotherapeuten en welzijnsstichtingen). Gaandeweg het project zijn er steeds meer partijen betrokken bij het project om een zo integraal mogelijke aanpak te creëren. Zo zijn ook de gemeente Nijmegen en zorgverzekeraar VGZ in 2012 bij het project betrokken, mede om de resultaten te kunnen borgen en een duurzaam karakter te kunnen geven. De heer Molleman van de GGD: *“Door het programma PreventieKracht zijn we gestimuleerd om meer aansluiting te zoeken bij gemeentelijk beleid en om contact met zorgverzekeraars te zoeken. Dit zijn belangrijke partijen met een regierol op het gebied van zorg en preventie”.*

De werving en uitvoer van de preventieactiviteiten wordt zoveel mogelijk verankerd in de wijk om de preventiekracht letterlijk ‘dicht bij huis’ te brengen. Op regionaal niveau is

echter een infrastructuur opgebouwd die het voor lokale partners mogelijk maakt om de preventieactiviteiten te kunnen initiëren, organiseren en uitvoeren. Hiertoe is tijd en geld beschikbaar gesteld vanuit het project. Zo wordt er per deelnemende wijk een kartrekker benoemd voor het opzetten van lokale samenwerkingsverbanden. In de praktijk is gebleken dat dit het best een gezondheidsmakelaar van de GGD of een wijkverpleegkundige 'nieuwe stijl' kan zijn.

Binnen het project wordt regionaal gedaan wat regionaal kan en lokaal wat lokaal moet. Er is een centraal kader ontwikkeld dat lokaal wordt toegepast. Zo zijn er regionale formats voor interventies en is er centraal afgestemde financiering. Ook wisselt men kennis en ervaringen met bepaalde interventies uit. Verder is gewerkt aan PR en werving, voor herkenbaarheid en zichtbaarheid van het project. Zo vindt werving vooral lokaal plaats en kan men lokaal grotendeels de inhoud van brochures bepalen, maar gebruikt men wel altijd het logo van het project zodat de activiteiten voor klanten herkenbaar zijn als onderdeel van het project PreventieKracht. Op die manier wil men het aanbod als samenhangend geheel aanbieden aan de Nijmeegse bevolking.

Succesfactoren

Het bij elkaar brengen van de verschillende partijen is heel goed verlopen. Positief was dat er in Nijmegen al een samenwerkingscultuur was. Er waren bijvoorbeeld al diverse netwerken rondom thema's als ouderenzorg, dementie, valpreventie et cetera. Volgens mevrouw Albertz staat de regio er ook bekend om dat men er goed kan samenwerken. Meerdere betrokkenen geven aan dat de samenwerking goed verliep omdat organisaties elkaar in de regio Nijmegen niet als concurrent zien en dat er vertrouwen is tussen de sleutelfiguren van deze organisaties. Het belang van de burger staat voor de samenwerkingspartners centraal. De heer De Groot voegt hier aan toe dat: *"goede samenwerking staat en valt – heel banaal – ook met de personen. Of er een klik is. Je moet samen het juiste doel niet uit het oog verliezen"*. Door het project is de samenwerking binnen de regio nog intensiever geworden en weten samenwerkingspartners in de wijken elkaar steeds beter te vinden en constructief samen te werken.

Belangrijk is dat partijen naar elkaar luisteren en elk vanuit hun eigen achtergrond expertise inbrengen. Eén van de effecten van de nauwere samenwerking is volgens de heer Van Haren van VGZ dat partijen wat betreft de visie op preventie meer bij elkaar gekomen zijn. *"Zo lette de GGD voorheen vooral op het proces en de zorgverzekeraar vooral op de resultaten/opbrengsten. Nu proberen we meer een middenweg te vinden bij de evaluatie van activiteiten. Ook hebben we zaken voor elkaar inzichtelijk kunnen maken. Zo konden wij bijvoorbeeld data aanleveren die laten zien wat de zorgkosten per wijk zijn en waar winst te boeken is"*, aldus de heer Van Haren van VGZ.

De subsidie vanuit het programma PreventieKracht heeft volgens de heer Molleman geholpen bij het verkrijgen van commitment van de verschillende partijen. Eén van de projectleiders, mevrouw Albertz, geeft ook aan dat de subsidie een goede steun in de rug is om de samenwerking binnen de regio te intensiveren: *"Een succesfactor is de zak met geld. Het werkt stimulerend om organisaties mee te krijgen in de integrale aanpak als er geld is om cursussen – mits men voldoende deelnemers werft – te financieren"*.

Belemmerende factoren

Binnen het project in de regio Nijmegen is men tegen weinig problemen wat betreft de samenwerking aangelopen. Eén knelpunt waar de partijen mee te maken hebben gekregen is dat het bij samenwerkingspartner Pro Persona een onrustige tijd was door gewijzigd beleid en bezuinigingen. Hierdoor was er minder tijd en aandacht voor werving dan was voorzien en zijn er minder groepen op het gebied van psychische gezondheid gevuld dan gehoopt. Verder bleek het bereiken van allochtonen ondanks de goede samenwerking binnen wijken lastig te realiseren. *“We blijven hier aan werken, bijvoorbeeld door het toetreden van de directeur van het Inter-Lokaal, een welzijnsorganisatie met veel allochtone medewerkers in de stuurgroep”,* aldus de heer Molleman.

Toekomst

Door het programma PreventieKracht en het uitvoeren van de doelen uit het samenwerkingsplan is de samenwerking tussen de verschillende organisaties in de regio Nijmegen intensiever geworden. *‘Het project heeft misschien wel meer opgeleverd dan wat we van tevoren verwacht hadden, vooral omdat het gelukt is om samenwerking en commitment te krijgen voor de langere termijn’,* aldus de heer Molleman. Ook na de subsidieperiode is de samenwerking tussen de verschillende partijen voortgezet. Tot op heden komt de stuurgroep één keer per kwartaal samen om de voortgang van preventieactiviteiten te bespreken. Ook inhoudelijk gezien is een aantal van de succesvolle preventieactiviteiten uit het project voortgezet. Andere initiatieven zijn stopgezet omdat ze niet voldoende bleken op te leveren. Er is kritisch geëvalueerd welke projecten een goede bijdrage leveren aan de gezondheid van Nijmeegse burgers.

Mede gebaseerd op de ervaringen met het project hebben de gemeente en VGZ een convenant getekend rondom preventieactiviteiten en zorg in bredere zin. In het convenant hebben de gemeente en VGZ zich committeert aan de financiering van preventieactiviteiten tot eind 2014. Tot die tijd worden de activiteiten die succesvol zijn gebleken, voortgezet vanuit verschillende potjes van de gemeente en de VGZ. Voor de periode ná 2014 wordt nog naar structurele financiering gezocht.

Het vinden van structurele financiering is voor de duurzaamheid van dit project het grootste knelpunt. Bij de aanvraag van 2012 hoopten de partijen dat de activiteiten geleidelijk aan betaald zouden kunnen gaan worden vanuit de Zorgverzekeringswet. Dit is echter alleen voor stoppen met roken het geval in 2013. Voor andere activiteiten moet naar een andere oplossing gezocht worden. Dat blijkt in de praktijk niet makkelijk. Mevrouw Mourits van de gemeente Nijmegen is van mening dat er te makkelijk, te veel van de gemeenten verwacht wordt. *“Financiering zou niet grotendeels van de gemeente af moeten hangen. De landelijke overheid verwacht een hoofdrol voor de gemeente, maar legt het bij hen neer zonder verdere financiering. Er zouden meer mogelijkheden moeten worden geboden om financiering vanuit de zorgverzekeraars te organiseren”,* aldus mevrouw Mourits. De heer Van Haren van VGZ geeft aan dat zorgverzekeraars het belang van preventie onderkennen. Het is echter moeilijk te financieren omdat preventieactiviteiten vanuit de premies betaald moeten worden, terwijl er bij ziekte budget vanuit de ZVW is. *“Dat is dus een zogenaamde ‘perverse prikkel’. Als een verzekeraar voorkomt dat iemand diabetes krijgt, moet zij daarvoor haar premie verhogen. Als iemand eenmaal diabetes heeft wordt de verzekeraar hier door de overheid voor gecompenseerd. Als men*

wil dat verzekeraars echt werk gaan maken van preventie, dan zal het systeem zo aangepast moeten worden, dat er ook een (financieel) belang ontstaat om hierin te investeren”, aldus de heer Van Haren.

Met dank aan:

Gerard Molleman, GGD Gelderland Zuid

Kristine Mourits, Gemeente Nijmegen

Nancy Albertz, Projectleider

Pieter van Haren, VGZ

Marcel de Groot, ZZG

BIJLAGE III GERAADPLEEGDE PERSONEN

Geraadpleegde sleutelpersonen

- Jacques Hutten (ministerie van VWS)
- Ronald Mooij (voorheen ministerie van VWS)
- Riny van Lier (AktiZ)
- Lenneke Vaandrager (Evaluatiecommissie)
- Leo Kliphuis (Evaluatiecommissie)

Geraadpleegde betrokkenen in de uitvoering

- Hanneke Hillmann (voorzitter Programmacommissie)
- Margriet de Jager (lid Programmacommissie)
- Robert Haartsen (lid Programmacommissie)
- Marja van Bon (lid Programmacommissie)
- Ines van Rooijen (Programmamanagement PreventieKracht)
- Ineke Voordouw (Programmamanagement Zichtbare schakel)
- Agnes van der Poel (Trimbos-instituut)
- Loes Lanting (RIVM Centrum voor Gezond Leven)
- Marian Sturkenboom (RIVM Centrum voor Gezond Leven)
- Annego Fokker (voorheen NIGZ)
- Monique de Beer (voorheen Stivoro)

Geraadpleegde projectleiders

Organisatie

- | | |
|--------------------------|---|
| ▪ Mevrouw K. Arentszen | ▪ Welzin (Beweging 3.0) |
| ▪ Mevrouw A. Bloembergen | ▪ SportService Flevoland |
| ▪ Mevrouw S.J.E. Ebben | ▪ Zorggroep Almere |
| ▪ De heer S. Ebbing | ▪ GGzE |
| ▪ Mevrouw A. Eradus | ▪ Evean |
| ▪ Mevrouw A. Fokkens | ▪ Stichting Thuiszorg Midden Gelderland |
| ▪ Mevrouw J. Holtrup | ▪ Thuiszorg Het Friese Land |
| ▪ Mevrouw M.A. de Jong | ▪ Thuiszorg Groningen |
| ▪ Mevrouw R. de Jongh | ▪ Zorggroep de Zellingen |
| ▪ De heer D. Kajmovic | ▪ Sezen |
| ▪ Mevrouw E. Koene | ▪ Thuiszorg De Friese Wouden |
| ▪ Mevrouw J. Kramer | ▪ Context |

- Mevrouw G. Krijger
 - Mevrouw W. Kruijt
 - Mevrouw J. Lancel
 - Mevrouw L. Leurs
 - Mevrouw E. van Luijn
 - Mevrouw W. Matheij
 - Mevrouw S. Mekel
 - Mevrouw M. Mijnsbergen
 - Mevrouw A. Moes
 - De heer G. Molleman
 - Mevrouw A. Nusselder
 - Mevrouw D. Oko-Agyemang
 - Mevrouw S. Oord-Jansen
 - De heer J. Osinga
 - De heer R. Oude Voshaar
 - Mevrouw J. Raaijmakers
 - Mevrouw A. de Rooij
 - De heer H. Semmekrot
 - Mevrouw D. van der Staal
 - Mevrouw M. Stoel
 - Mevrouw M. Vellekoop
 - Mevrouw C. Vroon
 - Mevrouw A. Watzeels
 - De heer N. Wiele
 - Mevrouw T. Wilbrink
 - Stichting Brentano Amstelveen
 - GGzE
 - Careyn
 - ActiVite
 - ZuidZorg
 - Zorggroep Noord-Limburg
 - Orbis Medisch Zorgcentrum
 - Thuiszorg West-Brabant
 - GGZ Drenthe
 - GGD Regio Nijmegen
 - Icare
 - Thuiszorg Rotterdam
 - GGD Gelre IJssel
 - Stichting Palet
 - UMCG
 - Vitras CMD
 - Mediant Geestelijke Gezondheidszorg
 - Stichting Zorgaccent Almelo
 - ZorgSaam Zeeuws – Vlaanderen
 - GGD Zuid Holland Zuid
 - GGZ Noord Holland Noord
 - Agathos Thuiszorg
 - GGD Rotterdam Rijnmond
 - GGD Hollands Midden
 - Jong Florence (voorheen Maevita)
-

BIJLAGE IV LITERATUURLIJST

Bureau Okapi en iResearch, 2010

Samenwerking in het programma PreventieKracht Dicht bij Huis 2010; een analyse van het onderwerp samenwerking in de gehonoreerde projectvoorstellen

NIGZ, 2007

Preventie in de thuiszorg nader bekeken; een inventarisatie naar preventieactiviteiten in 2007

NIGZ, 2008

Preventie in de thuiszorg nader bekeken (2); een inventarisatie naar preventieactiviteiten in 2008

NIGZ, 2009

Preventie in de thuiszorg nader bekeken (3); een inventarisatie naar preventieactiviteiten in 2009

Programmacommissie PreventieKracht, 2009 – 2012

Notulen van de vergaderingen van de programmacommissie 2009 – 2012

Programmacommissie PreventieKracht en Zichtbare schakel, 2012

Vooruitblik vanuit het programma PreventieKracht

Research voor Beleid, 2009

PreventieKracht Thuiszorg; tussentijdse evaluatie

ResCon, 2007

PreventieKracht Thuiszorg; ervaringen na één jaar

RIVM Centrum Gezond Leven, 2010

Bereik van doelgroepen; onderzoek naar het bereik van interventies in het ZonMw-programma PreventieKracht Thuiszorg

Trimbos Instituut, 2010

Thuiszorg en GGZ-preventie; interventies en samenwerkingsmogelijkheden

Trimbos Instituut, 2011

Preventie door de thuiszorg; aard en omvang van preventie door thuiszorgorganisaties – 2009

Trimbos-instituut, 2013

Aard en omvang van preventie door en met de thuiszorg, 2010 – 2011

ZonMw, 2009

Uitvoeringsprogramma PreventieKracht Dicht bij Huis 2010 t/m 2012

ZonMw, 2006 – 2011

*Jaarplannen PreventieKracht Thuiszorg 2007, 2008, 2009 en jaarplannen
PreventieKracht Dicht bij Huis 2010, 2011 en 2012*

ZonMw, 2006 – 2011

Voortgangsrapportages 2006 – 2011

ZonMw, 2006 – 2013

*Jaarverslagen programma PreventieKracht Thuiszorg en PreventieKracht Dicht bij
Huis, 2006 - 2012*

ZonMw, 2009 – 2013

Eindverslagen en evaluaties van afzonderlijke programma-onderdelen

ZonMw, 2009 – 2011

*Kwaliteitscriteria behorende bij de oproepen tot het indienen van subsidieaanvragen
voor het ZonMw-programma PreventieKracht Dicht bij Huis, call 2010, 2011 en 2012*

ZonMw, 2010

Positionpaper PreventieKracht 2007 - 2012

ZonMw/ActiZ, 2011

Preventie door de thuiszorg, analyse van ontwikkelingen en kansen

ZonMw, 2013

PreventieKracht in de buurt; resultaten 2009 – 2011

Daarnaast hebben we vanuit ZonMw cijfermateriaal verkregen vanuit hun (financiële) administratieve systeem.