



Raad voor de Volksgezondheid & Zorg

## **De rol van GGD'en bij de preventie van welvaartsziekten**

Verslag van werkbezoeken en debat bij het RVZ Advies

**Preventie van welvaartsziekten effectief en efficiënt georganiseerd**

maart 2012

# Inhoudsopgave

1. Inleiding
  
2. Preventie van welvaartsziekten in de regio, hoe is het nu en waar moet het naar toe?
  - 2.1 De motor van een gecombineerde aanpak staat onder druk
  - 2.2 **Onderzoek**  
*Doelgroepprofilering*
  - 2.3 **Advisering**  
*Werk toe naar integraal beleid*
  - 2.4 **Samenwerking**  
*Creëer maatschappelijke betrokkenheid*
  - 2.5 **Interventieprogramma**  
Interventieprofilering en interventiemapping
  
3. Vraag- en discussiepunten

## 1. Inleiding

In december 2011 bracht de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) het advies; “Preventie van welvaartsziekten effectief en efficiënt georganiseerd” uit. In dit advies wordt aangegeven hoezeer preventie van belang is voor het terugdringen van de toename van welvaartsziekten.

“Betere leefgewoonten zouden niet alleen de levensverwachting, maar ook het aantal gezonde jaren en het aantal jaren zonder beperking of chronische aandoeningen kunnen vergroten. Nu zien we dat de levensverwachting (veel) sterker stijgt dan het aantal jaren zonder beperking of chronische ziekte. Preventie heeft in dit perspectief van stijgende zorgvraag dus ook grote maatschappelijke voordelen, in termen van productiviteit en participatie, betaald en onbetaald. Preventie is een van de oplossingen voor de stijgende zorguitgaven en de knelpunten op de arbeidsmarkt die nu snel op ons afkomen”.

RVZ, december 2011

De Raad adviseert dat preventie van welvaartsziekten op landelijk en lokaal niveau steviger wordt aangepakt. Gemeenten en zorgverzekeraars moeten op wijk/buurniveau gezondheidsplannen maken en uitvoeren. De RVZ bepleit in het advies om hiervoor 1% van het budget voor curatieve zorg beschikbaar te stellen.

In het rapport wordt geconstateerd dat deze preventie in de huidige situatie niet volwaardig en professioneel kan worden georganiseerd. Deze observatie is mede gebaseerd op bevindingen bij werkbezoeken van de Raad aan een aantal GGD'en.

Om knelpunten en mogelijke oplossingen voor preventie van welvaartsziekten te inventariseren heeft de RVZ gedurende de periode waarin het advies werd opgesteld werkbezoeken gebracht aan een vijftal GGD'en (bijlage 1a). Daarnaast werd een expertmeeting georganiseerd waaraan vertegenwoordigers deelnamen van de verschillende partners op het gebied van preventie: een aantal GGD'en, GGD Nederland, een zorgverzekeraar, vertegenwoordiger vanuit de eerste lijn en de NPHF.

Deze achtergrondstudie geeft een beknopte weergave en analyse van de bevindingen die uit deze werkbezoeken en de bijeenkomst voortkomen. Deze bieden een goede illustratie en onderbouwing voor het advies, en een aantal concrete aangrijpingspunten voor verbetering.

## 2. Preventie van welvaartsziekten in de regio Hoe is het nu en waar moet het naar toe?

De RVZ adviseert dat publieke gezondheid en de curatieve zorg niet langer als aparte domeinen worden gezien. Daartoe is het van belang dat “gemeenten en zorgverzekeraars samen gezondheidsplannen op wijk/buurniveau gaan maken en uitvoeren”.

Dit advies komt voort uit de constatering tijdens de werkbezoeken dat er wel meer overleg plaatsvindt tussen gemeenten, zorgverzekeraars en zorgaanbieders maar dat een structuur voor het opstellen en uitvoeren van onderbouwde plannen ontbreekt. In de regio's is ook gesproken over wat er nodig is om de domeinen meer met elkaar in verbinding te brengen zodat een gecombineerde aanpak van de gezondheidsproblemen mogelijk wordt.

### 2.1 De motor voor een gecombineerde aanpak staat onder druk

Volgens GGD'en weten partijen in de regio (gemeenten, GGD'en, zorgverzekeraars en zorgaanbieders) elkaar steeds beter te vinden. Voorbeelden zijn “Utrecht Gezond”, een samenwerking tussen de Gemeente Utrecht en Agis, de Ketenaanpak Overgewicht Jeugd in de regio Rivierland, de aanpak in Zuid Limburg enzovoort.

Bij het ontbreken van structurele financiering en verankerde 'kaders' dreigt echter verlies aan daadkracht en enthousiasme voor een gecombineerde aanpak. “Daar zijn zorgverzekeraars toch niet in geïnteresseerd” zeggen zorgaanbieders, en GGD'en anticiperen dat “gemeenten dat niet (meer) kunnen betalen”. Bij het ontbreken van dergelijke kaders moeten voor elk samenwerkingstraject opnieuw lokale processen worden 'aangezwengeld'. *Er is een motor nodig voor een gecombineerde aanpak.*

*Maar investering in preventie staat op alle niveaus onder druk.*

De landelijke overheid beperkt de ondersteuning van lokale en regionale preventie door bezuinigingen op preventie in het basispakket (SMR, GLI), op de leefstijlcampagnes, kennisinstituten en onderzoeksinstituten.

Gemeenten zien bezuinigingen op zich afkomen en moeten een keuze maken tussen de verschillende gemeentelijke beleidsterreinen. De bevorderingstaken van de WPG zijn minder dwingend voor gemeenten dan de uitvoeringstaken en dan de taken die veel andere wetten opdragen. GGD Nederland geeft aan dat de meest gestelde vraag van gemeenten over het lokale gezondheidsbeleid is: “wat is er verplicht in de wet?”. De publieke gezondheid legt het gemakkelijk af tegen sociale zaken, ruimtelijke ordening en de Wet Maatschappelijke Ondersteuning. Binnen de Wet Publieke Gezondheid (WPG) zijn de uitvoeringstaken van Algemene Gezondheidszorg (AGZ, waaronder taken vallen als infectieziektenbestrijding, medische milieukunde, sociaal medische advisering en forensische geneeskunde) en JGZ vastgelegd in basistakenpakketten. De functie gezondheidsbevordering wordt in de WPG echter omschreven als bevorderingstaak en kan daardoor gemakkelijk ingeperkt worden in de omvang.

“Gebrek aan kennis bij gemeenten over de gezondheidsproblemen of gebrek aan samenwerking tussen gemeenten in de aansturing van de GGD kan de financiële armslag negatief beïnvloeden. Bezuinigingen kunnen tot gevolg hebben dat er minder mogelijkheden zijn om uitvoering te geven aan interventies.”

Bij de bezoeken aan Utrecht en Rotterdam kwam naar voren dat de GGD valt in de lokale sturingsruimte en daarmee rechtstreeks binnen de bezuinigingen.

Wat zegt het advies?

Allereerst moet de scheve verhouding tussen preventie en curatie rechter worden getrokken. Preventie moet vaker de logische eerste stap worden. Gezond blijven in plaats van herstel van ziekte; van zz naar gg. Dat kan alleen als de financiële prikkels worden omgezet. In aanvulling op eerdere pleidooien van de RVZ voor het veranderen van prikkels voor zorgaanbieders, namelijk sturen op gezondheidsdoelen in plaats van behandel- en productiedoelen, is het ook noodzakelijk dat de verzekeraar een explicieter belang krijgt bij gezondheid. Dit is te doen via de ex ante risicoverevening; maar dit systeem is dusdanig ondoorzichtig dat eerst nader onderzoek nodig is naar de eigenlijke werking ervan. De Raad vindt wel dat aanpassing van deze verevening niet mag leiden tot minder toegankelijkheid tot noodzakelijke zorg, maar gericht moet zijn op versterken van de aandacht voor preventie.

**Maak preventie logische eerste stap**

De werkbezoeken en de expert meeting hebben informatie en inzicht opgeleverd over de huidige praktijk rond de benodigde stappen om te komen tot effectieve en efficiënte preventie.

- ONDERZOEK
  - naar de doelpopulatie (op wijk- en buurtniveau)
  - naar lokale en cultuurgebonden aangrijpingspunten voor preventie
  - naar het bestaande preventie-aanbod (ook in de welzijnssector, sportsector enzovoort)
- BELEIDSADVISING
- SAMENWERKING
- ONTWIKKELING, UITVOERING EN EVALUATIE VAN INTERVENTIES

## 2.2 Onderzoek

*Breng de doelpopulatie scherp in beeld en stem preventie aanpak daar op af*

In alle werkbezoeken kwam de informatievoorziening over de gezondheidstoestand van de bevolking aan de orde.

Conclusie:

- Er is veel informatie, maar niet op het juiste niveau (gemeentelijk, lokaal en per wijk).  
“De zorgverzekeraar wil geen eigen gegevens delen, maar heeft wel interesse in die van de GGD, met name als dat kan helpen de kosten van het zorggebruik te reduceren”.
- Informatie uitwisseling tussen zorg/verzekeraars en GGD'en vindt nauwelijks plaats
- Gemeenten zijn niet bereid of in staat om de GGD meer te laten doen dan de basistaken (gegevensverzameling op regionaal niveau)  
“Het lokale rapport is een plusproduct en kan op verzoek van de gemeente worden gemaakt”.

Er is behoefte aan drie soorten onderzoek:

1. Onderzoek naar de gezondheidssituatie in de regio, de gemeenten en de wijken (4 cijfer postcodeniveau).
2. Onderzoek naar regionale en lokale (cultuurgebonden) aangrijpingspunten voor preventie.
3. Onderzoek naar “wat er al is”: er gebeurt van alles aan preventie maar er is vaak geen overzicht van.

In de praktijk zien we dat alle GGD'en de (wettelijk verplichte) vierjaarlijkse gezondheidsmonitors uitvoeren. Dit vergt vrijwel de gehele (epidemiologische) onderzoekscapaciteit van de GGD. Soms worden deze gegevens aangevuld met gegevens over bijvoorbeeld de veiligheidssituatie en het zorgaanbod. Slechts in een enkel geval kan gebruik gemaakt worden van de gegevens van de zorgverzekeraars (Utrecht Overvecht, Zorgverzekeraar AGIS). Ook de samenwerking met huisartspraktijken op dit terrein (HIS-gegevens) staat nog in de kinderschoenen.

*Om te komen tot een breed gedragen analyse van de meest urgente problemen in de wijken is een dialoog tussen partijen noodzakelijk: welke gegevens zijn nodig en wie verzamelt deze, hoe worden de gegevens gecombineerd en afgestemd.*

Wat zegt het advies?

De Raad geeft aan dat kennis op detailniveau lokaal beleid stimuleert en pleit ervoor dat de wet epidemiologisch onderzoek op detailniveau voorschrijft, m.a.w. dat gegevens aan elkaar worden gekoppeld.

Voor het onderzoek naar aangrijpingspunten voor preventie en naar het bestaande aanbod aan preventie zijn bij GGD'en in het algemeen geen middelen aanwezig. De mogelijkheid om voor dergelijk onderzoek een beroep te doen op ZonMw wordt voor kleinere GGD'en steeds minder opportuun nu de kans op honorering niet meer in verhouding staat tot de tijdsinvestering voor de aanvraag. Minder dan 10% van de ingediende aanvragen wordt gehonoreerd; praktijkinstellingen hebben het daarbij relatief moeilijk, omdat de wetenschappelijke toets prevaleert boven de 'maatschappelijke relevantie' toets.

### 2.3 Advisering aan gemeenten

*Werk toe naar intersectoraal beleid*

Bij de werkbezoeken aan de GGD'en is apart gevraagd naar de functie beleidsadvisering. De inzet bij deze advisering is steeds meer het bevorderen van integrale oplossingsrichtingen op basis van het totaalbeeld van de gezondheidssituatie en relevante determinanten zoals demografie.

*Advisering aan gemeenten: gezondheid als middel en niet als doel*

Alle GGD'en leveren een bijdrage aan gemeentelijke nota's en/of stellen in overleg met de gemeenten een regionale gezondheidsnota op. Uit de gesprekken met de GGD'en blijkt helder dat advisering aan gemeenten ook het karakter heeft van samenwerking. De advisering is geen eenrichtingsverkeer maar een dialoog, waarbij niet alleen het volksgezondheidsbeleid maar ook andere beleidsterreinen onderwerp zijn van gesprek.

Het belang van preventie sneeuwt gemakkelijk onder tussen andere gemeentelijke beleidsterreinen die een hogere 'sense of urgency' oproepen (en/of meer media-gevoelig zijn). Bij de advisering aan gemeenten kiezen GGD'en er daarom voor om het belang te benadrukken van gezondheid als middel om doelstellingen van andere beleidsterreinen te bereiken. Denk aan arbeidsparticipatie, armoedebestrijding, voorkoming van uitval op school, zelfredzaamheid van ouderen, sportparticipatie enzovoort.

Andersom hebben beleidsveranderingen in andere sectoren mogelijk gevolgen voor de gezondheid (denk aan aanleg van fietspaden, sportbeleid, WMO). De GGD geeft in dit soort gevallen in principe advies, in de praktijk komt dit niet goed van de grond (een voorstel is vaak al vrijwel aangenomen eer de GGD wordt gevraagd ernaar te kijken).

Uit de gesprekken met de GGD'en blijkt duidelijk dat de relatie met de gemeenten verschilt al naar gelang het type regio. De volgende regio's kunnen worden onderscheiden:

- De G4 plus Groningen, waar de GGD onderdeel is van het gemeentelijk apparaat. In deze gemeenten is de beleidscapaciteit groot; dit kan leiden tot concurrentie tussen het lokale beleid en de wettelijke basistaken.
- Plattelandsregio's zonder een duidelijke grote stad, waar de GGD voor alle gemeenten gelijk is en waar dus over het regionaal beleid en de taken van de GGD gestreefd moet worden naar consensus.
- Regio's met één of twee grote steden die de andere gemeenten in zekere zin domineren. Hier heeft de GGD het vaak lastig; de grote steden hebben zelf voldoende beleidscapaciteit en de kleine steden willen niet samenwerken met en betalen voor de problemen van de grote.

Wat zegt het advies?

### **Stel een preventiefonds in, gefinancierd uit premiemiddelen**

Dit fonds wordt gevuld met 1% van de premiemiddelen van de Zvw. Met dit bedrag wordt lokaal/regionaal gezondheidsbeleid betaald dat voldoet aan de volgende voorwaarden:

- Samenwerking van gemeente en verzekeraars.
- Gebaseerd op gedetailleerd inzicht in epidemiologie en zorguitgaven.
- Landelijke speerpunten worden adequaat bediend.
- Een professionele uitvoeringsorganisatie, met GGD'en die bovenregionaal samenwerken (1-5-25 model).
- Gebruik makend van bewezen interventies.
- Substitutie van eerstelijns zorg.

## **2.4 Samenwerking in de uitvoering**

*Creëer maatschappelijk draagvlak*

GGD'en werken in de uitvoering van het gezondheidsbeleid ook veel samen met (andere) samenwerkingspartners dan gemeenten: de provincie, ROS'en, zorgverzekeraars, preventiepartners enzovoort.

Door het ontbreken van structurele financiering voor samenwerking met de zorg zijn lange samenwerkingstrajecten nodig om tot een concreet resultaat te komen: een programma van samenhangende interventies waar de burger iets van merkt. Wanneer één der partijen niet bereid is ondersteuning aan zo'n traject te verlenen in de vorm van beleidscapaciteit, of wanneer partijen afhaken omdat de tijdsinvestering te groot wordt, stranden initiatieven voortijdig.

*De meeste GGD'en geven aan dat ze steeds minder een uitvoerende rol hebben in gezondheidsbevordering.*

Veelgenoemde samenwerkingspartners zijn de ROS'en, de zorgverzekeraars en OGGZ. Evident is de samenwerking met preventiepartners, sport, onderwijs, CJG en Jeugdzorg. Soms ouderenzorg, ziekenhuizen. Samenwerking met andere gemeentelijke beleidsterreinen en private partijen wordt niet vaak genoemd.

Het feit dat GGD'en minder actief zijn in de uitvoering geeft hen een goede positie als 'liaison' tussen andere partijen; ze hebben zelf geen belang en zijn dus 'onverdacht'. Het kan GGD'en ook kwetsbaar maken (wat is nog de toegevoegde waarde van de GGD?), zeker in relatie tot grotere gemeenten die zelf voldoende beleidscapaciteit hebben. Waar het gaat om het terugdringen van SEGV slagen GGD'en er goed in hun meerwaarde te bewijzen.

## **2.5 Interventieprogramma's**

*Op maat voor de doelgroep en passend bij het bestaande aanbod*

*Geen "landelijke uitrol"*

Alom wordt benadrukt dat er behoefte is aan maatwerk, vraaggericht werken (dat is ook de wil van de politiek) en vernieuwing. Het concept van "landelijke uitrol" van bewezen effectieve interventies is problematisch, omdat de (schaarse) bewezen effectieve interventies eerst op maat van de lokale situatie en uitvoeringsorganisatie moeten worden gesneden. Het is de vraag wat er überhaupt van de (landelijk) bewezen effectiviteit overblijft wanneer de interventie lokaal wordt uitgevoerd.

Men maakt lokaal wel gebruik van elementen van de bewezen effectieve interventies. Kosten-effectiviteit speelt op lokaal politiek niveau geen overheersende rol; wel vernieuwing.

Er blijkt uit de werkbezoeken veel aandacht voor landelijke speerpunten. Dit sluit aan bij de bevinding van Joyce de Goede<sup>1</sup>, die echter ook gevonden heeft dat weliswaar de nationale preventiedoelen vaak genoemd worden, maar dat gemeenten dan nog vaak moeite hebben met de vertaling naar concrete doelen en maatregelen. De aanbeveling van de inspectie om gemeenten nog sterker landelijk te sturen en te controleren is strijdig – vindt de Goede – met de wens om discussies met de lokale actoren te intensiveren en de variatie van probleemdefinities en oplossingen in sterkere mate te laten doorwerken in de

<sup>1</sup> Joyce de Goede, Knowledge in progress: a study about evidence based local health policy. 2011.

lokale nota. Ook in deze achtergrondstudie en het advies van de RVZ blijkt de noodzaak voor een dergelijke lokale inbedding van gezondheidsbeleid. Het *proces van totstandkoming* van gezondheidsplannen zou dan eerder onderwerp van toetsing moeten zijn.

Voor zover landelijke agendering aan de orde is ligt de integrale aanpak van SEGV eerder voor de hand dan de huidige thematische aandachtsgebieden. Dit onderwerp wordt ook door gemeenten zeer relevant gevonden. Alle GGD'en melden structurele aandacht (bijvoorbeeld programmasturing) voor het terugdringen van SEGV. Ze krijgen hierin vaak de regie, waarbij er wel behoefte is aan instrumenten voor de samenwerking met zorgaanbieders en verzekeraars.

GGD'en geven aan dat zij een sterke voorkeur hebben voor een programmatische aanpak (in plaats van losse interventieprojecten) maar bij ontbrekend kader en ontbrekende structurele financiering wordt dit lang niet altijd gerealiseerd.

Opvallend is dat GGD'en aangeven zich steeds meer terug te trekken uit de uitvoering van gezondheidsbevordering (zie ook paragraaf 2.4). Dit bevordert hun rol als liaison tussen uitvoerende en financierende partijen.

### 3. Vraag- en discussiepunten

Er is veel consensus bij de gesprekspartners over de benodigde stappen om te komen tot de ontwikkeling en uitvoering van onderbouwde gezondheidsplannen. Uit de gesprekken komen ook een paar vragen naar voren.

Op het terrein van **onderzoek** ontbreken bij de GGD de mogelijkheden om op een voldoende specifiek niveau onderzoek te doen. Daarnaast kan in het algemeen geen gebruik worden gemaakt van de gegevens die beschikbaar zijn bij zorgverzekeraars, huisartsen, ziekenhuizen enzovoort. Het opnemen van epidemiologie op een gespecificeerd detailniveau als wettelijke basistaak in de WPG zou hiervoor een oplossing kunnen bieden. Hoe zou ook gegevensuitwisseling met de zorg tot stand kunnen worden gebracht? Moet meer worden geïnvesteerd in de academisering van de gezondheidsbevordering?

Bij de **advisering** aan gemeenten over integraal gezondheidbeleid is er – bij de recente forse bezuinigingen – toenemende concurrentie van de andere gemeentelijke beleidsterreinen. Het landelijk omschrijven van gezondheidsbevordering als wettelijke basistaak (zoals JGZ en AGZ) kan daarvoor mogelijk een oplossing bieden, maar anderzijds staat dat haaks op de wijze waarop bij voorkeur het lokaal gezondheidsbeleid tot stand zou moeten komen, namelijk in overleg met lokale stakeholders en op basis van lokale gezondheidsgegevens en sociale kaart. Zou bij de landelijke agendering niet beter de integrale aanpak van SEGV als prioriteit kunnen worden aangemerkt?

**Samenwerkingstrajecten** zijn tijdrovend; bij het uitblijven van (uitzicht op) structurele financiering stranden ze vaak voor er tot daadwerkelijke uitvoering kan worden overgegaan. Onder welke voorwaarden zou, ook zonder structurele financiering, een effectieve samenwerking tot stand kunnen komen?

De GGD trekt zich steeds verder terug uit de directe **uitvoering** van gezondheidsbevordering en neemt meer de functie in als spin in het web en liaison tussen uitvoerende organisaties en financiers. Anderzijds verwacht de politiek (soms) wel een uitvoerende rol van de GGD. Hoe moet de GGD zich in dit spanningsveld opstellen?

Bij het opzetten van interventieprogramma's laveren GGD'en tussen enerzijds de roep van de lokale politiek om interventies die vernieuwend zijn en op maat gesneden en anderzijds de landelijke druk om gebruik te maken van effectieve interventies (waarvan er overigens nog niet veel beschikbaar zijn). Is streven naar bewezen **kosteneffectiviteit** een valkuil voor het preventiebeleid?

## **BIJLAGE 1**

### **GGD'en waarbij werkbezoeken zijn afgelegd**

(periode april & mei 2011)

GGD Fryslân (27 gemeenten)

GGD Gelre IJssel (21 gemeenten)

GGD Regio Rivierenland (9 gemeenten)

GGD Rotterdam Rijnmond (Rotterdam en 17 omliggende gemeenten)

GG&GD Utrecht (gemeente Utrecht)

### **Deelnemers expertmeeting, 31 mei 2011**

- de heer H. Backx, GGD Hart voor Brabant
- de heer F. Klaassen, GGD Zuid-Limburg
- de heer R. Koel, Gemeente Den Haag
- mevrouw A. Koornstra, GGD Nederland
- de heer T. Oostrom, NPHF / Nierstichting
- mevrouw M. Steenbakkers, GGD Zuid-Limburg
- mevrouw D. Tjalsma, Stichting Amsterdamse Gezondheidscentra
- mevrouw C. Verdoold, Achmea