



‘Vitaal Vechtdal’ wekt preventie tot leven

Werken aan gezondheid lukt alleen met regionale samenwerking

Paul Habets

Published online: 11 February 2019
 © The Author(s) 2019

Terwijl landelijke campagnes steeds nadrukkelijker pogen ongezond gedrag uit te bannen, barst de wachtkamer van huisarts en specialist uit zijn voegen door de gevolgen van verwaarlozing van gezond gedrag. Vitaal Vechtdal ondersteunt het gesprek in de spreekkamer over ‘leefstijl’, zonder van de curatieve sector het onmogelijke te vragen. Want de echte verandering naar gezond blijven speelt zich niet af in, maar buiten de spreekkamer, zo is onze overtuiging én ervaring.

Gezond blijven als collectieve ambitie

In het Overijsselse Vechtdal (de gemeenten Dalfsen, Ommen, Hardenberg, Coevorden en Twenterand; 174.943 inwoners, CBS, 2017) maken niet alleen huisartsen werk van het verminderen van het aantal rokers. Alle artsen en andere zorgverleners werken met scholen, gemeenten en werkgevers samen in één programma om inwoners te ondersteunen bij gezond blijven. Voor het derde jaar op rij werd in 2018 tijdens de landelijke Stoptober-week een gezamenlijke regionale stoppen-met-rokencampagne gevoerd. Dit ‘Stoptober in het Vechtdal’-programma haakt met een eigen regionale invulling van activiteiten aan bij de landelijke campagne. Door eenduidige en gelijktijdige promotie van deze stopweek via alle regionale huisartsen, zorginstellingen (een ziekenhuis, welzijn- en thuiszorgorganisaties, tandartsen en verloskundigen), scholen, gemeenten, bedrijven en sportclubs, en in de media krijgt de roker overal dezelfde boodschap: ‘Stop met roken, en wij helpen u daarbij.’ Door krachten en energie te bundelen is Vitaal Vechtdal in staat om de boodschap in diverse sociale contexten eenduidig te laten horen, in eenzelfde periode op iedere plek.

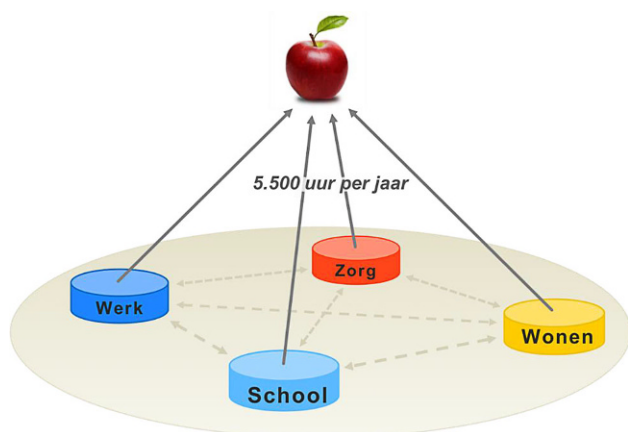
Mr. P. Habets (✉)
 Stichting Vitaal Vechtdal, Ommen, Nederland
Habets@baronbentinck.nl

Daarmee is een campagne effectiever dan de stem van één individuele organisatie en wordt bij stoppogingen gedurende het hele jaar aan deze campagne gerefereerd.

Piramide voor gezondheid

Een gemiddelde Nederlander is jaarlijks zo’n 5.500 uur wakker. Daarvan is hij hoogstens 1 uur bij een dokter. De overige 5.499 uren is hij thuis, op school of op het werk. Het is dus naïef om te denken dat de curatieve zorgsector in dat ene uur de leefstijl van Nederlanders kan verbeteren: de patiënt die ziek is heeft in de spreekkamer iets anders aan zijn hoofd. Bovendien werden de ongezonde leefgewoonten al tientallen jaren daarvoor ingezet en volgehouden. Dat gedrag veranderen wanneer de patiënt met klachten in de spreekkamer verschijnt, is het paard achter de wagen spannen. Daarnaast heeft het zorgveld de handen al vol aan curatieve zorg voor de steeds grotere groep chronisch zieken én wordt ook de zorg geconfronteerd met een krimpende arbeidsmarkt. Op basis van deze feiten vormt in Vitaal Vechtdal de gecoördineerde regionale samenwerking van de vier domeinen onderwijs, werk, wonen en zorg de basis voor effectieve preventie. Dit model wordt gevisualiseerd in een piramide: iedere hoek vormt een van de domeinen en de top van de piramide is ‘gezondheid’ (fig. 1). Hoe meer de vier domeinen samenwerken en verbonden zijn op het gebied van preventie, hoe hoger de top (gezondheid) zal stijgen.

Al in 1974 wees Lalonde erop dat het belang van de zorg voor individuele gezondheid wordt overschat: niet het curatieve zorgsysteem bepaalt de individuele gezondheid, maar veel meer de erfelijkheid, culturele en omgevingsfactoren [1]. Op populatieniveau is dat te parafraseren als: ‘gedrag, culturele normen in de (sub)gemeenschap en de kwaliteit van het leefmilieu’



Figuur 1 Piramide van gezondheid. Samenwerking vanuit vier domeinen levert de grootste kans op effectieve preventie

zijn voor gezond blijven veel belangrijker dan de kwaliteit van het regionale ziekenhuis.

Met het piramidemodel als gedragen model kwam 'Vitaal Vechtdal' in 2012 uit de startblokken. Maar een model blijft statisch als de onderliggende boodschap niet gecommuniceerd wordt. Dat vergt bevlogen leiders in ieder van de vier domeinen. Het leiderschap van lokaal gerespecteerde personen maakt dat de boodschap 'binnenkomt'. De betrokken huisartsen, de ziekenhuisdirecteur, wethouders, schoolleiders en regionaal bekende werkgevers dragen de kernboodschap mee uit: 'Wij willen dat het Vechtdal vitale inwoners heeft en houdt.' Gemeenten, werkgevers, scholen, ziekenhuis, huisartsen en zorgverzekeraar hebben daartoe in 2011 een convenant gesloten waarin de nadruk ligt op samenhangende preventie en doelmatige zorg. Daarmee werd afscheid genomen van gescheiden, goedbedoelde, maar vaak solitaire activiteiten binnen één school, één bedrijf, één huisartsenpraktijk of één wijkvereniging. Er zijn gezamenlijk programma's ontwikkeld voor wijk, school en werk.

Regio: een sociaal verbond

De ambitie om gezond blijven tot regionaal thema te verheffen, is afhankelijk van de cohesie van mensen en organisaties in de regio. De burgers in het Vechtdal zijn gewend om samen te leven, te werken en voor elkaar te zorgen. Dat zogenaamde 'noaberschap' is herkenbaar in alle domeinen: huisartsen ($n=45$) en medisch specialisten ($n=90$) in deze regio kennen en ontmoeten elkaar binnen en buiten het werk. Dat geldt ook voor werkgevers en onderwijzend personeel. De inwoners zijn vaak én ouder én regionaal werknemer én actief lid van een vereniging. Dat alles maakt deze regio aanspreekbaar op behoud van vitaliteit en gezondheid.

Vitaal Vechtdal is er voor iedereen in de regio. Iedere burger of instelling die zich herkent in de doelstelling kan zich aansluiten en daarmee een bijdrage

leveren aan het benadrukken van een gezonde regio. Gezondheid is economisch zeer relevant: zonder gezonde mensen geen arbeidsproductiviteit. Sinds 2015 is er ook een Vitaal Vechtdal Polis, een gratis aanvullende zorgverzekering voor het bevorderen van een gezonde leefstijl. Inmiddels hebben ruim 20.000 verzekerden deze polis.

BRAVO als focus

Vitaal Vechtdal focust op de BRAVO-thema's (bewegen, stoppen met roken, alcoholgebruik, voeding, en ontspanning en ontmoeting). Deze thema's worden levensfasen specifiek uitgevoerd: er is een programma dat zich richt op de gezondheid van werknemers, zowel tijdens het werk als daarbuiten, met aandacht voor arbeid in geval van ziekte. Het programma 'Vroeg Erbij' is een programma voor een gezonde leefstijl voor aanstaande ouders, liefst nog vóór een eventuele zwangerschap. Vroegsignalering van en ondersteuning bij opvoed- en opgroeirisico's onder zwangeren staat centraal in dit programma. De pilot is uitgevoerd van medio 2015 tot medio 2018, de evaluatie is eind 2018 positief afgerond. In dit programma werken gemeenten, GGD, kinderartsen, verloskundigen, scholen en verenigingen intensief samen.

Effectieve preventie vergt regionale ondersteuning

Ook in het Vechtdal is de praktijk echter weerbarstig. Preventie werkt immers amper als slechts één school (al dan niet gesteund door de GGD) een project 'kinderen met overgewicht' oppakt. Als niet ook de wijk, de lokale huisartsen, het thuisfront, de sportclubs en de nabijgelegen bedrijven (waar de ouders werken) erbij betrokken worden, zijn het eilandjes van goedbedoelde maar ineffektieve preventie. Door de landelijke scheiding van curatieve en preventieve zorg blijven de beide velden ook organisatorisch van elkaar gescheiden. De GGD maakt daardoor geen gebruik van de potentie van het curatieve veld om als ambassadeur voor leefstijl op te treden en het curatieve veld maakt, samen met de drie andere domeinen, geen gebruik van de organisatiekracht en kennis van de GGD. Kansen voor een herkenbaar en lokaal ingebed gezondheidsprogramma's blijven hierdoor liggen.

Voor de huisartsenpraktijk blijkt een zeer vruchtbaar vertrekpunt om mensen te bereiken, ook als het gaat om gezonder gedrag. In 2008 participeerde onze huisartsengroep te Ommen (14.500 patiënten) in de pilot van de 'Beweegkuur'. De door ons benaderde doelgroep van tweehonderd patiënten met overgewicht maar nog zonder manifeste ziekte, resulteerde binnen twee weken in meer dan honderd aanmeldingen. Ook een recente pilot voor het 'Preventieconsult' werd door de huisartsengroep uitgevoerd. (Het preventieconsult is in 2011 ontwikkeld door NHG, LHV, NVAB samen met het Longfonds, de Nierstichting en

de Hartstichting; zie ook <https://www.testuwrnico.nl/>). Hieraan nam 85% van de benaderde patiënten in één jaarcohort deel en gaf, na één reminder, 75% gehoor aan de oproep van hun huisarts om zeven vragen over gezondheid te beantwoorden. In geval van een duidelijk verhoogd risico op chronische ziekte werd met de praktijkondersteuner een gesprek gepland over haalbare doelen ter vermindering van risico's. Hierbij was de respons meer dan 80%. De lagere SES-groep bleek even goed te reageren.

Anders dan de Scandinavische landen kent Nederland geen structuur waarin de lokale eerstelijnszorg en de organisatie van preventie samen zijn vormgegeven. Nederland blijft steken in een model waarin de curatieve zorg vrijwillig de preventie 'erbij mag doen', zonder goed plan of structurele financiering en tijd. Intussen variëren de doelstellingen voor landelijke preventie met de politieke kleur van een regering en deinen de GGD'en als publieke organisaties op die veelkleurige golven mee. Naast deze landelijk wisselende koers blijven de GGD'en regionaal afhankelijk van de gezamenlijke ambities van gemeenten als opdrachtgever. Dat draagt niet bij aan een verbinding tussen het publieke en curatieve zorgdomein. Het ontbreken daarvan maakt dat deze velden elkaar niet kennen, laat staan makkelijk tot samenwerking komen.

Dit wordt bevestigd in het RIVM-onderzoek 'Preventie in het zorgstelsel: wat kunnen we leren van het buitenland?' [2]. Uit het onderzoek blijkt dat in Nederland preventieve maatregelen voor groepen met een verhoogd gezondheidsrisico, zoals kinderen met overgewicht en eenzame ouderen, moeizaam van de grond komen. De partijen die betrokken zijn bij de ontwikkeling en uitvoering van deze maatregelen, zoals gemeenten, verzekeraars, zorgverleners en GGD'en beschrijven de knelpunten ieder vanuit het eigen domein. Dat schept geen gevoel van een gezamenlijke verantwoordelijkheid. Hoe preventieve interventies structureel moeten worden gefinancierd, aldus het RIVM, is daarmee vaak bij voorbaat onduidelijk: preventie is vóór iedereen, maar ván niemand. Of, vertaald in het piramidemodel, zolang de domeinen ieder in hun eigen hoek blijven zitten is de inhoud van de piramide een niemandsland.

Regionalisatie van de uitvoering van een langjarige landelijke ambitie rond gezondheid heeft de kans op

een betere aansluiting op lokale behoeften. Nu maakt het bestaan van de 'gemeenschappelijke regeling' lokaal maatwerk ingewikkeld. Wanneer een GGD zich qua uitvoering verdeelt in kleinere regionale teams en aansluit bij de regionale curatieve zorg, wordt de kans op een krachtiger preventieprogramma groter. Monitoring van interventies kan grootschalig worden georganiseerd, met de mogelijkheid om in te zoomen op verschillende regioprogramma's om de effecten van preventieve activiteiten op BRAVO-thema's zichtbaar te maken. Met de informatie die dit oplevert kunnen beleidsmakers veel meer op feiten gebaseerde besluiten nemen en programma's bijsturen. Met een constante kennisuitwisseling tussen wetenschappers, beleidsmakers en professionals uit de praktijk krijgt preventie zo body in de dagelijkse werkelijkheid.

Tot slot

Samenwerken in het kader van preventie gaat niet vanzelf. Het begon in Vitaal Vechtdal met een coalitie met een breed gedragen ambitie. Gedrevenheid van personen uit ieder domein die elkaar versterken is cruciaal voor het verbreden van het draagvlak. Die gedrevenheid werd het fundament waarop nu de regionale programmatische preventie wordt uitgevoerd, zij het nog steeds niet structureel gefinancierd vanuit een publieke ambitie en een sterke, ondersteunende organisatie.

Open Access This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons license, and indicate if changes were made.

Literatuur

1. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians: a working document. April 1974. Ottawa: Minister of Supply and Services; 1981.
2. RIVM. Preventie in het zorgstelsel: wat kunnen we leren van het buitenland? Den Haag: RIVM; 2015.