

Wat is de werkwijze van zorg- en welzijnsorganisaties in Utrecht en Amsterdam om de hoge zorgconsumptie in achterstandswijken te verlagen?

Verslag van een actiebegeleidend onderzoek

Jennifer van den Broeke,¹ Thomas Plochg,¹ Hanneke Schreurs,² Sabine Quak,² Mascha Egberts,³ Ellen van der Vorst,³ Arnoold Verhoeff,⁴ Karien Stronks¹

Bewoners van achterstandswijken hebben twee keer zo vaak chronische ziekten, vaker overgewicht, een ongezondere leefstijl en ervaren vaker problemen met werk, wonen, inkomen en opvoeding. Zelfs wanneer met de hogere ziektelast rekening wordt gehouden, blijkt de zorgconsumptie in die wijken hoger dan in niet-achterstandswijken. In toenemende mate wordt integratie van het gefragmenteerde zorg- (en soms welzijns-)aanbod en een groter accent op preventie en zelfmanagement voorgesteld als strategie om de verhoogde zorgconsumptie terug te dringen. In twee projecten in Utrecht en Amsterdam wordt geëxperimenteerd met een geïntegreerd preventief, zorg- en welzijnsaanbod voor het terugdringen van de hoge zorgconsumptie in achterstandswijken. In dit artikel doen we verslag van de eerste fase van actiebegeleidend onderzoek, waarin de ontwikkelde werkwijze wordt geëxploreerd door van ieder project de probleemdefinitie te verhelderen en de programmatheorie te ontwikkelen. Het project in Amsterdam Noord richt zich op volwassenen met meervoudige vragen en de benadering wordt met name gedragen op bestuurlijk niveau en top-down ingezet. In Utrecht Overvecht richt het project zich op volwassenen met vage klachten en ontwikkelt het zich meer bottom-up vanuit het uitvoeringsniveau. In beide projecten is het doel professionals nieuwe competenties te laten ontwikkelen die hen in staat stellen meer generalistisch, populatiegericht en coachend te werken om zo adequatere zorg en ondersteuning te bieden aan cliënten uit achterstandswijken. We hopen dat deze beschrijving van de programmatheorieën anderen zal stimuleren en ondersteunen bij de ontwikkeling van initiatieven om hoge zorgconsumptie in achterstandswijken aan te pakken.

Trefwoorden: achterstandswijken, geïntegreerde zorg, generalistisch, coachend, populatie gericht, actiebegeleidend onderzoek

INLEIDING

Bewoners van achterstandswijken hebben twee keer zo vaak chronische ziekten, vaker overgewicht, een ongezondere leefstijl en ervaren vaker problemen met werk, wonen, inkomen en opvoeding.¹⁻⁷ Zelfs wanneer hiermee

rekening wordt gehouden blijkt de zorgconsumptie in die wijken hoger dan in niet-achterstandswijken.⁸ Tekstbox 1 toont een karakteristieke patiënt. Juist de opeenstapeling van medische en sociaal-maatschappelijke problematiek lijkt ervoor verantwoordelijk dat professionals hun werklast als relatief zwaar ervaren.

Tegen de achtergrond van deze ervaringen van zorgverleners en gegevens uit empirisch onderzoek zijn de afgelopen jaren allerlei initiatieven gestart om de zorgconsumptie in deze wijken te verminderen en de werklast van zorgverleners te verlagen. In de literatuur zijn verschei-

¹ Afdeling Sociale Geneeskunde, Academisch Medisch Centrum, Universiteit van Amsterdam, Amsterdam

² Afdeling Gezondheidsbevordering & Epidemiologie, Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst Utrecht, Utrecht

³ Divisie Zorg & Gezondheid, Achmea, Amersfoort

⁴ Afdeling Epidemiologie, Geneeskundige en Gezondheidsdienst Amsterdam, Amsterdam

dene oplossingen voor de hoge zorglast vastgesteld, zoals ketenaanpak,⁹ het *expanded chronic care model*,¹⁰ gemeenschapsgerichte geïntegreerde zorg¹¹ en integratie van zorg en preventie.^{12,13} Deze hebben met elkaar gemeen dat integratie van het gefragmenteerde zorg- (en soms ook welzijns-)aanbod en een groter accent op preventie en zelfmanagement wordt nagestreefd.¹⁴ In de praktijk wordt met deze benaderingen geëxperimenteerd. Voorbeelden hiervan zijn 'Van klacht naar kracht' in Rotterdam¹⁵ en 'Big!-Move'¹⁶ in Amsterdam en Utrecht. Hoewel deze oplossingsrichting beleidsmatig wordt omarmd is nog onduidelijk wat de resultaten hiervan zijn.¹⁷ Om hier goed inzicht in te krijgen is evaluatieonderzoek nodig. Echter, onderzoek waarin enkel aan de hand van uitkomstmaten de effectiviteit wordt onderzocht, biedt geen inzicht in

Kernpunten

- In twee projecten in Utrecht en Amsterdam wordt geëxperimenteerd met een geïntegreerd preventief, zorg- en welzijnsaanbod voor het terugdringen van de hoge zorgconsumptie in achterstandswijken.
- In beide projecten is het doel professionals nieuwe competenties te laten ontwikkelen die hen in staat stellen meer generalistisch, populatiegericht en coachend te werken.
- Ter ondersteuning van de projecten is door middel van actiebegeleidend onderzoek van ieder project de probleemdefinitie verhelderd en de programmatheorie ontwikkeld.
- Deze programmatheorieën kunnen worden gebruikt bij de ontwikkeling van initiatieven om hoge zorgconsumptie in andere achterstandswijken aan te pakken.

het proces. De interventie blijft dan een *blackbox*, waardoor de interpretatie van de resultaten lastig wordt.¹⁸ Evaluatieonderzoek is nodig, waarbij zowel het proces als de uitkomsten gemeten worden.

Twee recente experimenten boden een goede mogelijkheid deze evaluatieve kennis te verkrijgen. In twee projecten wordt geëxperimenteerd met een geïntegreerd preventief, zorg- en welzijnsaanbod in achterstandswijken. Deze projecten vinden plaats binnen convenanten tussen Agis Zorgverzekeringen (in 2011 overgegaan in Achmea) en

stadsregio Amsterdam en de gemeente Amsterdam (*Naar een vitaal en gezond Amsterdam*) en tussen Agis en de gemeente Utrecht (*Utrecht gezond!*). In dit artikel doen we verslag van de eerste fase van het onderzoek, waarin de werkwijze die in beide projecten is ontwikkeld wordt geëxploreerd. Het doel is tweeledig: 1) beschrijven van de werkwijze zoals die zich in beide projecten uitgekristalliseerd heeft; 2) deze beschrijving gebruiken om enerzijds de projecten te ondersteunen en anderzijds interpretatie van de uiteindelijke uitkomsten van effectevaluatie mogelijk te maken. Dit is verwoord in de volgende onderzoeksvraag: 'Welke werkwijze is in de projecten 'Gezonde Wijk Overvecht' en 'Beter Samen in Noord' ontwikkeld om vanuit de publieke gezondheidszorg, zorg- en welzijnssector gezamenlijk te proberen de hoge zorgconsumptie in achterstandswijken in respectievelijk Utrecht en Amsterdam terug te dringen?'

METHODE

Actiebegeleidend onderzoek, programmatheorie en dialoogsessies

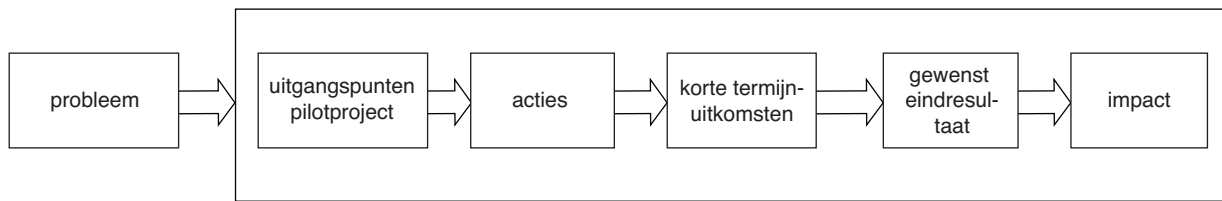
Om het onderzoeksdoel te realiseren is gekozen voor een actiebegeleidende onderzoeksmethodologie.¹⁹ Dit type onderzoek genereert kennis en inzichten die gebruikt worden om zowel het ontwikkelingsproces te voeden, als de projecten te evalueren.²⁰ Omdat de werkwijze in beide wijken nog volop in ontwikkeling is past dit design het best. De onderzoeksresultaten worden vervolgens gebruikt om in de tweede fase van het onderzoek specifieke onderzoeksvragen af te leiden die in een aantal deelstudies worden onderzocht.

De werkwijze wordt voor beide projecten inzichtelijk gemaakt door voor elk project apart de probleemdefinitie te verhelderen en een programmatheorie te ontwikkelen. Een programmatheorie kan worden gedefinieerd als een *set aannames over de manier waarop een programma (het project) zal leiden tot verwachte maatschappelijke voordelen*

Tekstbox 1: Beschrijving van een karakteristieke patiënt geconstrueerd op basis van verschillende interviews met professionals werkzaam in achterstandswijken

Een typische patiënt in een achterstandswijk komt net als patiënten uit welvarender wijken met gewone vragen bij de huisarts. Niets complex, gewoon hoesten of snotteren. Maar in die populatie is veel meer morbiditeit. Je hebt veel meer ziektes. Veel meer mensen met obesitas, met ongezonde leefstijlen, diabetes, roken. Een typische patiënt heeft een veel grotere kans hart en vaatziekten te ontwikkelen, of kanker en bezoekt ook relatief vaak bij klachten de huisartsenpraktijk. Deze patiënten hebben gemiddeld gesproken een lager opleidingsniveau, lagere intelligentie, ongezondere levensstijl en dat maakt dat ze meer ziektes hebben, maar ook dat ze er anders mee omgaan. Dat zegt iets over wat mensen kunnen en dat brengt vaak ook financiële problemen met zich mee. Problemen met wonen, schulden, emotionele problemen, relatieproblematiek, opvoedingsproblematiek, problematiek met de burens, met organisaties, psychiatrische problemen vaak ook, veel arbeidsongeschiktheid, waardoor mensen uiteindelijk niet goed voor zichzelf zorgen. Ja, er zijn te veel problemen die je niet met één professional vanuit één bepaalde hoek kan oplossen.

Bron: Interviews met professionals gehouden in achterstandswijken in Amsterdam en Utrecht tussen 2010 en 2012.



Figuur 1 Logisch model probleemdefinitie en programmatheorie.

en over de strategie en tactieken om de doelstellingen te bereiken.²¹ Programmatheorieën worden in verschillende logische modellen weergegeven.¹⁸ In dit onderzoek is een aanpassing van het W.K. Kellogg Foundation Logic Model gebruikt.²² In figuur 1 zijn de probleemdefinitie en de programmatheorie in een logisch model weergegeven.

Om de probleemdefinitie te verhelderen en de programmatheorieën te ontwikkelen, werden zogenaamde dialoogsessies georganiseerd. Passend bij het tweeledige doel van het onderzoek van zowel evaluatie als ondersteuning van het ontwikkelingsproces, is er voor gekozen deze dialoogsessies te houden met de uitvoerders van de projecten.¹⁸ Van het project in Utrecht Overvecht namen in wisselende samenstellingen de Procesmanager Gezondheidsbevordering, het hoofd Gezondheidsbevordering vanuit de GG&GD, de Projectleider Geïntegreerde eerste lijn en de gebiedsregisseur / accountmanager Zorg vanuit Agis deel. Van het project in Amsterdam Noord namen in wisselende samenstelling de Projectleider Versterking eerstelijns vanuit Agis, de Programmamanager Zorg en Armoedebestrijding vanuit Stadsdeel Amsterdam Noord, de manager programma's WMO vanuit de Dienst Zorg & Samenleven, de projectmanager innovatie, grote steden vanuit Agis Zorgverzekeringen en kwartiermakers aan de dialoogsessies deel. In dit artikel worden voor de leesbaarheid deze projectleiders en –managers allemaal projectcoördinatoren genoemd. Vanuit het onderzoeksteam namen aan de dialoogsessies de hoofdonderzoeker (promovenda) en de dagelijkse projectleider(s), kortweg onderzoekers, deel.

Onderzoeksmethode en dataverzameling

De programmatheorieën hebben in dialoog tussen projectcoördinatoren en onderzoekers vorm gekregen. Basis voor de dialoog vormden empirische data die de onderzoekers verzamelden over de projecten en die vervolgens werden geanalyseerd en gepresenteerd in (concept)programmatheorieën. Data werden verzameld met veldobservaties, kwalitatieve interviews en gesprekken, documentenanalyse, (wetenschappelijke) literatuur, dialoogsessies en klankbordgroepbijeenkomsten en een werkconferentie (zie tabel 1). In de loop van de tijd werden steeds nieuwere versies van de (concept)programmatheorieën voor ieder project apart gemaakt. In juli 2011 werd door onderzoekers en projectcoördinatoren gezamenlijk een finale versie vastgesteld.

Ter ondersteuning van de projectcoördinatoren vonden binnen het actiebegeleidende onderzoek verschillende activiteiten plaats. Zo werd tijdens de dialoogsessies aan de hand van de (concept)programmatheorie gere-

flecteerd op wat er plaatsvond, op wat er werd beoogd en de logische samenhang tussen deze twee. Op deze wijze werd de probleemdefinitie en de werkwijze steeds aangescherpt. In Amsterdam heeft deze reflectie bijvoorbeeld geleid tot het specificeren van twee doelgroepen in de probleemdefinitie. Ook werden in dialoog de verschillende perspectieven van de betrokkenen verhelderd. Omdat de hoofdonderzoeker tijdens de dataverzameling met de verschillende projectcoördinatoren en andere projectmedewerkers sprak (zie verder onder Resultaten), kon eventuele ruis die ontstond wanneer eenzelfde begrip werd gebruikt in verschillende betekenissen – bijvoorbeeld rondom 'wijkgericht' – worden geëxpliciteerd en waar mogelijk weggenomen, door bijvoorbeeld literatuur in te brengen.

RESULTATEN

De figuren 2a en 2b vormen een visuele weergave van de probleemdefinitie en programmatheorie in beide steden, zoals vastgesteld in juli 2011. Conform het logisch model worden de programmatheorieën hieronder beschreven op de volgende aspecten: uitgangspunten, acties en gewenst eindresultaat. Voorafgaand hieraan worden de probleemdefinities weergegeven.

Probleemdefinities

In beide projecten is het uiteindelijke doel tot een reductie te komen van de zorgconsumptie van een nader gespecificeerde groep van bewoners van achterstandswijken met meervoudige problematiek, bestaande uit zowel medische- als sociaal-maatschappelijke problemen.

Probleemdefinitie project Amsterdam Noord

De projectcoördinatoren definieerden de problematiek die in het project centraal staat op basis van lokale demografische, epidemiologische gegevens van zorg- en Wmo-gebruik (zie tabel 2). In aanvulling hierop hielden zij wijkbijeenkomsten met professionals en betrokkenen uit zorg-, welzijns- en ondersteunende instanties. Op basis hiervan hebben de projectcoördinatoren een probleemdefinitie geformuleerd.

De projectcoördinatoren concluderen dat bewoners van de pilotwijken "(...) meer dan gemiddeld met complexe problematiek, niet alleen op het gebied van zorg en welzijn, maar ook op het gebied van inkomen, wonen en onderwijs te maken hebben". Verklaringen voor de hogere zorgconsumptie en het hogere Wmo-gebruik in deze wijk wijten zij deels aan de complexiteit van de problematiek, wat leidt tot meer verwijzingen naar de tweedelijnszorg, en deels aan beperktere financiële middelen van bewo-

Tabel 1 Dataverzameling.

Dataverzamelingsmethoden	Periode	Aantal	Participanten	Doel	Analyse
Veldobservaties: bijeenkomsten netwerken	januari 2010 – december 2011	31	Hoofdonderzoeker (als onafhankelijk observator) Projectcoördinatoren Leden van het Platform GWO bestaande uit professionals werkzaam voor 4 zorg- en welzijnsorganisaties Leden van de Regiegroep GWO bestaande uit bestuurders van 4 zorg- en welzijnsorganisaties Leden van de KMA bestaande uit bestuurders van 10 zorg- en welzijnsorganisaties	Met 'open' observatie is gebruik gemaakt van beschrijving van Lasker ⁴⁰ van onderdelen van netwerkrelatie, die als categorieën hebben gediend in observaties. Ook is gelet op 'behavioural features of process'. ³⁹ Doel van deze dataverzameling is invulling geven aan de programmatheorie en informatie verzamelen om in dialoog op te kunnen reflecteren.	De onderzoeker maakte aantekeningen. Handmatige kwalitatieve content analyse. (Geanalyseerd op netwerkvorming in beide projecten, de in de projecten gehanteerde begrippen, en de in de projecten uitgezette acties, die in deze bijeenkomsten werden uitgewerkt.) 'Inter-rater reliability': de projectleiders zijn ook aanwezig, maar niet in een rol als observeerder. Wel wordt na afloop van de observaties tussen onderzoeker en projectleiders besproken (soms per e-mail) wat zich heeft voorgedaan tijdens de observaties ('give the same value'). Daar waar een verschil in observatie bestond is dit besproken en bijgesteld en bij een volgende observatie opnieuw onderzocht. De onderzoeker maakte aantekeningen. Handmatige kwalitatieve content analyse.
Veldobservaties: wijkbijeenkomsten en symposia	februari 2010 – december 2011	9	Hoofdonderzoeker Projectcoördinatoren Professionals werkzaam in de wijken waarin de projecten plaatsvinden	Doel observaties is meer te weten komen over acties voor het gedetailleerder kunnen opstellen van elke PT in beide projecten. Ook is er op basis van wat er geobserveerd is weer dialoog geweest met projectleiders, soms in de vorm van 'feedback'. Interviews met professionals: meer zicht krijgen op de probleemdefinitie.	Semi-gestructureerde kwalitatieve interviews gehouden met professionals.
Interviews en gesprekken	oktober 2009 – juni 2011	22	Hoofdonderzoeker Onderzoekscoördinator Stagiaire (student) Professionals Projectcoördinatoren	Gesprekken met sleutelfiguren (afkomstig van Agis, gemeente Amsterdam, FIT studie) en projectcoördinatoren om invulling te geven aan de PT en in dialoog op te kunnen reflecteren.	De interviews en gesprekken zijn verbatim uitgewerkt. Handmatige kwalitatieve content analyse.
Dialogsessies en klankbordgroepbijeenkomsten	januari 2010 – juni 2011	48	Sleutelfiguren Onderzoekers Projectcoördinatoren Klankbordgroepleden (van Agis, GG&GD Utrecht, GGD A'dam, SDAN, Dienst Z&S gemeente A'dam)	Doel van de dialogsessies: reflecteren op en aanscherpen van probleemdefinitie en PT. Doel van de klankbordgroep bijeenkomsten: reflectie op het onderzoek. Leidde soms tot verdere aanscherping probleemdefinitie en PT.	Dialogsessies: opgenomen en verbatim uitgewerkt. Klankbordgroepbijeenkomsten: aantekeningen en notulen. Handmatige kwalitatieve content analyse om nieuwe concept versie programmatheorieën mee op te kunnen stellen.
Werkconferentie	30 november 2010	1	Onderzoekers Projectcoördinatoren Platform en Regiegroep GWO, KMA en professionals	- indicatoren opstellen - kennismaking beide projecten - uitleg rol(len) onderzoek - aanscherping probleemdefinitie en programmatheorieën	De opgestelde lijst indicatoren is besproken in dialogsessies en klankbordgroepbijeenkomst

ners en hun lage zelfredzaamheid / geringe vermogen om zelf regie te houden. Bovendien draagt de gebrekkige communicatie tussen professionals uit verschillende domeinen volgens de projectcoördinatoren bij aan een "mismatch van complexe vraag en slecht georganiseerd aanbod".

Samenvattend is de probleemdefinitie van het project in Amsterdam Noord verwoord als: *Er is een groep volwassen cliënten met meervoudige vragen op het gebied van welzijn en zorg. Deze groep is niet goed in staat zelf regie te voeren over het eigen leven of de eigen gezondheid. Er is*

onvoldoende structuur voor samenwerking tussen professionals. Zij kunnen elkaar niet goed vinden of bereiken bij gemeenschappelijke cliënten. Het is niet helder welke professional de 'lead' heeft bij cliënten waarbij meerdere professionals betrokken zijn. Professionals beperken zich tot handelingen binnen het eigen domein en missen de vaardigheden en/of informatie om grensoverschrijdend te kunnen werken.

Om een aantal redenen is vervolgens het project toegespitst op twee specifieke doelgroepen, namelijk kwetsbare ouderen (75+) en alleenstaande mannen (50+) met

Tabel 2 *Overzicht lokale demografische, epidemiologische gegevens van zorg- en Wmo-gebruik Amsterdam Noord, die door de pilotcoördinatoren zijn gebruikt bij het opstellen van de probleemdefinitie.*

Aspect	Cijfers
Wmo-gebruik	Wijkbewoners hebben het hoogste Wmo-gebruik ten opzichte van het gemiddelde gebruik in Amsterdam: 19,5% van het totaal aantal klanten dat gebruik maakt van de individuele vervoersvoorzieningen 19,4% van het totaal aantal klanten dat gebruik maakt van de woonvoorzieningen (op basis van aantal inwoners zou dit 11,8% zijn, op basis van aantal 65+ers 16,4)
Zorgkosten	In Amsterdam Noord zijn de zorgkosten significant hoger dan het landelijk Agis-gemiddelde. In Amsterdam Noord ligt het netto rendement (inkomsten minus uitgaven) van Agis 50% onder het landelijke gemiddelde.
Gebruik 2e-lijnszorg	In vergelijking met de bewoners in achterstandswijk Zuidoost, maken bewoners uit Amsterdam Noord vaker gebruik van 2e-lijnszorg.
Ouderen	Percentage 65+ers t.o.v. 11% gemiddeld in Amsterdam: <ul style="list-style-type: none"> • Volewijk 13% • Nieuwendam-Noord 13% • Banne Buiksloot 15% NB relatief veel autochtone 65+ers met een lage SES; Projectcoördinatoren kozen de drie wijken Banne-Buiksloot, Nieuwendam-Noord, en Volewijk omdat daar de concentratie van problematiek het hoogst was.
Werkloosheid	Percentage werkloosheid t.o.v. 7,4% gemiddeld in Amsterdam: <ul style="list-style-type: none"> • Volewijk 10,9% • Nieuwendam-Noord 11,4% • Banne Buiksloot 10,2%

Bron: Plan van aanpak Samen Beter.²³

een bijstandsuitkering. Deze keuze werd gemotiveerd op basis van de omvang van de ziekte- en zorglast in deze groepen. Bovendien was het ook praktisch omdat er voornemens bestonden voor deze groepen gezondheidsbeleid te ontwikkelen en omdat ze qua grootte te overzien zijn. Voor de doelgroep ouderen kon tevens gebruik worden gemaakt van de opgedane ervaring en expertise van het FIT-project (noot a). De verwachting is dat de voor deze groepen ontwikkelde werkwijze uiteindelijk ook op andere doelgroepen toegepast kan worden.

Probleemdefinitie project Utrecht Overvecht

Net als in Amsterdam zijn de projectcoördinatoren in Utrecht Overvecht voor het definiëren van de aan te pakken problematiek in gesprek gegaan met professionals om tot een specificatie van het probleem te komen. Maar anders dan in Amsterdam hebben de projectcoördinatoren in Utrecht uiteindelijk samen met professionals de probleemdefinitie geformuleerd.

Op basis van deze gesprekken tussen projectcoördinatoren en professionals concludeerden zij samen dat be-

woners in Overvecht gemiddeld veel lichamelijke klachten hebben waarvan de oorzaak veelal psychosociaal is en betrekking heeft op meerdere levensterreinen tegelijk (tabel 3). Zo zijn de gezondheidsproblemen vaak gerelateerd aan schuldenproblematiek, werkloosheid of opvoedproblematiek. Ook hier is sprake, zo concludeerden professionals, van ongewenste zorgpatronen die deels een verklaring hebben in het gedrag van bewoners. Professionals ervaren dat bewoners zich bij hen met 'vage klachten' presenteren en vaak niet duidelijk kunnen maken wat de oorzaken daarvan zijn. Vaak zoeken zij de oorzaken en oplossingen hiervoor bovendien buiten zichzelf. Bewoners nemen in de ogen van professionals onvoldoende verantwoordelijkheid voor hun eigen gezondheid en beseffen niet dat zij zelf de 'producent' zijn van hun gezondheid. In reactie daarop zijn professionals, zo constateren zij zelf, geneigd de problemen voor bewoners op te lossen in plaats van bewoners te ondersteunen hun eigen problemen op te lossen.

Voor aanvullend onderzoek naar de problematiek gaven projectcoördinatoren en professionals op-

Tabel 3 *Overzicht lokale demografische, epidemiologische gegevens van zorggebruik Utrecht Overvecht, die door de pilotcoördinatoren zijn gebruikt bij het opstellen van de probleemdefinitie.*

Aspect	Cijfers
Zorgkosten	Overvecht heeft, na correctie voor de factoren leeftijd, geslacht en chronisch ziekten, t.o.v. het Agis gemiddelde een hoog kostenpatroon. Vooral de kosten in de eerste lijn zijn extreem hoog in vergelijking met andere wijken met vergelijkbare bevolkingsamenstelling. De 10 tot 20% meerkosten komen vooral door hoge farmaciekosten (voorschrijven en gebruik van medicatie). Het betreft vooral antidepressiva, maagmiddelen, cholesterolverlagers en antibiotica. Het aantal fysiotherapiebehandelingen is in Overvecht 26% lager dan het Agis gemiddelde, het aantal polikliniekbezoeken daarentegen ligt op het Agis gemiddelde.
Werkloosheid	De werkloosheid is twee keer zo hoog als gemiddeld in Utrecht.
Lichamelijke en psychosociale gezondheid	Bewoners ervaren hun gezondheid als meest negatief in Utrecht. Ruim 50% heeft last van een aandoening van chronische aard: met name aandoeningen aan het bewegingsapparaat, en hoge bloeddruk, diabetes en migraine komen veel voor. 50% van de bewoners loopt risico op depressie of een angststoornis en bij 1 op de 10 is dit zelfs een ernstig risico.
Leefstijl	50% van de bewoners heeft overgewicht en bij 1 op de 5 is er sprake van obesitas. 50% (minder dan gemiddeld in Utrecht) van de bewoners haalt de beweegnorm. 1 op de 3 rookt
Sociale contacten	Veel wijkbewoners gebruiken medicijnen, terwijl dit medisch gezien niet de beste oplossing is. Ongeveer 1 op de 3 wijkbewoners heeft weinig sociale contacten. 1 op de 5 heeft niemand om problemen mee te bespreken. Inwoners van Overvecht voelen zich vaker eenzaam dan Utrechters uit andere wijken.

Bron: Plan van aanpak Gezonde Wijk Overvecht.²⁴

dracht voor een project met de titel 'Eén Taal'. Ook in dit project zijn gesprekken met professionals gehouden. Hieruit bleek dat professionals vinden dat ze te weinig tijd hebben voor een goede vraagverheldering en bovendien niet altijd beschikken over de juiste expertise hiervoor. Ook gaven ze aan elkaar niet (goed) te kennen en daardoor, evenals door een gebrek aan gezamenlijke visie, zorg onderling niet goed af te stemmen. Daarnaast ervaren professionals het werken met deze cliënten als zwaar.

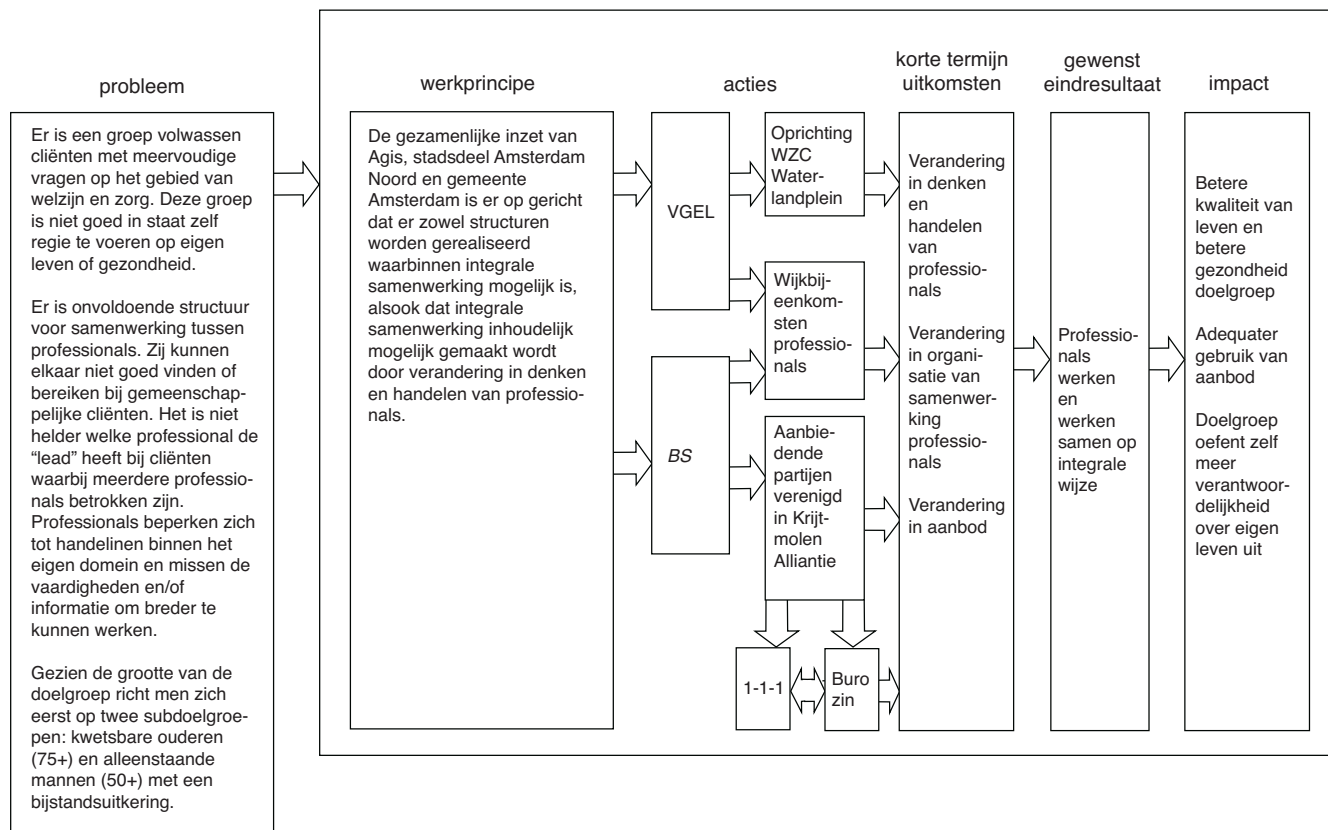
Samenvattend is de probleemdefinitie van het project in Utrecht Overvecht: *Er is een groep volwassen cliënten met een stapeling van problemen en risico's op meerdere leefgebieden (in allerlei combinaties). Deze doelgroep is niet goed in staat zelf regie te voeren over het eigen leven of de eigen gezondheid. De doelgroep presenteert zich met klachten die door professionals als 'vaag' worden ervaren. Professionals ervaren te weinig tijd voor vraagverheldering, beschikken niet altijd over de juiste expertise hiervoor, kennen elkaar niet (goed) en kunnen daardoor de zorg niet afstemmen. Een gedeelde visie ontbreekt. Professionals zijn geneigd de problemen voor cliënten op te lossen in plaats van te ondersteunen zodat cliënten zelf problemen kunnen oplossen. Werken met deze doelgroep wordt als zwaar ervaren, waardoor overbelasting van de professional dreigt.*

Werkprincipes en acties

In Amsterdam Noord en Utrecht Overvecht werden verschillende oplossingsstrategieën gekozen voor de hiervoor gedefinieerde problematiek. De strategieën verschillen zowel qua werkprincipes als acties (zie figuur 2a en b).

Werkprincipe Amsterdam Noord

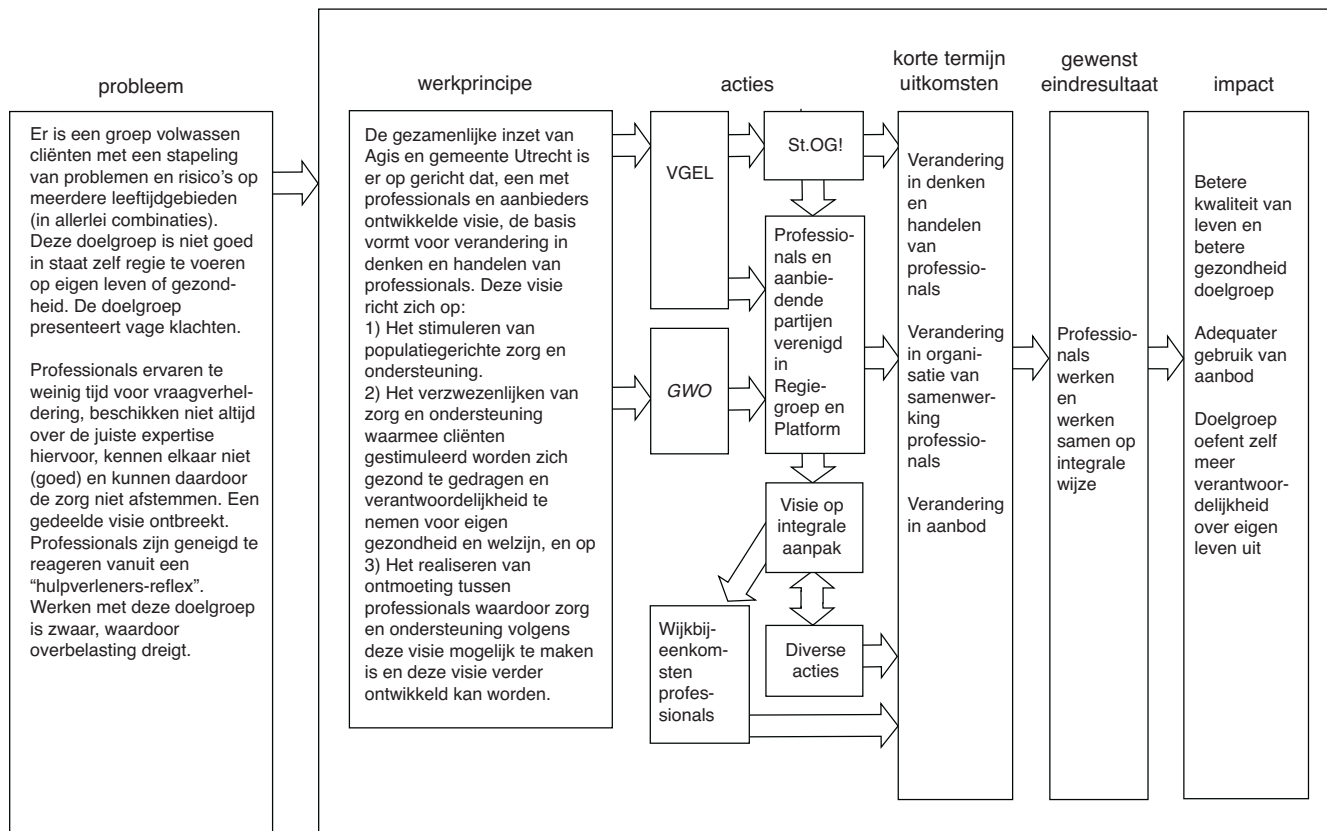
De projectcoördinatoren in Amsterdam stelden dat, om de hoge zorgconsumptie van cliënten in achterstandswijken te verminderen, professionals anders en in samenwerking moeten gaan werken. De cliënt moet centraal staan en de zorg moet daar omheen worden georganiseerd in plaats van andersom. Uitgangspunt moet bovendien zijn dat de cliënt zelf zijn eigen problemen aanpakt. Hiervoor is nodig dat professionals generalistisch, coachend en populatiegericht werken (zie tekstbox 2). Dit is de 'integrale aanpak' gaan heten (zie figuur 2a). Voordat professionals anders kunnen gaan werken zijn er structuren nodig die samenwerking mogelijk maken. Omdat dergelijke structuren in Amsterdam Noord weinig tot niet aanwezig zijn, is het creëren hiervan deel van het project.



Toelichting

Het pilotproject in Amsterdam vindt plaats onder de naam "Beter Samen" (BS). Gelijktijdig met de start van de pilot is vanuit de Zorgverzekeraar ingezet op het ontwikkelen van een structuur die de samenwerking tussen professionals uit verschillende disciplines faciliteert. Deze activiteiten vonden plaats onder de noemer Versterking Geïntegreerde Eerste Lijn (VGEL). VGEL heeft in Amsterdam onder andere geleid tot het oprichten van een multidisciplinair Wijk Zorg Centrum (WZC).

Figuur 2a Probleemdefinitie en programmatheorie project Amsterdam Noord in logisch model.



Toelichting

Het pilotproject in Utrecht vindt plaats onder de naam "Gezonde Wijk Overvecht" (GWO). Gelijktijdig met de start van het pilotproject is vanuit de Zorgverzekeraar in beide pilotprojecten ingezet op het ontwikkelen van een structuur die de samenwerking tussen professionals uit verschillende disciplines faciliteert. Deze activiteiten vonden plaats onder de noemer "Versterking Geïntegreerde Eerste Lijn (VGEL)". VGEL heeft in Utrecht Overvecht samen met de gemeente bijgedragen aan het tot stand komen van de Stichting Overvecht Gezond! (St.OG!), waarin multidisciplinaire centra uit Overvecht verenigd zijn.

Figuur 2b Probleemdefinitie en programmatheorie project Utrecht Overvecht in logisch model.

Tekstbox 2 Definities van de centrale begrippen

Generalistisch werken betreft persoonsgericht denken en handelen (holistisch), het leveren van een breed scala aan diensten (mix van preventie, curatie en zorg; zowel op individueel als collectief niveau) en een inhoudelijke coördinatie van de dienstverlening.²⁵

Populatiegericht werken vereist enerzijds dat zorg en ondersteuning wordt uitgevoerd op basis van informatie over het patroon van gezondheid en zorg op het niveau van groepen wijkbewoners met bepaalde kenmerken (zoals medische zorg, publieke gezondheid, socio-economische status, fysieke omgeving, individueel gedrag en genetische opmaak). Anderzijds vereist het dat de cliënt in zijn context wordt geplaatst.²⁶⁻²⁸

Coachend werken impliceert het ondersteunen van de cliënt bij therapietrouw en bij gedragsverandering, waarbij de focus primair ligt op gezondheid en gedrag en minder op ziekte en zorg.^{16,29,30}

vulling van de lijnen is in handen van bestuurders van zorg- en welzijnsorganisaties gelegd, waarvoor een netwerkorganisatie is opgericht. In het netwerk participeren de bestuurders van tien organisaties: het lokale ziekenhuis, ggz-, zorg- en welzijnsorganisaties, een stichting van gezondheidscentra, en twee vrijgevestigde huisartsen. De netwerkorganisatie kreeg de naam Krijtmolen Alliantie (KMA) en is formeel door de leden bekrachtigd met behulp van een samenwerkingsovereenkomst, getekend in november 2010. Er waren kwartiermakers om de KMA te ondersteunen met programmamanagement aangestuurd door de projectcoördinatoren als ambtelijk opdrachtgevers. Anders dan in Utrecht was er in Amsterdam minder direct contact tussen de projectcoördinatoren en professionals / bestuurders van zorg- en welzijnsorganisaties.

De eerste 'grote lijn' is het zogeheten '1 klant - 1 plan - 1 cliëntregisseur' werkprotocol (in figuur 2a aangeduid als 1-1-1). Dit is verder ontwikkeld binnen de KMA en beoogt professionals *generalistisch* en *coachend* te laten werken. Dit werkprotocol ondersteunt professionals bij het in kaart brengen van de problematiek van cliënten met meervoudige vragen. Het werkprotocol is *generalistisch*, omdat het de professionals vraagt zowel medische als sociaal-maatschappelijke problematiek in ogen-schouw te nemen. Daarnaast vraagt het de professional

Acties Amsterdam Noord

De projectcoördinatoren hebben twee grote lijnen van acties benoemd die hieronder worden toegelicht. De in-

coachend te werken: in overeenstemming met de cliënt wordt een behandelplan gemaakt; de professional is verantwoordelijk voor de uitvoering van het behandelplan. In het implementatieplan van 7 april 2011 staat: “*Niet meer van het kastje naar de muur, maar een samenhangende aanpak, 1 leefplan, (1-1-1) met warme overdracht (continuüm van aanpak) en 1 cliëntregisseur, 1 contactpersoon, hulpverlener die de bewoner van stadsdeel Noord helpt de regie over zijn, haar eigen leven te pakken. (...)*” Binnen ‘cliënttrajecten’ is met deze werkwijze geëxperimenteerd. Ook zijn plannen ontwikkeld voor een aanvullende training van professionals.

De tweede ‘grote lijn’ is een vernieuwde werkstructuur voor zorg- en welzijnsorganisaties om werken volgens het werkprotocol mogelijk te maken. Binnen de KMA is dit uitgewerkt onder de naam Buro Zorg integratie Noord (in figuur 2a aangeduid als Buro Zin), coördinatie van het werkprotocol vanuit één centraal punt. Hierin staan ook een actieve doelgroepenadering en het stellen van doelen op basis van wijkgegevens centraal. Dit kan geduid worden als *populatiegericht*.

Gelijktijdig met de oprichting van de KMA hebben de projectcoördinatoren, adviseurs van de Regionale Ondersteuningstructuren, actieve professionals en de kwartiermaker gezamenlijk diverse wijkbijeenkomsten georganiseerd waarin professionals met elkaar en elkaars aanbod kennismaakten.

Werkprincipe Utrecht Overvecht

Net als in Amsterdam Noord beoogt het project in Utrecht via een verandering in het denken en handelen van professionals de hoge zorgconsumptie terug te dringen. Meer specifiek gaat het in deze visie om het stimuleren van populatiegerichte zorg, alsook om ondersteuning van cliënten bij het ontwikkelen van gezond gedrag en het nemen van verantwoordelijkheid voor eigen gezondheid en welzijn. Zoals bij de definiëring van de probleemstelling is ook deze visie in gezamenlijkheid door projectcoördinatoren en professionals ontwikkeld. Door ontmoetingen tussen professionals te organiseren zou zorg en ondersteuning volgens deze visie mogelijk gemaakt moeten worden en kan deze visie verder ontwikkeld worden (zie figuur 2b).

Acties Utrecht Overvecht

De projectleider en de procesmanager hebben een faciliterende rol en onderhouden hiervoor nauw contact met de professionals en bestuurders van zorg- en welzijnsorganisaties in de wijk. De samenwerking tussen projectcoördinatoren en professionals vindt ook in Overvecht in een netwerkorganisatie plaats. In het netwerk, het Platform, participeren professionals die werkzaam zijn voor vier verschillende organisaties in Utrecht Overvecht: de welzijnsorganisatie, de ggz-organisatie, de grootste thuiszorgorganisatie, en de eerstelijnsorganisatie (verenigde multidisciplinaire centra). De projectcoördinatoren vanuit de gemeente (GG&GD) en de zorgverzekeraar participeren ook actief in de netwerkorganisatie. Voor een goede verankering van de acties op beleids- en managementniveau is een Regiegroep opgericht. Hierin

participeren de bestuurders van de vier organisaties het hoofd Gezondheidsbevordering en de gebiedsregisseur als eindverantwoordelijken voor het project.

Projectcoördinatoren en professionals hebben samen binnen het Platform concrete initiatieven bedacht. De potentieel meest succesvolle initiatieven zijn vervolgens uitgewerkt tot acties. De projectcoördinatoren speelden hierin een faciliterende rol. Vanuit de visie zijn acties ingezet op aanbod gericht op cliënten met wat lichtere ‘vage klachten’, zoals moeheid, stress, of licht sombere gevoelens. De aanpak in deze acties ligt dichtbij de klachten, bijvoorbeeld het opsporen van vitamine D tekort, ontspannend aanbod bieden of lotgenotencontact, zonder daarbij het uiteindelijk doel uit het oog te verliezen, in termen van: ‘Hoe krijg je voor elkaar dat een cliënt regie neemt over het eigen leven en de eigen gezondheid?’ en ‘Hoe krijg je een cliënt zover dat deze van het aanbod gebruik gaat maken?’. In het geval van cliënten met zwaardere problematiek is vooral ingezet op het organiseren van een goede samenwerking van zorgverleners. Er is bijvoorbeeld een intervisie methodiek ontwikkeld voor professionals die vastlopen met cliënten met complexe problematiek. Aan de hand van deze acties denkt men onder andere na hoe vraaggericht en niet aanbodgericht te werken, en hoe je aanbod organiseert opdat het beschikbaar is op momenten dat er vraag naar is. Samenlevat kan deze wijze van zorgverlening en ondersteuning geduid worden als *coachend, generalistisch en populatiegericht* werken. Er zijn wijkbijeenkomsten georganiseerd voor professionals waar zij elkaar kunnen ontmoeten, kennis kunnen delen en een gezamenlijke visie kunnen ontwikkelen. Er zijn bovendien plannen voor een scholingstraject.

Gewenst eindresultaat en impact

Hoewel beide projecten met verschillende probleemdefinities, werkprincipes en acties werken, is het gewenste eindresultaat van beide projecten een veranderde manier van denken en handelen van professionals in het ondersteunen van de cliënt en helpen oplossen van diens problematiek. Samenvattend is de gedachte dat de hoge consumptie in achterstandswijken mede komt door inadequate handelen van professionals, omdat zij zich alleen richten op de problemen die binnen het eigen domein vallen. Met de nieuwe manier van denken en handelen wordt de cliënt/burger met al zijn maatschappelijke, sociale en gezondheidsproblematiek in zijn geheel beschouwd, gediagnosticeerd, en daarmee adequater behandeld en geholpen. Om dit in de wijken te realiseren moeten professionals beschikken over competenties (kennis, attitude en vaardigheden) binnen de domeinen van generalistisch, populatiegericht en coachend werken (zie tekstbox 2). Op de lange termijn verwacht men dat een veranderde manier van denken en handelen door professionals als impact zal hebben dat er adequater gebruik van zorgaanbod is, dat cliënten zelf meer verantwoordelijkheid op het eigen leven uitoefenen en dat bewoners een betere gezondheid en betere kwaliteit van leven hebben (zie figuren 2a en 2b).

DISCUSSIE

Dit artikel exploreert de werkwijze van twee projecten in Utrecht en Amsterdam die de hoge zorgconsumptie in achterstandswijken beogen terug te dringen. De probleemdefinitie in beide wijken verschilt, evenals de daaraan gekoppelde werkwijze. Het project in Amsterdam Noord richt zich op volwassen cliënten met meervoudige vragen op het gebied van welzijn en zorg die onvoldoende in staat zijn zelf regie te voeren over deze problemen. De ervaring is dat het lokale zorg- en welzijnssysteem geen adequate ondersteuning biedt voor deze groep. Beoogde verbeteringen in dit systeem behelzen een aanpak die bestaat uit het ontwikkelen van een werkprotocol (1-1-1) en een netwerkorganisatie, coördinatie voor werkprotocol en aanvullende training. Het project in Utrecht Overvecht focust op volwassen cliënten met een stapeling van problemen en risico's op meerdere leefgebieden (in allerlei combinaties), die zich in het zorg- en welzijnssysteem met klachten presenteren die door professionals als vaag worden ervaren. Samen met professionals en aanbieders is een gedeelde visie ontwikkeld waarin het bevorderen van gezondheid van cliënten centraal staat, primair doordat professionals cliënten ondersteunen om zelf een actieve bijdrage te leveren aan hun gezondheid in gedrag en leefstijl. Beoogde verbeteringen behelzen daarnaast acties, een netwerkorganisatie, wijkbijeenkomsten en een scholingstraject.

Het doel van dit artikel was een beschrijving te geven van de werkwijze zoals die zich in de dagelijkse praktijk in twee settings uitgekristalliseerd heeft. Deze beschrijving – inzichtelijk gemaakt met twee programmatheorieën – is enerzijds gedurende de projectperiode gebruikt om de ontwikkeling van de projecten te ondersteunen. Anderzijds zullen de ontwikkelde programmatheorieën in de toekomst gebruikt worden om verdere onderzoeksvragen op te stellen en te komen tot een correcte interpretatie van de resultaten van de projecten. Deze onderzoeksmethode overziend moeten we constateren dat er een zekere spanning zit tussen het ondersteunen van de ontwikkeling en het evalueren van de projecten. Zo zijn de programmatheorieën op dit moment niet erg sterk uitgewerkt wat betreft de 'korte termijn uitkomsten', 'gewenst eindresultaat' en 'impact'. Vanuit het evaluatieonderzoek bezien zou een verdere uitwerking gewenst zijn, maar vanuit het uitvoeringsperspectief was een verder gaande concretisering op dit moment niet mogelijk. Zo bleek gedurende het proces dat de eerder geformuleerde probleemdefinities in de ogen van de onderzoekers nog niet helder genoeg waren. Een verdergaande verheldering van de probleemdefinitie leverde echter soms wat wrijving op met de projectcoördinatoren, omdat die dit als een 'gepasseerd station' percipieerden in een project dat zich als een 'voortrazende trein' ontwikkelde. Bovendien is de keuze voor de onderdelen in de programmatheorie – werkprincipes/acties/korte termijn uitkomsten/gewenst eindresultaat/impact – primair ingegeven door de wijze waarop de projecten zich ontwikkeld hebben. Vanuit onderzoeksdoeleinden bezien, was mogelijk een andere invulling gewenst, bijvoorbeeld een die direct aansluit bij

concepten die in de internationale literatuur gebruikt worden.¹⁸ Zo ligt er in veel modellen in de internationale literatuur veel nadruk op de 'input' of 'beschikbare middelen' in een project en veel minder, zoals in de hier beschreven theorieën, op werkprincipes.

Doorgaans is de methode van actiebegeleidend onderzoek echter vruchtbaar geweest in de ontwikkeling van de projecten. Zo boden de dialoogsessies de projectcoördinatoren de gelegenheid te reflecteren op die ontwikkelingen en op de samenhang met het beoogde eindresultaat. In de drukte van alledag hebben de projectcoördinatoren dit reflecteren als ondersteunend ervaren. Ook ondersteunend was het dat de onderzoekers de perspectieven van verschillende betrokken partijen konden verhelderen, die soms dezelfde termen op een verschillende manier gebruikten. Op basis van literatuur konden de onderzoekers conceptverhelderende inzichten bieden, met name omtrent het beoogde eindresultaat; het integraal denken en handelen van professionals. Daarbij ervoeren de bij het project betrokken organisaties het als prettig dat de onderzoekers een als het ware 'onafhankelijke' partij waren. Ten slotte is het onderzoek – in overleg tussen onderzoekers en projectleiders – ingezet om de organisaties te sturen (bijvoorbeeld als 'stok achter de deur'; door het uitzetten van een vragenlijst).

De belangrijkste meerwaarde van de uitkomst van het actiebegeleidend onderzoek vanuit het perspectief van de onderzoekers, is dat aan de hand van de programmatheorieën onderzoeksvragen kunnen worden opgesteld die nauw aansluiten op de ontwikkeling in de projecten (bijvoorbeeld hoe professionals integraal denken en handelen ervaren) en onderzoeksvragen die betrekking hebben op de uitkomsten van de projecten (bijvoorbeeld zorggebruik).

Binnen beide projecten ligt de nadruk op preventie en een generalistische aanpak van problemen, welke past in een maatschappijbrede trend die gevoed wordt door de huidige economische, ecologische en sociale crises.³¹ In die trend wordt steeds meer belang gehecht aan het nemen van verantwoordelijkheid voor het voorkómen van problemen in plaats van ze achteraf op te lossen. Een dergelijke ontwikkeling is zichtbaar in sectoren als milieu en sociale zekerheid, en is ook van toepassing op de gezondheidszorg.^{32,33} Het is ook in lijn met het ZZ GG principe zoals bepleit door de RVZ.¹⁴ Tegelijkertijd is nog weinig bekend hoe deze verandering op het gebied van zorg en welzijn effectief vorm te geven is. Op basis van de gepresenteerde programmatheorieën is een aantal algemene lessen te formuleren die in dit kader relevant zijn.

Ten eerste laten de projecten zien dat het belangrijk is tot een goede definiëring te komen van het aan te pakken probleem. De algemeen gedefinieerde problematiek van een hoge zorgconsumptie is in beide wijken vertaald in een meer precieze probleemdefinitie. Enerzijds door de doelgroepen nader af te bakenen op basis van analyses van wijkgegevens en reflecties van professionals hierop. Anderzijds door de aard van de problematiek nauwkeurig te benoemen, met name in reflecties van professionals. Deze precisering en afbakening is essentieel gebleken in

het vormgeven van beide projecten. Deze analyse maakt het mogelijk om gericht naar oplossingen te zoeken. Dit vergroot de kans dat uiteindelijk ook de beoogde effecten worden gerealiseerd. De doel-middel logica die werd afgedwongen door de programmatheorie is hierbij ondersteunend geweest. Net als overigens de beschikbaarheid van gegevens over het vóórkomen van gezondheidsproblemen in de bevolking op wijkniveau.

Ten tweede ligt in beide projecten de nadruk op een andere manier van denken en handelen van professionals. Vertrekpunt is de gedachte dat de professional de cliënt/burger met al zijn maatschappelijke, sociale en gezondheidsproblematiek in zijn geheel beschouwt, diagnoseert en behandelt. Om een dergelijke verandering mogelijk te maken heeft men in het verleden vaak gepleit voor een aanpassing van de structuur van het zorgsysteem, die samengevat kan worden onder de term 'geïntegreerde aanpak'. Kenmerkend voor een *geïntegreerde aanpak* is dat processen, structuren en systemen zo worden ingericht dat cliënten gecoördineerde en onderling afgestemde professionele diensten ontvangen.³⁴ In beide projecten is additioneel aan de geïntegreerde aanpak gekozen voor de strategie van het veranderen van het denken en handelen van professionals. Professionals worden uitgedaagd zelf meer generalistisch, coachend en populatiegericht te werken, ondersteund door, met name in Utrecht Overvecht, acties en plannen voor scholing. Aandacht voor persoonlijke/professionele competenties staat niet op zichzelf, maar wordt ook in toenemende mate in de wetenschappelijke literatuur bepleit.³⁵⁻³⁸

Ten slotte onderstrepen de resultaten het belang van contextuele verschillen voor de werkwijze in beide projecten. Zo zijn er in Amsterdam Noord veel solistische huisartsenpraktijken, terwijl in Utrecht Overvecht er multidisciplinaire centra bestaan verenigd in een stichting. Met een groter aantal welzijns- en zorgaanbieders is het lokale zorgsysteem in Amsterdam Noord complexer. Daarnaast is in Amsterdam de bestuurscontext anders, onder meer door het bestaan van stadsdelen. Bovendien hebben de centraal aangestuurde gemeentelijke diensten Zorg, Wonen en Samenleven (DWZS), Werk en Inkomen (DWI) en de GGD Amsterdam een andere rol dan in Utrecht. Consequentie lijkt dat in Amsterdam Noord de benadering van de ontwikkeling van het project (althans in de beginjaren) overwegend *top down* is; het project wordt met name gedragen op bestuurlijk niveau waar gemeente, gemeentelijke diensten, zorgverzekeraar en zorgaanbieders elkaar vinden. In Utrecht Overvecht is de benadering meer *bottom up*; het project ontwikkelt zich met name op uitvoeringsniveau in de wijk, terwijl op bestuurlijk en managementniveau hiervoor randvoorwaarden worden gecreëerd. Uit de wetenschappelijke literatuur is bekend dat zowel intrinsieke context (zoals bestuurlijke dynamiek) als extrinsieke context (zoals complexiteit zorgsysteem) van invloed zijn op samenwerkingsverbanden en uitkomsten.³⁸ Dit onderstreept dat het belangrijk is de lokale context in beschouwing te nemen om een optimale aanpak te ontwikkelen.

CONCLUSIE

Samenvattend wordt in twee projecten een vernieuwende aanpak beoogd om de relatief hoge zorgconsumptie van cliënten in achterstandswijken terug te dringen. De programmatheorieën waarvan we in dit artikel verslag hebben gedaan, vormen de basis voor de verdere evaluatie van de effecten van beide projecten. Door de toekomstige uitkomsten te relateren aan de tussenliggende stappen in de programmatheorieën beogen we op termijn de eventuele effecten van de projecten te kunnen duiden en daarmee tot uitspraken te komen die generaliseerbaar zijn naar andere situaties. We hopen bovendien dat deze beschrijving van de programmatheorieën anderen zal stimuleren en ondersteunen bij de ontwikkeling van initiatieven om hoge zorgconsumptie in achterstandswijken aan te pakken.

NOOT

a **FIT** staat voor Functiebehoud bij ouderen in de eerste lijn In Transitie en is een onderzoeksproject vanuit het Academisch Medisch Centrum dat gesubsidieerd wordt door ZonMw. Zie www.effectieveouderenzorg.nl

ABSTRACT

What method is followed by health and social care organizations in Utrecht and Amsterdam to reduce the high utilization of care? Results found through action research
Residents of deprived neighbourhoods are more likely to suffer from chronic diseases, overweight, unhealthy lifestyles, and experience more problems with work, housing, income and child rearing. Even when corrected for this higher burden of problems, the utilisation of care is higher than in non-deprived neighbourhoods. Increasingly promoted solutions focus on the integrating of fragmented care services, on prevention and self-management as strategy to drive back elevated utilisation of care. In two projects in Utrecht and Amsterdam, The Netherlands, experiments are undertaken to integrate preventive care- and social care in order to decrease high utilisation of care. In this article we report on the first phase in this research, in which the strategies of these projects are described and explored by clarifying the definition of the problem and the program theory. The project in Amsterdam North focuses on adults with multiple problems and is primarily top down in nature. The project in Utrecht Overvecht focuses on adults with vague health complaints and develops primarily bottom up. In both projects the aim is for professionals to develop new competencies that will enable them to work in a generalist, population health oriented, and coaching manner, which makes more adequate care and support to clients from deprived neighbourhoods possible. We hope this description of the program theories will stimulate others in the development of initiatives to drive back high utilisation of care in deprived neighbourhoods.

Keywords: deprived neighbourhoods, integrated care, generalist, coaching, population health oriented, action research

LITERATUUR

1. *Hoeymans N, Melse JM, Schoemaker CG.* Gezondheid en determinanten. Deelrapport van de VTV 2010 Van gezond naar beter. Bilthoven: RIVM. 2010.
2. *Barnett K, Mercer SW, Norbury M et al.* Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet* 2012; 380: 37-43.
3. *Mackenbach JP, Stribu I, Roskam A-JR, Schaap M, Menvielle G, Leinsalu M, Kunst A.* Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries. *New Engl J Med* 2008;358:2468-81.
4. *Koning J de.* Resultaten Utrechtse Gezondheidspeiling 2006 naar wijk en subwijk. Utrecht: GG&GD Utrecht, 2008.
5. *Pilgram K.* Rapportage NWW in aandachtswijken December 2010. Amsterdam: UWV, 2011.
6. Factsheet Voortijdig Schoolverlaten, november 2007, behorend bij de brief aan de Tweede Kamer met kenmerk VSV/DIR/2007/48811. Ministerie van Onderwijs Cultuur en Wetenschap, 2007.
7. *Wittebrood K, Permentier M, Pinkster F.* Wonen, wijken & interventies. Krachtwijkenbeleid in perspectief. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2011.
8. *Stronks K, Ravelli ACJ, Reijneveld SA.* Immigrants in the Netherlands: Equal access for equal needs? *J Epidemiol Commun H* 2001; 55:701-7.
9. *Rosendal H, Ahuis K, Huijsman R., Raad C.* Ketenzorg; praktijk in perspectief. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg, 2009.
10. *Barr V, Robinson S, Marin-Link B, Underhill L, Dotts A, Ravensdale D, Salivaras S.* The expanded chronic care model. *Hospital Quaterly* 2003;7(1):73-82
11. *Plochg T.* Building a tower of Babel in health care? Theory & practice of community based integrated care. Proefschrift Universiteit van Amsterdam. Amsterdam: Buijten en Schipperheijn. 2006.
12. *Martin-Misener R, Valaitis R.* A scoping literature review of collaboration between primary care and public health. A report tot the Canadian health services research foundation 2009.
13. *Stevenson Rowan M, Hogg W, Huston P.* Integrating public health and primary care. *Healthcare policy* 2007;3(1): 1-22.
14. *Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ).* Zorg voor je gezondheid! Gedrag en gezondheid: de nieuwe ordening. Discussienota aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Den Haag: RVZ. 2010.
15. *Hoop T de.* Van Klacht naar Kracht, activerende zorg in de wijk. *Tijdschr Gezondheidswet* 2010;88:217-9.
16. *Aalders M, Overgoor L, Reitsma S.* Big!Move verankerd. *Tijdschr Gezondheidswet* 2010;88:219-21.
17. *Vrijhoef HJM.* Chronische zorg in Nederland anno 2010: leidt verandering tot verbetering?. *Tijdschr Gezondheidswet* 2010; 88:55-8.
18. *Funnell SC, Rogers PJ.* Purposeful program theory: effective use of theories of change and logic models. San Francisco, CA: John Wiley & Sons, 2011.
19. *Øvretveit, J.* Evaluating health interventions. Buckingham: Open University Press, 1998.
20. *Lewin.* 1946 in *Small SA.* Action-oriented research: models and methods *J Marriage Family* 1995;57: 941-55.
21. *Rossi P, Freeman H, Lipsey M.* Evaluation: A systematic approach. Thousand Oaks, CA: Sage, 1999.
22. *W.K.Kellogg Foundation.* Logic Model Development Guide. Using logic models to bring together planning, evaluation, and action. Michigan: WK Kellogg Foundation, 2004.
23. SDAN, DZS en Agis zorgverzekeringen. Plan van aanpak Samen Beter. Amsterdam: SDAN, DZS en Agis zorgverzekeringen, 2007.
24. GG&GD en Agis zorgverzekeringen. Plan van aanpak Gezonde Wijk. Overvecht: GG&GD en Agis zorgverzekeringen, 2008.
25. *Starfield, B.* Appendix A: Chronic Illness and Primary Care, Transforming care for Canadians with chronic health conditions: Put people first, expect the best, manager for results. Ottawa, Ontario: Canadian Academy of Health Sciences, 2010, pp.1-9.
26. *Arah OA.* On the relationship between individual and population health. *Medicine Health Care Philosophy* 2009;12:235-44.
27. *Mackenbach JP, Maas PJ van der, Bonsel GJ.* Volksgezondheid en gezondheidszorg. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg, 2008.
28. *Kindig DA, Stoddart G.* What Is Population Health? *Am J Public Health* 2003;93:366-9.
29. *Twickler ThBM, Hoogstraaten E, Reuwer AQ et al.* Laaggeletterdheid en beperkte gezondheidsvaardigheden vragen om een antwoord in de zorg. *Ned Tijdschr Geneesk* 2009;153:A250.
30. *Hibbard JH, Mahoney ER, Stock R, Tusler M.* Results in improved self-management behaviors? *Health Serv Res* 2007; 42:1443-63.
31. *Plochg T, Broeke van den JR, Kringos DS, Stronks K.* Integrating primary care and public health. *Am J Public Health* 2012;16: letters e1.
32. *Wijffels H.* Herman Wijffels wil voorzorg. *Skipr Magazine*, sept 2012.
33. *Stahel WR.* The performance Economy. London: Palgrave, 2006.
34. *Kodner DL, Spreeuwenberg C.* Integrated care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper. *Int J Integ Care* 2002;2:1-6.
35. *Plochg T, Klazinga NS, Starfield B.* Transforming medical professionalism to fit changing health needs. *BMC Medicine* 2009; 7:64.
36. *Plochg T, Klazinga NS, Schoenestein M, Starfield B.* Reconfiguring health professions in times of multi-morbidity. Eight recommendations for change. Paris: OECD, 2011.
37. *Tinetti ME, Fried TR, Boyd CM.* Designing Health Care for the Most Common Chronic Condition –Multimorbidity. *JAMA* 2012; 307: 2493-4.
38. *Barnett K, Mercer SW, Norbury M, WattG, Wyke S, Guthrie B.* Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet* 2012;280:37-43.
39. *Harting J, Assema P van.* Community-projecten in Nederland. De eeuwige belofte? Maastricht: Universiteit Maastricht, 2007.
40. *LaskerRD, Weiss ES, Miller R.* Partnership synergy: a practical framework for studying and strengthening the collaborative advantage. *Millbank Q* 2001.

CORRESPONDENTIEADRES

drs. J.R. van den Broeke, PhDc, Academisch Medisch Centrum-Universiteit van Amsterdam, Afdeling Sociale Geneeskunde, Postbus 22660, 1100 DD Amsterdam, tel. 020-5664494, e-mail: j.r.vandenbroeke@amc.uva.nl