



Dit rapport is een uitgave van het NIVEL in 2007.
De gegevens mogen met bronvermelding (Daniëlle de Jongh, Liset van Dijk, François Schellevis, *Vroege opsporing en behandeling van mensen met risicofactoren voor hart- en vaatziekten*, NIVEL 2007) worden gebruikt.

U vindt dit rapport en alle andere NIVEL-publicaties in PDF-format op www.nivel.nl

Vroege opsporing en behandeling van mensen met risicofactoren voor hart- en vaatziekten

Evaluatie van initiatieven

Daniëlle de Jongh
Liset van Dijk
François Schellevis



ISBN 97-89069-05833-7

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2007 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Voorwoord

Vroegtijdige opsporing van mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten krijgt steeds meer aandacht. Dit blijkt onder andere uit een veelheid van initiatieven in den lande op dit gebied. Dit rapport beschrijft en evalueert vijftien van deze initiatieven. Daarnaast beschrijft het de resultaten van interviews met vertegenwoordigers van een aantal belangrijke partijen in het veld: patiëntenorganisaties, koepelorganisaties van beroepsbeoefenaren en zorgverzekeraars. Wij bedanken alle geïnterviewden voor de tijd en aandacht die zij aan dit onderzoek hebben besteed.

Het onderzoek is uitgevoerd op verzoek en met subsidie van de Nederlandse Hartstichting. Vanuit deze organisatie hebben Ineke van Dis en Desirée Stolker en, in de beginfase, Marja Westhoff een belangrijke en constructieve bijdrage geleverd aan de totstandkoming van dit rapport. Daarnaast willen wij de overige leden van de begeleidingscommissie bedanken voor hun waardevolle bijdrage aan dit onderzoek: D. de Bakker (NIVEL), M. Bloemers (ZonMW), T. Drenthen (NHG), M. van de Kraan (Diabetesfonds), M. Verschuren (RIVM), M. Watts (RVG) en F. van Zoest (Nierstichting).

Utrecht, januari 2007

De auteurs

Managementsamenvatting

Aanleiding

Hart- en vaatziekten zijn in Nederland nog steeds een belangrijke oorzaak voor overlijden. Er is voor deze aandoeningen een groot aantal risicofactoren bekend. Vroegtijdige opsporing van mensen met deze risicofactoren maakt het mogelijk dat in een vroeg stadium ingegrepen kan worden, bijvoorbeeld door mensen te stimuleren hun leefstijl aan te passen. Er komen steeds meer initiatieven in Nederland die zich bezighouden met deze vroegtijdige opsporing van risicofactoren voor hart- en vaatziekten en andere welvaartsziekten. Niet duidelijk is echter wat deze initiatieven precies inhouden, of er een vervolgtraject van behandeling is, of de activiteiten ingebed zijn in de reguliere gezondheidszorg en hoeveel draagvlak er voor dergelijke initiatieven is. De Nederlandse Hartstichting verzocht het NIVEL daarom dit in kaart te brengen.

Initiatieven onderscheiden zich op werving, vervolgtraject en setting

We selecteerden 15 initiatieven verspreid over heel Nederland. Met vertegenwoordigers hielden we uitgebreide interviews. Drie belangrijke elementen waarop de initiatieven zich van elkaar onderscheiden, zijn de manier van werven van deelnemers, het vervolgtraject van behandeling en de setting waarin zij uitgevoerd worden. De werving van mensen voor deelname aan vroegtijdige opsporing kan actief of open zijn. Actieve werving richt zich in principe alleen op hoogrisicopatiënten: het zogenaamde vissen in visrijk water. Projecten die actief werven hebben als setting vooral de huisartspraktijk omdat hoogrisicopatiënten daar te identificeren zijn. Open werving richt zich in principe op de algemene bevolking: iedereen die wil, kan deelnemen. Veel van deze initiatieven hebben echter wel een eerste screening via een vragenlijst om niet bij alle mensen daadwerkelijk te hoeven meten (zoals een bloeddrukmeting of een cholesterolbepaling). Deze initiatieven hebben als setting vaak een plaats buiten de reguliere gezondheidszorg, bijvoorbeeld de werkplek, speciaal opgezette health care centra of het wijkgebouw. Initiatieven onderscheiden zich ook in wat na de screening gebeurt. In een aantal gevallen bestaat dit alleen uit een gesprek om de resultaten te bespreken en kort advies te geven of doorverwijzing naar huisarts. Bij andere projecten komen mensen meerdere malen terug voor bijvoorbeeld leefstijladvies.

Geen opsporing zonder goed vervolgtraject

Het vervolgtraject verdient meer aandacht: opsporing op zich kan geen doel zijn. In zo'n vervolgtraject is gedragsverandering een belangrijk punt. Dit betekent dat een vervolgtraject zich niet alleen moet richten op behandeling met bijvoorbeeld geneesmiddelen, maar vooral ook op leefstijlbegeleiding. Een integrale benadering van preventie moet hierbij het uitgangspunt zijn, waarin risicofactoren niet op zich staan, maar in hun onderlinge samenhang in ogenschouw genomen worden.

Financiering en structurele inbedding gezien als grootste bedreigingen voor opsporingsactiviteiten

Inmiddels zijn op verschillende plaatsen in het land initiatieven ontwikkeld. Bij vrijwel allemaal is de financiering een struikelblok. De financiering is vaak alleen op

projectbasis, waardoor een structurele basis ontbreekt en de toekomst voor voortzetting onzeker is. Hiermee blijft de opsporing incidenteel in plaats van dat deze een structurele plaats in de gezondheidszorg krijgt.

“Vissen in visrijk water” heeft voorkeur van koepelorganisaties en andere veldpartijen

Uit interviews met vertegenwoordigers van de belangrijke veldpartijen komt een kritische houding naar voren ten opzichte van screening van de algemene bevolking. Men zet bijvoorbeeld vraagtekens bij de kosteneffectiviteit hiervan. De meeste organisaties voelen daarom meer voor een hoogrisicobenadering met daarbij voldoende aandacht het vervoltraject. De landelijke organisaties willen ondersteuning bieden aan initiatieven voor opsporing van mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten in de vorm van lobby, belangenbehartiging en faciliteren en coördineren van activiteiten.

Een goede implementatie van alternatieven wordt bevorderd door:

- Het gebruik van actieve opsporingsmethoden met speciale aandacht voor moeilijk bereikbare groepen
- Het aansluiten bij de wensen, kenmerken en behoeften van de doelgroep
- Vroegtijdig draagvlak te creëren bij de doelgroep en betrokken professionals, met name de huisarts
- De huisarts als partij te betrekken in het initiatief of ten minste in een vroegtijdig stadium te informeren
- Vroegtijdig aandacht te hebben voor inbedding in de reguliere zorg of sector welzijn en voor mogelijkheden voor langdurige financiering
- Een laagdrempelige setting waarvan de keuze afhankelijk is van de te bereiken doelgroep

Naar een landelijke structuur?

Organisaties in het veld willen een bijdrage leveren aan het creëren van draagvlak, beïnvloeding van de politieke agenda en stimuleren van de eigen leden om activiteiten te ontplooiën. Er liggen daarom kansen om te komen tot een landelijke structuur waarin vertegenwoordigers van verschillende partijen de handen ineen slaan en taken verdelen. In een dergelijke structuur kan afgestemd worden welke organisaties zich inzetten voor welk onderdeel in het preventiebeleid rekening houdend met elkaars (soms tegenstrijdige) belangen. Cruciaal voor een landelijk gesteunde structuur voor vroegtijdige opsporing lijkt de verbinding tussen preventie en curatieve zorg. Iedereen is het erover eens dat vroegtijdige opsporing hand in hand dient te gaan met het aanbieden van een goed vervoltraject, wat deels in de curatieve sector moet plaatsvinden.

Inhoud

Managementsamenvatting	5
Inhoud	7
1 Inleiding	9
1.1 Achtergrond	9
1.2 Doel	10
1.3 Vraagstelling	11
2 Methoden van onderzoek	13
2.1 Inleiding	13
2.2 Interviews met projectleiders van initiatieven	13
2.3 Interviews met koepelorganisaties	18
2.4 SWOT analyse	18
3 Beschrijving en vergelijking van de initiatieven	21
3.1 Inleiding	21
3.2 Beschrijving van de geselecteerde initiatieven	21
3.3 Kwaliteit van opsporing en vervolgtraject	23
3.4 Kenmerken van de setting	27
3.5 Proces	30
3.6 Effect	31
3.7 Samenvatting	33
4 Succesfactoren en belemmeringen	35
4.1 Inleiding	35
4.2 Succesfactoren	35
4.3 Belemmeringen	41
4.4 Implementatie van initiatieven	43
4.5 Samenvatting	51
5 Conclusie	53
5.1 Inleiding	53
5.2 Beschrijving van drie soorten projecten	53
5.3 Vroegtijdige opsporing: hoe verder?	55
5.4 Factoren die aan een goede implementatie van initiatieven bijdragen	57
5.5 Rol van verschillende veldpartijen	58
Referenties en websites	61

Bijlage 1: Initiatieven die niet voldeden aan de inclusiecriteria	63
Bijlage 2: Vragenlijst Initiatieven	65
Bijlage 3: Overzicht geselecteerde (koepel)-organisaties	75
Bijlage 4: Topiclijst interviews met (koepel)organisaties	77
Bijlage 5: SWOT criteria	79
Bijlage 6: Beschrijving en SWOT-analyses initiatieven	87

1 Inleiding

1.1 Achtergrond

Hart- en vaatziekten vormen in Nederland nog steeds de belangrijkste oorzaak voor overlijden: iets meer dan een derde van de sterfgevallen in Nederland wordt hierdoor veroorzaakt (Geurts e.a. 2006). Hieraan ligt het proces van atherosclerose ten grondslag. Dit uit zich naast hart- en vaatziekten ook in bijvoorbeeld nieraandoeningen. Er is voor deze aandoeningen een groot aantal risicofactoren bekend zoals roken, een verhoogd cholesterolgehalte, een verhoogde bloeddruk, overgewicht, ongezonde voeding, overmatig alcoholgebruik en weinig lichaamsbeweging. Vroegtijdige opsporing van deze risicofactoren in de populatie maakt het mogelijk dat in een vroeg stadium ingegrepen kan worden, bijvoorbeeld door mensen te stimuleren hun leefstijl aan te passen of door middel van vroege (medische) behandeling. Dit kan uiteindelijk leiden tot gezondheidswinst, maar ook tot maatschappelijke winst vanwege een verminderd ziekteverzuim en een hogere respectievelijk langdurigere maatschappelijke participatie. Daar tegenover staat dat vroegtijdige opsporing op zich kosten met zich meebrengt en dat mensen door kennis te nemen van hun risico op hart- en vaatziekten bijvoorbeeld onnodig angstig kunnen worden.

Vroegtijdige opsporing richt zich vooral op het voorkómen van ziekte, en richt zich dus per definitie op mensen die nu deze aandoening nog niet hebben. Niet alle aandoeningen zijn geschikt voor dergelijke vroegtijdige opsporing in de populatie. Al in 1968 formuleerden Wilson en Junger (1968) tien eisen waaraan screening moet voldoen. Hart- en vaatziekten – en hun risicofactoren- voldoen aan een groot deel van deze eisen bijvoorbeeld dat het een belangrijk gezondheidsprobleem betreft, dat er faciliteiten voor diagnostiek en behandeling beschikbaar zijn, dat er geschikte testen/onderzoeksmethodes zijn, dat behandeling van de ziekte in een vroeg stadium het beloop en de prognose van de ziekte gunstig beïnvloedt en dat de testen acceptabel zijn. Een andere eis is kosteneffectiviteit van de screening: wegen de kosten om één iemand op te sporen op tegen de baten? Daarover is tot op heden minder bekend wat betreft hart- en vaatziekten.

Als uitgangspunt voor vroegtijdige opsporing kan bijvoorbeeld de Standaard “Cardiovasculair risicomanagement”(M84) van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) dienen. Deze in 2006 verschenen richtlijn bevat naast aanwijzingen voor de behandeling van hart- en vaatziekten ook aanwijzingen voor de identificatie van personen met een verhoogd risico op deze ziekten. Het zijn juist de mensen met een dergelijk verhoogd risico die gebaat zijn bij vroegtijdige opsporing. Het aanpassen van de leefstijl staat hierbij centraal, zoals minder (verzadigd vet) eten, meer bewegen en stoppen met roken (www.hartstichting.nl).

Er zijn verschillende organisaties in Nederland die preventieve screeningsactiviteiten uitvoeren. Dit zijn organisaties zoals de Hartstichting, Stichting Bloedlink, apotheken en GGD-en. Er is in Nederland echter geen systematische opsporing van hoge bloeddruk

en/of een verhoogd cholesterolgehalte in de algemene bevolking. Wel zijn er veel initiatieven in Nederland die erop gericht zijn hart- en vaatziekten te voorkomen. Dit varieert van voorlichting via websites tot gerichte interventies zoals het geval was in het project Harts slag Limburg (www.ggdzzl.nl). In dit project werd zowel een populatiebenadering gebruikt als een hoogrisicobenadering. Ook is er een landelijke screening van mensen met familiale hypercholesterolemie (www.stoeh.nl). Bij de huisartsen is het bekendste initiatief het project “Preventie: Maatwerk, hart- en vaatziekten” geweest. Doel was invoering van programmatische preventie van hart- en vaatziekten: het optimaliseren van de opsporing en registratie van de risicofactoren voor hart- en vaatziekten in de huisartsenpraktijk. Het project richtte zich hierbij in eerste instantie op 60-jarigen met een hoog risico op hart- en vaatziekten.

Momenteel is niet duidelijk wat er op de verschillende plaatsen binnen de Nederlandse gezondheidszorg nu precies gebeurt aan vroegtijdige opsporing van mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten en hoe structureel deze initiatieven zijn. Zo is niet duidelijk of aan de opsporingsacties ook een eventuele follow-up en behandeling verbonden zijn. Als dat niet het geval is, krijgen mensen die te horen krijgen een verhoogd risico te hebben, geen vervolgetraject in de zorg aangeboden. Dit alles betekent dat er geen structurele inbedding is van vroegtijdige opsporing van risicofactoren op hart- en vaatziekten binnen de Nederlandse gezondheidszorg. Als een eerste stap naar zo'n meer structurele inbedding heeft de Nederlandse Hartstichting het initiatief genomen om bestaande of recent afgeronde initiatieven op het gebied van vroegtijdige opsporing van risicofactoren van hart- en vaatziekten in kaart te brengen. Het NIVEL is verzocht deze inventarisatie te maken. De inventarisatie is beperkt tot die activiteiten die gericht zijn op de opsporing en de daarop aansluitende behandeling van mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten. Dat betekent dat activiteiten die uitsluitend gericht zijn op het voorlichten van mensen niet in het onderzoek betrokken worden: het gaat om de opsporing van risicogroepen. Dit rapport bevat de resultaten van genoemde inventarisatie. Overigens is het zo dat de resultaten ook van belang zijn voor opsporing van diabetes mellitus en nieraandoeningen omdat deze ten minste deels dezelfde risicofactoren hebben.¹

1.2 Doel

Het doel van het onderzoek is inzicht te geven in de vraag welke organisatievormen en settings kansrijk zijn om mensen met risicofactoren voor hart- en vaatziekten structureel vroegtijdig op te sporen en daarop aansluitend te behandelen. Een eerste stap is het systematisch in kaart brengen van bestaande of afgeronde initiatieven op dit gebied en het analyseren van sterke en zwakke kanten van deze initiatieven. Het gaat om initiatieven die zich specifiek richten op risicofactoren voor hart- en vaatziekten. Het onderzoek richt zich hierbij met name op de openbare en eerstelijns gezondheidszorg, zoals de huisarts, de GGD en thuiszorginstellingen.

¹ Om die reden hebben vertegenwoordigers van de Nierstichting en het Diabetesfonds zitting gehad in de begeleidingscommissie van het in dit rapport beschreven onderzoek.

1.3 Vraagstelling

De centrale vraag van dit onderzoek is: *Welke kansrijke initiatieven bestaan er of zijn er geweest binnen verschillende settings in de Nederlandse openbare en eerstelijns gezondheidszorg als het gaat om het (structureel) vroegtijdig opsporen van mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten?*

Alleen settings binnen de openbare en eerstelijns gezondheidszorg zijn in het onderzoek betrokken. Dit omdat het uiteindelijke doel van het onderzoek is te komen tot inzicht in kansrijke settings voor het *structureel* vroegtijdig opsporen van mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten binnen de reguliere gezondheidszorg. De tweedelijns gezondheidszorg is niet in de studie opgenomen omdat mensen daar meestal pas terechtkomen als ze al een hart- en vaataandoening hebben. Wanneer binnen de openbare en eerstelijns gezondheidszorg in dit kader wordt samengewerkt met de tweede lijn, is dat wel in het onderzoek betrokken.

2 Methoden van onderzoek

2.1 Inleiding

Het onderzoek omvatte een aantal onderdelen. Het belangrijkste onderdeel van het onderzoek was de selectie, beschrijving en evaluatie van een aantal initiatieven gericht op het vroegtijdig opsporen en daarop aansluitend behandelen van mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten in de openbare en eerstelijns gezondheidszorg. Paragraaf 2.2 beschrijft de selectieprocedure alsmede de opzet van de interviews met vertegenwoordigers van deze initiatieven. Daarnaast is de (beleids)achtergrond waarbinnen activiteiten op het gebied van de preventie van hart- en vaatziekten plaatsvinden in kaart gebracht. Dit gebeurde middels interviews met vertegenwoordigers van koepelorganisaties en patiëntenorganisaties. Paragraaf 2.3 gaat in op deze gegevensverzameling. De manier waarop de evaluatie van de initiatieven is uitgevoerd staat beschreven in paragraaf 2.4.

2.2 Interviews met projectleiders van initiatieven

2.2.1 *Selectie van initiatieven*

Centraal in dit onderzoek staan initiatieven die zich richten op vroegtijdige opsporing van mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten. Het zoeken naar de initiatieven vond op verschillende manieren plaats, veelal via internet. Als eerste werden sites van relevante koepelorganisaties, GGD- en en zorgverzekeraars bezocht. Daarnaast is gezocht in verschillende databases met projecten (bijlage 1), zoals www.quidatabank.nl, www.stoom.org, www.kijkopdiabetes.nl, en www.nigz.nl. Ook heeft de Nederlandse Hartstichting een aantal projecten aangedragen. In dit onderzoek zijn 15 initiatieven betrokken.

Niet alle initiatieven die gevonden werden, zijn in deze evaluatie opgenomen. De volgende inclusiecriteria werden gehanteerd:

- Er vindt systematische opsporing plaats. Opsporing houdt hierbij in : het “actief meten van...” (Meting aan het lichaam, bijvoorbeeld het meten van de bloeddruk, cholesterol gehalte). Projecten die uitsluitend werkten met vragenlijsten (bijvoorbeeld via internet) zijn niet geselecteerd. Systematisch wil zeggen dat er een helder omschreven doelgroep is en dat de leden van de doelgroep dezelfde metingen aangeboden krijgen (of dat afwijkingen beargumenteerd worden).
- Naast opsporing is er ook sprake van een vervolgtraject. Een vervolgtraject wordt omschreven als geïnstitutionaliseerde follow-up en/of reguliere inbedding van het project in een bestaande organisatie.

Daarnaast werden – met uitzondering van één project – alleen initiatieven geëvalueerd die gericht waren op volwassenen.²

² Aanvankelijk was het de bedoeling om ook alle initiatieven op te nemen die gericht waren op kinderen. Uiteindelijk is

Twaalf initiatieven voldeden niet aan de inclusiecriteria (zie bijlage 1). Daarnaast is in het geval van de Consultatiebureaus voor Ouderen (CBO) is een selectie gemaakt; dit omdat er veel van deze CBO's zijn en het onderzoek anders te omvangrijk zou worden (Visser & Schippers, 2005). Bovendien hebben de CBO's vaak een vergelijkbaar doel en werkwijze. Drie CBO's zijn voor dit onderzoek geselecteerd: twee CBO's die al geruime tijd bezig zijn en een CBO waar onlangs is begonnen met opsporing van mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten. Uiteindelijk zijn 15 initiatieven geselecteerd voor de evaluatie in dit onderzoek. Tabel 2.1 laat zien welke projecten dit zijn en wat hun kenmerken zijn. Na de selectie zijn nog enkele andere initiatieven geïdentificeerd; de lijst met initiatieven is derhalve niet uitputtend.

2.2.2 Gegevensverzameling en vragenlijst

Vertegenwoordigers van alle 15 geselecteerde initiatieven waren bereid mee te doen aan het onderzoek. Met vertegenwoordigers van 11 initiatieven is een mondeling interview gehouden. In de overige vier gevallen is een telefonisch interview afgenomen. De interviews duurden drie kwartier tot anderhalf uur. Het grootste deel van de interviews werd afgenomen door dezelfde interviewer (DdJ), vijf interviews werden door een andere interviewer gehouden (LvD). De interviews waren semi-gestructureerd: er werd gewerkt met een vaststaande vragenlijst, die bestond uit open en gesloten vragen. Voorafgaande aan het interview werd het doel van het onderzoek uitgelegd. Ook werd aangegeven dat van het interview een verslag zou worden gemaakt dat ter autorisatie zou worden toegestuurd. In het verslag kon de geïnterviewde desgewenst wijzigingen doorvoeren.

De vragenlijst (bijlage 2) omvatte de volgende onderwerpen:

1. Algemene kenmerken van het initiatief (duur, opdrachtgever, structureel project of niet etc.)
2. Doelstelling van het initiatief (inclusief risicofactoren waarop het initiatief zich richtte)
3. Doelgroep (inclusief betrokkenheid van de doelgroep bij de ontwikkeling en uitvoering van het initiatief)
4. Wervingsmethode
5. Methode van opsporen van risicofactoren
6. Vervolgtraject na opsporing van risicofactoren
7. Samenwerking met andere organisaties/professionals
8. Financiering van het initiatief
9. Evaluatie van het initiatief

besloten het onderzoek vooral te richten op volwassenen.

Tabel 2.1: Kenmerken van geselecteerde initiatieven voor vroegtijdige opsporing van mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatandoeningen

Naam initiatief	Belangrijkste betrokken organisaties	Setting	Doelgroep	Bereik	Periode	Aantal gescreende deelnemers (% van de totale groep)	Financieringsbronnen
Periodieke Controle Gezondheid Senioren	Stichting Thuiszorg Groot Rijnland, Leiden	Thuiszorg	- Cliënten (18-59 jaar en 60+) - Eigen medewerkers 55+ - Allochtonen	Regionaal	2001-heden	Ong. 2000 per jaar, waarvan meerderheid 60+	Zorgvernieuwingsgelden
Preventief Gezondheids-onderzoek voor Ouderen	GGD Zeeland, Allévo Thuiszorg	Thuiszorg	Zelfstandig wonende ouderen van 60-75 jaar	Regionaal	2005-sept. 2007	474 (50%)	Gemeente, Provincie Zeeland, Zorgkantoor Zeeland, GGD Zeeland, Allévo Thuiszorg, Stichting Centraal Fonds RVVZ (reserves voormalige vrijwillige ziekenfondsverzekering)
Gezond en wel. Consultatiebureau voor senioren	Thuiszorgorganisatie ICare, Meppel, huisartsenpraktijk, woningcorporatie	Thuiszorg Huisartsenpraktijk Woningcorporatie	Senioren 60+	Regionaal	2005-2006	800	Stichting Icare, Ledenvereniging Icare, Zorgvernieuwingsgelden, Provincie Flevoland, particuliere stichting
Preventie diabetes en hart- en vaatziekten in Heino	Carinova, huisartsenpraktijk	Huisartsenpraktijk Thuiszorg	45-70 jarigen met een hoog risico op HVZ in 1 huisartsenpraktijk	Plaatselijk	2006 (7 maanden)	300-400 (15% van de totale huisartsenpopulatie)	Campagne “Kijk op Diabetes”, AIV
Blik op uw gezondheid	GGD Midden Nederland, Gemeente, Thuiszorg	GGD	50+	Regionaal	2001-heden	In Leersum: 450 (17%)	Gemeente, Stichting Welzijn Ouderen, eigen bijdrage.
Hartslag Limburg	GGD Zuid Limburg, Huisartsen	Huisartsenpraktijk	Hoogrisico patiënten voor HVZ	Regionaal	1998-2003	ruim 2700 patiënten met een risico van <20%op het krijgen van een cardiovasculair incident	Nederlandse Hartstichting, ZonMw, Zorgverzekeraar

Naam initiatief	Belangrijkste betrokken organisaties	Setting	Doelgroep	Bereik	Periode	Aantal gescreende deelnemers (% van de totale groep)	Financieringsbronnen
VROECH	Stichting Bloedlink	Huisartsenpraktijk	Mensen met (of verdenking op) erfelijke hoog cholesterol, erfelijke dyslipidemie en hun familie	Regionaal	2001-2005	93 huisartsen: 20 index-patiënten en 56 familieleden. (periode: 1 jaar)	ZonMw, Stichting Bloedlink, Nederlandse Hartstichting
Screening op FH (StOEH)	Stichting Opsporing Erfelijke Hypercholesterolemie (StOEH)	Huisartsenpraktijk/ Laboratorium Huisbezoek Genetic Field Worker (StOEH)	Mensen met een erfelijk verhoogd cholesterol binnen de groep FH	Landelijk	2003-2010	13.000 (t/m 2006) (40% van de totale groep)	Ministerie VWS
Preventie Maatwerk	Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)	Huisartsenpraktijk	- Hoogrisico patiënten (60+) voor HVZ - Gezonde 60 jarigen	Landelijk	1998-2000	618 (55% van de doelgroep)	ZonMw, VWS
Coachproject Walcheren	SportZeeland, GGD, Gemeente	Werksetting	Werknemers gemeente	Regionaal	2005-2006	160	Gemeente, GGD Zeeland
Achmea Health Check	Achmea Zorgverzekeraar Care for Human	Zorgverzekeraar Kring-apotheek, fitnesscentra, Care for Human	Hoogrisico patiënten voor HVZ, gehele populatie	Regionaal / Landelijk	2003- heden	10.000 (2006)	Achmea, Sponsors, eigen bijdrage.
Achmea Health Check (Kring-apotheek)	Kring-apotheken, Achmea Zorgverzekeraar Care for Human	Kring-apotheken	Hoogrisico patiënten voor HVZ, gehele populatie	Regionaal / Landelijk		6.000 van de 10.000 heeft plaats gevonden in 60 Kring-apotheek. (2006)	Achmea, Sponsors, Kring-apotheek, eigen bijdrage.

Naam initiatief	Belangrijkste betrokken organisaties	Setting	Doelgroep	Bereik	Periode	Aantal gescreende deelnemers (% van de totale groep)	Financieringsbronnen
Health Scan Keurcompany	ArboNed, Zorgverzekeraars	Werksetting Consumentenmarkt	Werknemers Consumenten	Landelijk	1995-heden Consumenten recentelijk		ArboNed, Bedrijven betalen voor het product.
ORCA	Pfizer, Diagnosis for Health (D4H)	Huisartsenpraktijk	Hoogrisico patiënten voor HVZ	Landelijk	2004-2006	Per huisartsnorm-praktijk (à 150): 300 personen met verhoogd risico op HVZ (60-80%)	Pfizer
Over gewicht gesproken	GGD Amsterdam	GGD (JGZ)	Kinderen (2-18jaar met overgewicht of obesitas)	Plaatselijk	2005-2008	Nog niet bekend	Gemeente, Grote Steden Beleid-3

Afkortingen: HVZ: hart- en vaatziekten
 FH: Familiaire hypercholesterolemie
 JGZ: Jeugdgezondheidszorg

2.3 Interviews met koepelorganisaties

Een onderdeel van het onderzoek is na te gaan of de hier geïnccludeerde initiatieven landelijk of regionaal geïmplementeerd kunnen worden. Hiertoe moet een initiatief aan bepaalde eisen voldoen, maar ook belangrijk is dat er in het veld voldoende draagvlak voor is. Dit geldt niet alleen voor de individuele initiatieven, maar ook voor het fenomeen vroege opsporing op zich. Daarom is met vertegenwoordigers van 19 koepelorganisaties en andere relevante organisaties een mondeling interview gehouden. De selectie van deze organisaties is gemaakt in overleg met de Nederlandse Hartstichting. Gepoogd is een zo breed mogelijk beeld te krijgen van de ideeën die er leven rondom vroegtijdige opsporing van mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten. Bijlage 3 geeft een overzicht van de geïnterviewde organisaties.

Doel van de interviews was het in kaart brengen van het draagvlak voor vroegtijdige opsporing van mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten bij de geïnterviewden. Alle interviews werden door dezelfde interviewer gehouden (DdJ) en werden opgenomen op band. De interviews waren open; er werd gewerkt met een topiclijst (bijlage 4). Onderwerpen die tijdens deze interviews aan de orde kwamen, waren:

- Activiteiten van de organisatie op het gebied van preventie van hart -en vaatziekten, in het bijzonder van vroege opsporing van risicofactoren.
- Aandacht voor preventie en vroege opsporing van mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten binnen de organisatie
- Uitgangspunten t.a.v. de preventie (van hart -en vaatziekten)
- Rol die men ziet weggelegd voor of die men al heeft in opsporing in een vervolgtraject
- Belemmeringen voor de preventie van HVZ
- Visie van de organisatie op het opsporen van (hoog)risicogroepen
- Succesfactoren en knelpunten voor initiatieven die op dit terrein worden ontplooid
- Bekendheid met initiatieven
- Rol van de eigen organisatie in bestaande of toekomstige initiatieven
- Rol van de Nederlandse Hartstichting

Van elk interview werd een verslag gemaakt dat ter autorisatie aan de geïnterviewde werd voorgelegd. Deze kon wijzigingen in het verslag aanbrengen. De gegevens uit de interviews met de koepelorganisaties zijn verwerkt met het programma Winmax en zijn beschreven in hoofdstuk 4.

2.4 SWOT analyse

Op basis van de de interviews met de vertegenwoordigers van de geselecteerde alternatieven en de interviews met de koepelorganisaties is een aantal criteria geformuleerd om de initiatieven te evalueren en hun sterke en zwakke kanten in kaart te brengen. Op basis van deze criteria is per initiatief een zogenaamde Strengths, Weaknesses, Opportunities en Threats (SWOT)-analyse gedaan. De criteria zijn doorgesproken met de Nederlandse Hartstichting en voorgelegd aan de begeleidingscommissie die bij dit project betrokken was. Hoewel gestreefd werd naar een beperkte set van criteria is uiteindelijk – eveneens in overleg met de begeleidings-

commissie - ervoor gekozen om een uitgebreide set van criteria te hanteren. Dit is gedaan om zoveel mogelijk recht te doen aan de projecten en om een zo goed mogelijk beeld te krijgen van waar zwakke en sterke punten van initiatieven liggen. Tabel 2.2 geeft een samenvattend overzicht van de gebruikte criteria, het totaaloverzicht is te vinden in bijlage 5.

Bij elk criterium stond een aantal subcriteria genoemd. Wanneer een initiatief het betreffende subcriterium bezat, kreeg het een '+'. Als een initiatief op alle subcriteria een '+' scoorde, kreeg het voor het overall criterium een '++', wanneer het initiatief op een deel van de subcriteria een '+' scoorde, kreeg het op het overall criterium een '+' en anders (bij geen of vrijwel geen subcriterium een '+') een -. De beoordeling gebeurde onafhankelijk door twee onderzoekers (DdJ, LvD). In het geval de twee onderzoekers het niet met elkaar eens waren, werd door middel van overleg tot een consensus gekomen. Wanneer deze niet bereikt zou worden, zou een derde onderzoeker (FS) het criterium beoordelen. Dit laatste is niet voorgekomen omdat bij alle verschillende beoordelingen in overleg tot consensus werd gekomen. Vervolgens werd een overzicht gemaakt van de sterke en minder sterke kanten van het initiatief. Ook werd gekeken of er mogelijkheden zouden zijn om het betreffende initiatief op grotere schaal in te voeren en wat hierbij eventuele belemmeringen zouden kunnen zijn. Hierbij werd niet alleen gekeken naar wat het initiatief zelf aangaf, maar werd ook gekeken in hoeverre er draagvlak was bij koepelorganisaties. Dit alles werd per initiatief samengevat in een tabel waarin sterkte, zwakte, mogelijkheden en bedreigingen stonden (Bijlage 6). Vervolgens zijn de resultaten van de individuele initiatieven naast elkaar gezet en geanalyseerd. Dit is per onderwerp (zie tabel 2.2.) gebeurd.

Tabel 2.2: Beoordelingscriteria voor de initiatieven

Algemeen criterium
Sterkte en zwakte van opsporing en vervolgtraject
Mate waarin het project zich richt op het systematisch opsporen van mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten
Aandacht voor samenhang tussen risicofactoren
Gebruik van richtlijnen
Opsporing en vervolgtraject zijn ingebed in reguliere gezondheidszorg/welzijnswerk
Het vervolgtraject is voldoende
Laagdrempelig
Sterkte en zwakte proces
Evaluaties vormen onderdeel van het project
Aandacht voor participatie/afstemming doelgroep
Aandacht voor draagvlak bij intermediaire organisaties
Mate van gebruik van bestaande hulpverleners
Sterkte en zwakte effect
Mate waarin beoogde doelgroep is bereikt met werving
Mate waarin doelgroep heeft deelgenomen aan opsporing
Mate waarin mensen zijn doorverwezen naar vervolgtraject
Mate waarin mensen hebben deelgenomen aan vervolgtraject
Mogelijkheden en bedreigingen voor uitrol
Mogelijkheden voor structurele samenwerking aanwezig
Mogelijkheden voor structurele financiering aanwezig
Mogelijkheden voor landelijke implementatie
Mogelijkheden voor implementatie in zelfde setting voor andere doelgroep

3 Beschrijving en vergelijking van de initiatieven

3.1 Inleiding

Dit hoofdstuk beschrijft 15 initiatieven die gericht zijn op vroegtijdige opsporing van mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten. De initiatieven verschillen van elkaar als het gaat om de doelgroep waar zij zich op richten, de setting waarin het initiatief plaats vindt (zie ook Tabel 2.1), het type opsporing en het type vervolgtraject. Bijlage 6 geeft per initiatief een korte beschrijving. In dit hoofdstuk staat de vergelijking van de verschillende initiatieven centraal.

3.2 Beschrijving van de geselecteerde initiatieven

Doelgroep

De geselecteerde initiatieven richten zich vooral op hoogrisico patiënten voor hart- en vaatziekten (al dan niet met een leeftijdscriterium) en ouderen. Enkele initiatieven richten zich op werknemers, jongeren/volwassenen en één initiatief richt zich op jongeren met overgewicht en obesitas.

Opsporing en vervolgtraject

Om mensen met een verhoogd risico op te sporen kunnen verschillende methoden gebruikt worden. Ongeveer de helft van de initiatieven maakt gebruik van de zogenaamde 'risico-opsporing' (testen bij mensen die voldoen aan bepaalde kenmerken) en de andere helft gebruikt meer een algemene gezondheidscheck /gezondheidsonderzoek (zie tabel 3.1).

De gezondheidschecks en gezondheidsonderzoeken zijn grofweg te verdelen in Health Checks en het Consultatiebureau voor senioren waarbij het opsporen van mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten onderdeel is van een breder gezondheidsonderzoek. Sommige initiatieven (Stichting Icare) maken, naast het doen van testen, gebruik van uitgebreide vragenlijsten die deelnemers vooraf dan wel tijdens het contactmoment invullen.

Risico-opsporing vindt vrijwel altijd plaats binnen of in samenwerking met de huisartsenpraktijk, met uitzondering van het project "Over gewicht gesproken" waar opsporing plaatsvindt bij consultatiebureaus en schoolarts. Alle initiatieven die gebruik maken van risico-opsporing richten zich op meerdere risicofactoren voor hart- en vaatziekten. In eerste instantie wordt het cardiovasculair risicoprofiel opgemaakt en indien nodig worden testen gedaan.

Tabel 3.1: Geselecteerde initiatieven uitgesplitst naar opsporing en vervolgtraject

Naam initiatief	Opsporing			Behandeling		
	Health Check/ Gezondheids- onderzoek	Risico- opsporing	Overige	Eén gesprek	Huis- arts	Meerdere gesprekken
Periodieke Controle Gezondheid Senioren	+					+
Preventief Gezondheidsonderzoek voor Ouderen	+					+
Gezond en wel. Consultatiebureau voor ouderen	+	+		+	+	
Preventie diabetes en hart- en vaatziekten in Heino		+		+	+	
Blik op uw gezondheid Hartslag Limburg	+	+		+		
VROECH		+			+	
Screening op FH		+			+	
Preventie Maatwerk		+			+	
Coachproject Walcheren			+			+
Achmea Health Check	+			+		
Achmea Health Check (Kring-apotheek)	+			+		
Health Check Keurcompany	+			+		
ORCA ¹		+			+	
Over gewicht gesproken		+				+

+ Geldt voor dit initiatief

Het type vervolgtraject is divers en hangt deels samen met de manier van opsporing (zie tabel 3.1). In geval van de Health Checks is er veelal één gesprek waarin de testuitslag besproken wordt, leefstijladvies gegeven wordt en waar, indien nodig, het advies gegeven wordt naar de huisarts of diëtist te gaan. Ook wordt schriftelijk informatiemateriaal meegegeven. Daarnaast wordt door dergelijke initiatieven wisselend doorverwezen naar psycholoog en fysiotherapeut. Er is meestal geen sprake van een follow-up. De Health Checks verwijzen niet door naar lokale aanbieders van preventieve activiteiten. Achmea Health Check verwijst naar Achmea cursussen. De duur van de gesprekken waarin bovenstaande gebeurt, varieert van 20 minuten tot anderhalf uur. Bij de advisering wordt veel gebruik gemaakt van protocollen of gestandaardiseerde adviezen. Bij de consultatiebureaus voor senioren is de opsporing van mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten onderdeel van een breder gezondheidsonderzoek. In twee van de initiatieven is er meestal meer dan een gesprek met de oudere om de resultaten te bespreken, adviezen te bespreken en eventueel te verwijzen naar andere hulpverleners. De consultatiebureaus verwijzen ook naar lokale aanbieders van preventie-activiteiten.

¹ Pfizer heeft ook een ander project: het Diabetes Zorgprotocol. Dit is uitgebreider met een langere looptijd. Omdat we ons in dit onderzoek richten op hart- en vaatziekten, is ervoor gekozen ORCA op te nemen en niet het Diabetes Zorgprotocol.

Het vervolgtraject van initiatieven die gebruik maken van risico-opsporing vindt plaats binnen de huisartsensetting waar ook de opsporing gebeurt. Op basis van het risicoprofiel en eventuele uitslagen van testen behandelt de huisarts volgens de bestaande richtlijnen. Leefstijladvisering vormt een beperkt onderdeel van het vervolgtraject. Bij twee initiatieven hebben andere functionarissen een rol. Zo bespreekt een wijkverpleegkundige van de thuiszorg bij het project Carinova de testresultaten en geeft zij adviezen, alleen indien noodzakelijk krijgen deelnemers een consult bij de huisarts. Bij het hoogrisico gedeelte van Hartslag Limburg heeft een gezondheidsadviseur meerdere counseling gesprekken met deelnemers nadat de deelnemers bij de huisarts zijn geweest.

3.3 Kwaliteit van opsporing en vervolgtraject

De opsporing van mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten en het aangeboden vervolgtraject zijn beoordeeld aan de hand van een aantal kenmerken: mate van *systematische* opsporing, het gebruiken van een hoogrisico benadering, het gebruik van richtlijnen, het zich richten op één of meerdere risicofactoren, aandacht voor specifieke doelgroepen en aandacht voor het aanbieden van een passend vervolgtraject (zie tabel 3.2). Binnen de verschillende kenmerken zijn weer een aantal subkenmerken bekeken (zie hieronder).

Mate van systematische opsporing

In dit onderzoek is gekozen voor initiatieven die mensen met risicofactoren op hart- en vaatziekten systematisch opsporen. Onderstaand kader geeft weer op welke kenmerken bij de beoordeling gelet is.

Er is sprake van **systematische opsporing** indien:

- er een helder omschreven doelgroep is
- alle leden van de doelgroep op de hoogte (kunnen) zijn
- alle leden van de doelgroep dezelfde opsporing aangeboden krijgen of afwijkingen daarvan worden gemotiveerd

Zes initiatieven houden zich bezig met systematische opsporing van mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten en negen initiatieven voldoen gedeeltelijk aan de gestelde criteria voor systematische opsporing (zie Tabel 3.2 voor overzicht). In vrijwel alle initiatieven is er sprake van een helder omschreven doelgroep en krijgen de deelnemers dezelfde opsporing aangeboden. Alleen in het geval van het ORCA project van Pfizer zijn de selectiecriteria flexibel en mede afhankelijk van de (on)mogelijkheden van het Huisarts Informatie Systeem (HIS).

Voor de meeste initiatieven geldt dat de omschreven doelgroep in beginsel op de hoogte kan zijn van het initiatief. In de huisartsensetting worden deelnemers veelal geselecteerd op basis van gegevens uit het HIS en vervolgens schriftelijk uitgenodigd. Initiatieven geïnitieerd door de thuiszorg en/of GGD maken veelal gebruik van de Gemeentelijke Basis Administratie (GBA) om de doelgroep te selecteren of werken voor de selectie samen met huisartsenpraktijken.

Bij open werving, bijvoorbeeld werving in kranten en via posters, is niet te verwachten dat de gehele doelgroep op de hoogte zal zijn van het initiatief. Initiatieven die geheel gebruik maken van open werving zijn de Achmea Health Check/Kring-apotheek. De Achmea Health Check maakt vooral gebruik van internet. Indien de Health Check in de Kring-apotheek plaats vindt, worden deelnemers ook geworven via posters in de apotheek. Initiatieven die gedeeltelijk gebruik maken van open werving zijn: Consultatiebureau voor Senioren van Stichting Icare, Periodieke Controle Gezondheid Senioren van Stichting Thuiszorg Groot Rijnland, Blik op uw gezondheid van GGD Midden Nederland, Preventie Maatwerk van de NHG/LHV en Health Scan Keurcompany van ArboNed.

Tabel 3.2: Kwaliteit van opsporing en vervolgtraject

	Mate van systematische opsporing	Hoogrisico benadering	Gebruik van richtlijnen	Mono- of multi-factorieel	Aandacht voor specifieke doelgroepen	Vervolgtraject is kwalitatief voldoende
Periodieke Controle Gezondheid Senioren (Stichting Thuiszorg Groot Rijnland)	+	-	++	Multi	++	++
Preventief Gezondheidsonderzoek voor Ouderen (GGD Zeeland)	+	-	++	Multi	-	++
Gezond en Wel. Consultatiebureau voor Senioren (Stichting Icare)	+	-	++	Multi	-	+
Preventie Diabetes en Hart- en Vaatziekten in Heino (Carinova)	++	++	++	Multi	-	+
Blik op uw gezondheid (GGD Midden Nederland)	+	-	++	Multi	-	+
Hartslag Limburg (GGD Zuid Limburg)	++	++	++	Multi	++	++
VROECH (Stichting Bloedlink)	++	++	++	Mono	-	++
Screening op FH (StOEH)	++	++	++	Mono	-	++
Preventie Maatwerk (NHG/LHV)	+	++	++	Multi	-	+
Coach project Walcheren (SportZeeland)	++	-	-	Beperkt Multi	-	++
Achmea Health Check	+	++	++	Multi	-	+
Achmea Health Check (Kring-apotheek)	+	++	++	Multi	-	+
HealthCheck Keurcompany (ArboNed)	+	-	?	Multi	-	+
ORCA (Pfizer)	+	++	++	Multi	-	+
Over gewicht gesproken (GGD Amsterdam)	++	++	-	Mono	+	++

- ++ Voldoet aan alle beoordeelde kenmerken
- + Voldoet gedeeltelijk aan de beoordeelde kenmerken
- Voldoet niet aan de beoordeelde kenmerken
- ? Onbekend

Hoogrisico benadering

Negen initiatieven kennen een hoogrisico benadering. De initiatieven gericht op senioren hebben vrijwel alle gekozen voor de meer universele benadering, de doelgroep is de gehele populatie ouderen, wel zijn er specifieke leeftijdscategorieën aangehouden. Toch is de keuze voor senioren ook een risicobenadering te noemen.

De manier waarop hoogrisico patiënten worden geselecteerd is divers. In de huisartsenpraktijk wordt veelal gebruik gemaakt van selectie op basis van risicofactoren geregistreerd in het medisch dossier. In andere gevallen wordt gebruik gemaakt van een voorselectie door middel van een vragenlijst waarop bepaalde risicofactoren bevraagd worden (Carinova, Achmea Health Check).

Gebruik van richtlijnen/standaarden

Vrijwel alle initiatieven (twaalf) maken gebruik van de relevante richtlijnen en standaarden. De NHG standaarden worden het vaakst genoemd. De twee initiatieven die geen gebruik maken van richtlijnen hebben een duidelijke andere invalshoek, één is specifiek gericht op overgewicht, de ander vooral op bewegen. Van één initiatief is het onbekend.

Mono- of multifactoriële benadering

In de nieuwste richtlijnen voor cardiovasculair risicomanagement is de aandacht voor samenhang tussen risicofactoren voor hart- en vaatziekten, ofwel een integrale benadering, een belangrijk uitgangspunt. In dit onderzoek is nagegaan of de aandacht in de opsporing en het vervolgtraject gericht is op één risicofactor op hart- en vaatziekten of meerdere.

Het merendeel van de initiatieven (elf) heeft een multifactoriële benadering. Enkele van de geselecteerde initiatieven zijn gericht op slechts één of enkele risicofactoren. In die gevallen is daarvoor een bewuste keuze gemaakt. Dit zijn de screening op familiale hypercholesterolemie (FH) door de StOEH, het VROECH project door Stichting Bloedlink, het project “Over gewicht gesproken” van de GGD Amsterdam en het COACH project Walcheren van SportZeeland. De screening op FH en het VROECH project zijn vroegtijdige opsporings- of screeningsprojecten op één à twee risicofactoren waarbij in het vervolgtraject wel aandacht is voor de samenhang met andere risicofactoren. Het initiatief van GGD Amsterdam is gericht op de doelgroep jeugd, overgewicht is in dat geval de belangrijkste risicofactor om op te sporen. Binnen het project is overigens wel aandacht voor twee risicofactoren van overgewicht: te weinig bewegen en ongezond eten. Het COACH project heeft gekozen voor de specifieke invalshoek “bewegen” om een zo simpel mogelijke en laagdrempelige boodschap uit te dragen.

Enkele initiatieven (consultatie bureaus voor ouderen/senioren) hebben de opsporing van mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten juist ingebed in een bredere “gezondheidsscreening”. Deze initiatieven hebben ook aandacht voor welbevinden, vallen, depressie, osteoporose en gaan uit van de brede benadering op gezondheidsbevordering in plaats van de risico-benadering. Naast het doen van testen, maken zij gebruik van vragenlijsten. Sommige initiatieven breiden de aandacht voor

vroege opsporing van mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten uit met algemene lichamelijke testen (bijvoorbeeld longfunctieonderzoek).

Aandacht voor specifieke doelgroepen

Bij de vroegtijdige opsporing van mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten is het van belang om specifieke doelgroepen te benoemen waarbij een verhoogd risico te verwachten is, waarbij een grotere opbrengst te verwachten is, of waarvan bekend is dat zij moeilijker bereikbaar zijn. Specifieke aandacht voor groepen met een lage sociaal economische status (SES) en allochtone groepen is essentieel. Deze groepen hebben een minder gezonde leefstijl of preventie vereist een andere aanpak omdat zij andere gezondheidsproblemen hebben of hun gezondheid anders ervaren (www.nationaalkompas.nl).

Slechts enkele initiatieven hebben naast aandacht voor de algemene bevolking ook specifieke aandacht voor allochtonen. Bij het Periodiek Gezondheids Onderzoek Senioren van de Stichting Thuiszorg Groot Rijnland is sinds 2005 expliciet aandacht voor allochtonen. Zo zijn sinds dat jaar Turkse en Marokkaanse verpleegkundigen bij het project betrokken en zijn er afzonderlijke spreekuren voor allochtonen. Het project van de GGD Amsterdam richt zich weliswaar op alle kinderen, maar bij de ontwikkeling van de materialen is wel gedacht aan allochtone kinderen. Zo staan op de posters die voor het project gebruikt worden in de helft van de gevallen allochtone kinderen. Er is bewust voor gekozen het voorlichtingsmateriaal in het Nederlands op te stellen; echter het niveau van het Nederlands dat gebruikt is, is heel eenvoudig (NT-2 niveau). Projectleiders van de overige initiatieven zijn zich vaak wel bewust van deze lacune. Projectleiders geven aan dat bij voorzetting van het project extra aandacht voor groepen met een lage sociaal economische status en allochtonen wenselijk is.

Vervolgtraject

Het vervolgtraject voor mensen met risicofactoren op hart- en vaatziekten wordt omschreven als de mogelijkheid tot doorverwijzing, behandeling, individuele of groepsgerichte leefstijladvisering, cursus of schriftelijk informatiemateriaal.

Het **vervolgtraject** is in dit onderzoek op de volgende aspecten bekeken:

- Sluit voldoende aan bij de opsporing²
- Naast, indien nodige, behandeling is er binnen het vervolgtraject aandacht voor leefstijladvisering
- Sluit aan bij de persoonlijke wensen en motivatie van de deelnemer. Er wordt bijvoorbeeld gebruik gemaakt van motiverende gespreksvoering of zelfmanagement
- Follow-up is aanwezig en/of vervolgtraject bestaat uit meer dan één gesprek³

² De NHG standaard is hierbij het uitgangspunt. Aan alle patiënten met een verhoogd risico op HVZ worden, naast indien nodige behandeling, adviezen gegeven met betrekking tot voeding, alcoholgebruik en lichamelijke activiteit. Bij rokende patiënten is stoppen met roken veruit de belangrijkste maatregel.

³ Na het advies, behandeling of doorverwijzing wordt met de deelnemer nogmaals gesproken over "of het gegeven advies opgevolgd is", "of iemand naar de doorverwezen hulpverlener of preventieve activiteit geweest is", etc.

Een groot deel van de initiatieven blijkt vooral veel aandacht te hebben voor de opsporing en in mindere mate voor het vervolgtraject. Voor ongeveer de helft van de initiatieven geldt dat er geen sprake is van een follow-up of van specifieke aandacht voor de persoonlijke wensen en motivatie van de deelnemer. Eerder (Tabel 3.1) gaven we aan dat er drie vormen van follow-up te onderscheiden zijn in de opsporing. In de eerste plaats is dat het bespreken van de testuitslagen en de advisering in één gesprek. In de beoordeling zijn deze allemaal beoordeeld als “gedeeltelijk voldoen” aan de eisen van een kwalitatief goed vervolgtraject. De tweede vorm van vervolg die we zien, is behandeling in de huisartsenpraktijk. Dit is door ons als gedeeltelijk of volledig kwalitatief voldoende beschouwd. Gedeeltelijk is gegeven wanneer er, naast de behandeling, geen specifieke activiteiten waren die aansluiten bij de persoonlijke wensen en motivering van de opgespoorde persoon. In de derde plaats kan het vervolgtraject bestaan uit meerdere gesprekken, behandeling en follow-up, waarbij aandacht bestaat voor persoonlijke wensen en motivatie. In dat geval is de kwaliteit van het vervolgtraject beoordeeld als “voldoet aan alle kenmerken”. Initiatieven die in het vervolgtraject veel aandacht hebben voor persoonlijke motivatie en een follow-up hebben ingebouwd zijn bijvoorbeeld Thuiszorg Groot Rijnland, GGD Zeeland, GGD Amsterdam en SportZeeland. Zo heeft SportZeeland veel aandacht voor het inpassen van de gedragsverandering in de huidige leefwijze en sluiten zij aan bij de behoefte van de deelnemer. Alleen deelnemers die gemotiveerd zijn voor de gedragsverandering worden begeleid in het vervolgtraject.

3.4 Kenmerken van de setting

De setting waarbinnen de opsporing plaatsvindt, is een ander aspect waar we in dit onderzoek naar gekeken hebben. De projecten zijn uitgevoerd in uiteenlopende settings (zie ook tabel 2.1): thuiszorg, huisartsenpraktijk, GGD, apotheek en de werksetting. De belangrijkste kenmerken van de settings die bekeken zijn, zijn inbedding in het bestaande zorgsysteem, laagdrempeligheid en het gebruik van hulpverleners in dienst van de reguliere zorg (zie tabel 3.3).

Inbedding in bestaand zorgsysteem

Inbedding in het bestaande zorgsysteem is bekeken op verschillende niveaus: inhoudelijk, financieel en organisatorisch. Onderstaand kader geeft de definiëring hiervan aan.

- **Inhoudelijk inbedding:** opsporing en vervolgtraject vinden plaats in de reguliere gezondheidszorg of sector welzijn. Het initiatief is een langdurige of terugkerende interventie
- **Financiële inbedding:** er is voor minimaal 2 jaar financiering en financiering wordt verzorgd door gebruikelijke reguliere financieringsbronnen/regelingen (geen projectfinanciering)
- **Organisatorische inbedding:** zijn er voldoende middelen (materialen, ruimte, computers, ICT ondersteuning) en capaciteit (personeel, doorverwijsmogelijkheden) aanwezig. Tevens is een infrastructuur (locatie, structurele samenwerkingspartners) aanwezig

De initiatieven van de StOEH, Stichting Thuiszorg Groot Rijnland en Stichting Icare zijn geheel ingebed in het reguliere zorgsysteem. De overige projecten zijn gedeeltelijk ingebed in het bestaande zorgsysteem. Voor sommige projecten (bijvoorbeeld Carinova) geldt als enige beperking dat nog niet bekend is of het project wel voortgang zal vinden of dat financiering voor een periode korter dan twee jaar is of dat het project gefinancierd wordt door middel van project financiering. Een andere oorzaak voor het ontbreken van structurele inbedding is het ontbreken van voldoende draagvlak voor het initiatief.

Initiatieven die plaatsvinden in een andere setting dan de gezondheidszorg zijn onder andere SportZeeland en ArboNed, deze vinden plaats binnen een werksetting. Voor de Achmea Health Check kan niet gesproken worden over structurele inbedding in de reguliere zorg omdat de setting waarin de Check wordt gehouden fitness centra en locaties van Care for Human zijn.

Tabel 3.3: Kenmerken van de setting

	Inbedding in bestaand zorgsysteem	Laagdrempeligheid	Gebruik van hulpverleners in dienst van reguliere zorg
Periodieke Controle Gezondheid Senioren (Stichting Thuiszorg Groot Rijnland)	++	++	++
Preventief Gezondheidsonderzoek voor Ouderen (GGD Zeeland)	+	++	++
Gezond en Wel. Consultatiebureau voor Senioren (Stichting Icare)	++	++	++
Preventie Diabetes en Hart- en Vaat- ziekten in Heino (Carinova)	+	++	++
Blik op uw gezondheid (GGD Midden Nederland)	+	++	++
Hartslag Limburg (GGD Zuid Limburg)	+	++	+
VROECH (Stichting Bloedlink)	+	+	++
Screening op FH (StOEH)	++	++	+
Preventie Maatwerk (NHG/LHV)	+	++	++
Coach project Walcheren (Sport- Zeeland)	-	++	+
Achmea Health Check	+	+	-
Achmea Health Check (Kring- apotheek)	+	++	++
HealthCheck Keurcompany (ArboNed)	+	+	+
ORCA (Pfizer)	+	++	+
Over gewicht gesproken (GGD Amsterdam)	+	++	++

++ Voldoet aan alle beoordeelde kenmerken
+ Voldoet gedeeltelijk aan de beoordeelde kenmerken
- Voldoet niet aan de beoordeelde kenmerken

Laagdrempeligheid

Om de laagdrempeligheid van een initiatief te kunnen bepalen is gekeken naar verschillende aspecten (zie kader).

Laagdrempeligheid van de setting

- De mate waarin de doelgroep voldoende wordt bereikt
- Bekendheid van de setting bij de doelgroep
- Bereikbaarheid van de setting (geografisch en tijd)
- Een al dan niet aanwezige vertrouwensband
- De mate waarin de setting aansluit bij het type initiatief

Geconcludeerd kan worden dat vrijwel alle geselecteerde initiatieven laagdrempelig zijn. Slechts drie initiatieven zijn gedeeltelijk laagdrempelig te noemen. Reden daarvoor is dat de setting onvoldoende bekend is of onvoldoende de doelgroep bereikt. Wanneer te betalen kosten meegenomen worden als criterium, dan geldt dat de Health Checks van Achmea minder laagdrempelig zijn: er moet voor betaald worden.

Gebruik van hulpverleners in dienst van de reguliere zorg

Er is gekeken in welke mate initiatieven gebruik maken van reguliere hulpverleners. In sommige initiatieven wordt naast reguliere hulpverleners gebruik gemaakt van specifieke hulpverleners die speciaal ingezet zijn ten behoeve van het project. Aan de ene kant kan de inzet van specifieke hulpverleners die niet ingebed zijn in bestaande structuren een belangrijke meerwaarde hebben voor de kwaliteit van het project en de implementatie. Aan de andere kant zal meer moeite gedaan moeten worden om de activiteiten bij de reguliere zorg te laten aansluiten en daarnaast is bekend dat de financiering van deze hulpverleners een belangrijk knelpunt kan zijn.

Hulpverleners in dienst van de reguliere zorg:

- In hoeverre maken initiatieven gebruik van hulpverleners in dienst van de reguliere zorg die al aanwezig zijn binnen de setting?
- In hoeverre maakt men gebruik van hulpverleners die specifiek voor het project zijn ingezet?
- In hoeverre is financiering gewaarborgd voor deze specifieke hulpverleners?

De Achmea Health Check/Kring-apotheek maakt geen gebruik van reguliere hulpverleners. Zes initiatieven maken naast reguliere hulpverleners gebruik van specifieke functionarissen. De initiatieven van Pfizer, ArboNed en SportZeeland zetten verpleegkundigen van een onafhankelijke organisatie in. De StOEH maakt gebruik van Genetic Field Workers, Preventie Maatwerk en Hartslag Limburg van gezondheidsadviseurs.

3.5 Proces

Onder het kenmerk “ proces” vallen in dit onderzoek drie elementen: de mate waarin er aandacht is voor participatie van de doelgroep, de mate waarin er aandacht is besteed aan het creëren van draagvlak bij intermediairen en het feit of er al dan niet een evaluatie heeft plaatsgevonden (Tabel 3.4).

Aandacht voor participatie van en afstemming op de doelgroep

Participatie van de doelgroep en afstemming van het initiatief op de doelgroep is van belang om de interventie aan te laten sluiten bij de behoefte van de doelgroep en het effect zo optimaal mogelijk te laten zijn. In de beoordeling van preventieprogramma's (bijvoorbeeld Preffi 2.0) is veel aandacht voor dit item.

Participatie van en afstemming met de doelgroep

- De doelgroep of vertegenwoordigers van de doelgroep zijn betrokken geweest bij de opzet en ontwikkeling van het initiatief
- Binnen de interventie is aandacht voor culturele en sociaal-economische verschillen
- De omgeving van de deelnemer (familie, buurt) is betrokken in de opsporing of het vervolgtraject

Bij acht initiatieven is aandacht voor participatie van de doelgroep bij de ontwikkeling en keuze van de interventie, bij twee initiatieven gedeeltelijk en bij vijf initiatieven niet. Bij StOEH is bijvoorbeeld de patiëntenorganisatie Bloedlink betrokken: “*De patiëntenorganisatie is altijd betrokken geweest bij dit project en zit er heel dicht op*”. ORCA raadpleegde patiëntenverenigingen tijdens de ontwikkeling van de interventie. Bij Stichting Thuiszorg Groot Rijnland waren de ouderenbonden en de cliëntenraad vertegenwoordigd in de projectgroep. GGD Zeeland heeft eerst een behoefte-onderzoek gedaan en vertegenwoordigers van de ouderenbonden waren in de stuurgroep vertegenwoordigd. De GGD-Amsterdam (score “gedeeltelijk”) heeft kinderen betrokken bij het beoordeling van het campagnemateriaal.

Aandacht voor draagvlak en samenwerking

Aandacht voor draagvlak creëren bij intermediaire organisaties is een belangrijke voorwaarde voor succes van een initiatief (zie ook Preffi 2.0). Dit bijvoorbeeld omdat een aantal partijen in het vervolgtraject een rol spelen (bijvoorbeeld de huisarts, diëtist).

Aandacht voor draagvlak: initiatiefnemers maken gebruik van adequate strategieën om draagvlak te bevorderen, als informatievoorziening, sleutelfiguren, klankbordgroep, werkgroep en samenwerking.

Vrijwel alle initiatieven hebben aandacht besteed aan het verkrijgen van draagvlak. Opgemerkt kan worden dat er veel verschil is in de manieren waarop dit is gedaan. Dat blijkt vooral te maken te hebben met de grootte van een initiatief en het aantal samenwerkingspartners. Zo heeft Hartslag Limburg enkele jaren geïnvesteerd in het ontwikkelen van samenwerking en draagvlak en een kleinschalig project als Carinova kon in betrekkelijk weinig tijd draagvlak verkrijgen bij de enige samenwerkingspartner van

het project, de huisarts.

Tabel 3.4: Beoordeling procesfactoren

	Aandacht voor participatie van en afstemming op de doelgroep	Aandacht voor draagvlak	Evaluatie uitgevoerd of gepland
Periodieke Controle Gezondheid Senioren (Stichting Thuiszorg Groot Rijnland)	++	++	++
Preventief Gezondheidsonderzoek voor Ouderen (GGD Zeeland)	++	++	++
Gezond en Wel. Consultatiebureau voor Senioren (Stichting Icare)	++	++	++
Preventie Diabetes en Hart- en Vaatziekten in Heino (Carinova)	-	++	++
Blik op uw gezondheid (GGD Midden Nederland)	+	++	++
Hartslag Limburg (GGD Zuid Limburg)	++	++	++
VROECH (Stichting Bloedlink)	++	++	++
Screening op FH (StOEH)	++	++	++
Preventie Maatwerk (NHG/LHV)	-	++	++
Coach project Walcheren (SportZeeland)	++	++	++
Achmea Health Check	-	++	++
Achmea Health Check (Kring-apotheek)	-	++	++
HealthCheck Keurcompany (ArboNed)	-	?	++
ORCA (Pfizer)	++	++	++
Over gewicht gesproken (GGD Amsterdam)	+	+	++

- ++ Voldoet aan alle beoordeelde kenmerken
- + Voldoet gedeeltelijk aan de beoordeelde kenmerken
- Heeft geen van de beoordeelde kenmerken
- ? Onbekend

Evaluaties

Bij alle initiatieven vormen proces- en effectevaluaties een onderdeel van het project. Wel is een groot verschil zichtbaar in de kwaliteit en de uitgebreidheid van de evaluaties. In sommige gevallen wordt alleen de tevredenheid van de deelnemers gemeten, in andere gevallen, bijvoorbeeld bij StOEH en Hartslag Limburg zijn er uitgebreide evaluaties waarin bijvoorbeeld ook naar kosteneffectiviteit gekeken wordt. Dit wordt bepaald door de grootte van het te besteden budget. Er wordt in een groot aantal gevallen samengewerkt met universiteiten.

3.6 Effect

Het effect van initiatieven is beoordeeld aan de hand van de mate van succesvolle werving, mate van deelname aan de opsporing en deelname aan het vervolgtraject (zie tabel 3.5). Er zijn verschillende initiatieven waarbij de resultaten van evaluatieonderzoek nog niet bekend zijn.

Tabel 3.5: Beoordeling effecten

	Succesvolle werving	Deelname aan opsporing	Deelname aan vervolgt traject
Periodieke Controle Gezondheid Senioren (Stichting Thuiszorg Groot Rijnland)	++	++	++
Preventief Gezondheidsonderzoek voor Ouderen (GGD Zeeland)	++	++	-
Gezond en Wel. Consultatiebureau voor Senioren (Stichting Icare)	++	++	++
Preventie Diabetes en Hart- en Vaatziekten in Heino (Carinova)	+	+	?
Blik op uw gezondheid (GGD Midden Nederland)	++	++	++
Hartslag Limburg (GGD Zuid-Limburg)	+	?	++
VROECH (Stichting Bloedlink)	-	-	-
Screening op FH (StOEH)	+	++	+
Preventie Maatwerk (NHG/LHV)	+	++	++
Coach project Walcheren (SportZeeland)	?	?	?
Achmea Health Check	++	++	++
Achmea Health Check (Kring-apotheek)	++	++	++
HealthCheck Keurcompany (ArboNed)	?	?	?
ORCA (Pfizer)	++	++	++
Over gewicht gesproken (GGD Amsterdam)	?	?	?

++ Voldoet aan alle beoordeelde kenmerken
 + Voldoet gedeeltelijk aan de beoordeelde kenmerken
 - Heeft geen van de beoordeelde kenmerken
 ? Onbekend

Het bereiken van de doelgroep en deelname aan de opsporing en vervolgt traject is voor ongeveer de helft van de initiatieven als voldoende gekwalificeerd. Vijf initiatieven hebben (nog) geen gegevens beschikbaar. Eén initiatief ervaart op alle fronten zodanige knelpunten dat deze als niet voldoende zijn aangemerkt. Enkele initiatieven zijn gedeeltelijk voldoende te noemen.

Succesvolle werving

Het bereiken van de doelgroep levert over het algemeen geen problemen op, ook niet voor de initiatieven die zich deels richten op specifieke maatschappelijke groepen als mensen met een lage SES en van allochtone afkomst. Dat heeft te maken met verschillende factoren, zoals het gebruik van een succesvolle wervingsmethode en het feit dat een initiatief aansluit bij de behoefte van de doelgroep. Er lijken geen verschillen te bestaan in het bereiken van de doelgroep tussen initiatieven die gebruik maken van een open werving (krant, internet, folder) en initiatieven die actief de deelnemers benaderen en gericht uitnodigen. Er zijn twee initiatieven waarbij de doelgroep gedeeltelijk of onvoldoende wordt bereikt. Cruciaal knelpunt daarbij blijkt beperkt draagvlak bij een belangrijke uitvoerende partij te zijn (huisarts).

Deelname aan opsporing

Als deelnemers geworven zijn stromen zij vrijwel automatisch door naar de opsporing. Het aantal geworven deelnemers is over het algemeen gelijk aan het aantal deelnemers dat deelneemt aan de opsporing.

Deelname aan vervolgtraject

Deelname aan het vervolgtraject komt voor de helft van de initiatieven overeen met de vooraf gestelde doelstelling. In andere gevallen is het aantal deelnemers van het vervolgtraject lager dan de gestelde doelstelling.

3.7 Samenvatting

De geselecteerde initiatieven maken gebruik van dan wel een hoogrisico benadering dan wel een universele benadering. Het merendeel is gericht op de algemene bevolking en heeft geen aandacht voor specifieke maatschappelijke groepen. Wel is er specifieke aandacht voor senioren of jeugd met overgewicht.

In alle initiatieven wordt geheel of gedeeltelijk gebruik gemaakt van systematische opsporing, evaluaties worden uitgevoerd en bestaande richtlijnen op het gebied van hart- en vaatziekten worden door vrijwel alle initiatieven gebruikt. De nadruk ligt in de initiatieven veel meer op de opsporing dan op het vervolgtraject. In de helft van de gevallen is er beperkte aandacht voor gedragsverandering en follow-up. Aandacht voor participatie en afstemming op de doelgroep is geen vanzelfsprekendheid gebleken aangezien ongeveer de helft van de initiatieven hier beperkte of geen aandacht voor heeft. Daarentegen wordt het verkrijgen van draagvlak bij intermediaire organisaties als een belangrijk onderdeel van initiatief gezien. Vrijwel alle organisaties besteden hier aandacht aan. De initiatieven zijn ingebed of deels ingebed binnen bestaande zorgstructuren. Opgemerkt moet worden dat financiële beperkingen het belangrijkste knelpunt vormen om structurele inbedding te kunnen realiseren. Alle initiatieven investeren veel in ontwikkelkosten en evaluaties terwijl voor een deel van de initiatieven uitzicht op implementatie beperkt is.

Het bereiken van de doelgroep is voor vrijwel alle initiatieven goed. Evaluaties zijn voor een groot deel van de initiatieven nog niet beschikbaar waardoor nog geen uitspraken gedaan kunnen worden in hoeverre daadwerkelijk sprake is van effect op risicofactoren of leefstijlaanpassing.

4 Succesfactoren en belemmeringen

4.1 Inleiding

In het vorige hoofdstuk kwamen de kenmerken aan bod van de 15 initiatieven die opgenomen zijn in onze evaluatie. In dit hoofdstuk gaan we in op de factoren die door de vertegenwoordigers van de initiatieven als basis voor succes gezien worden. Daarnaast worden ook de belemmeringen die zij ervoeren beschreven. De ervaringen worden aangevuld met gegevens uit de interviews met vertegenwoordigers van de koepelorganisaties, patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars. Deze vertegenwoordigers is eveneens gevraagd naar wat zij kansvolle ontwikkelingen vinden en wat daarbij mogelijke belemmeringen zijn. Na het beschrijven van succesfactoren en belemmeringen besteden we in dit hoofdstuk verder aandacht aan de kansen en bedreigingen voor implementatie van dergelijke initiatieven.

Bij dit alles is draagvlak in het veld belangrijk. Uit de interviews met vertegenwoordigers van de belangrijke veldpartijen blijkt dat men over het algemeen kritisch staat ten opzichte van screening van de algemene bevolking. Hiervoor dragen zij verschillende redenen aan zoals angst die zo'n screening kan veroorzaken bij deelnemers, de kans op vals-positieve uitslagen en de vraag of een screening wel kosteneffectief is. De meeste organisaties voelen daarom meer voor een hoogrisicobenadering, waarbij dan wel voldoende aandacht moet zijn voor het aanbieden van een vervoltraject in de vorm van leefstijladvies, begeleiding en waar nodig behandeling. De landelijke organisaties geven aan ondersteuning te willen bieden aan initiatieven voor opsporing van mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten. Deze ondersteuning zien zij vooral in de vorm van lobby, belangenbehartiging en faciliteren en coördineren van activiteiten. In paragraaf 4.4. gaan we nader in op het draagvlak en de rol die verschillende organisaties daarin voor zichzelf weggelegd zien.

4.2 Succesfactoren

Hieronder noemen we de factoren die door vertegenwoordigers van de verschillende initiatieven als **succesfactor** zijn genoemd. Deze succesfactoren zijn verschillend van aard. Deels hebben zij betrekking op de organisatie, deels op de samenwerking en deels op de personele invulling.

Aansluiten bij de behoefte van de doelgroep

De behoefte aan initiatieven gericht op de vroege opsporing van mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten lijkt groot. Op een enkel initiatief na (StOEH, Stichting Bloedlink) zijn er nauwelijks knelpunten ervaren in de werving van de beoogde

doelgroep. Verschillende vertegenwoordigers van initiatieven concluderen dan ook dat de behoefte van de doelgroep aan een dergelijk project een succesfactor is te noemen. Dit betreft vooral de initiatieven die een uitgebreide opsporing en meting aanbieden (Stichting Thuiszorg Groot Rijnland, Achmea, GGD Midden Nederland, Stichting Icare, GGD Amsterdam, Coach project Walcheren). De projectleider van GGD Midden Nederland omschrijft het als volgt: *“Mogelijkheid van testen trekt de deelnemers aan, met name de cholesteroltest is populair”*. De projectleider van Achmea beschouwt de aandacht voor gezondheid als oorzaak voor deze behoefte: *“Mensen krijgen steeds meer interesse in hun eigen gezondheid en willen dit graag in getal en maat uitgedrukt zien”*. Ook sluit de inhoud van verschillende initiatieven en de boodschap erg goed aan bij de doelgroep (Stichting Bloedlink, Stichting Icare, Coach project Walcheren, GGD Amsterdam). De projectleider van Coach project Walcheren: *“De boodschap sluit erg goed aan bij de doelgroep. Het gaat om het aanleren van een actieve leefstijl. Meer bewegen inpassen in het dagelijks leven en niet persé sporten”*.

In de interviews met koepel- en patiëntenorganisaties is door de projectleider preventie en curatie van het NPHF het aansluiten op de persoonlijke behoefte eveneens als succesfactor genoemd: *“Het is belangrijk dat samenwerking met welzijn, GGD, thuiszorg en dergelijke plaats vindt. In verschillende projecten in buurthuizen laten ze het vervolgtraject aansluiten op de regionale mogelijkheden en de persoonlijke behoefte. Om gedragsverandering te bewerkstelligen is deze aansluiting bij persoonlijke behoefte noodzakelijk”*.

Kwalitatief goed project

Verschillende projectleiders noemen het kwalitatief goede vervolgtraject als succesfactor. De aandacht voor persoonlijke motivatie en gedragsverandering is daar onderdeel van en wordt door drie projectleiders genoemd (Carinova, Hartslag Limburg, Coach project Walcheren). Zo zegt de projectleider van GGD Zeeland: *“De verwachting is dat systematische screening, gebruik van geautomatiseerde anamnese en samenhang met het vervolgaanbod in combinatie met het persoonlijke motiverende contact met de wijkverpleegkundige succesfactoren zijn”*. Andere factoren die bijdragen aan succes zijn het gebruik van het reguliere aanbod in de zorg en de sector welzijn (Carinova, Hartslag Limburg).

Voor vertegenwoordigers van koepel- en patiëntenorganisaties is het effect van het initiatief en de mate van het bereiken van de beoogde doelgroep een graadmeter van succes. Genoemd worden het kunnen bereiken van grote groepen met een effectieve maatregel, of juist het kunnen vinden van hoogrisico groepen.

Goede samenwerkingsrelaties en draagvlak

Een goede samenwerkingsrelatie met en draagvlak bij intermediaire organisaties wordt door vertegenwoordigers van diverse initiatieven als erg belangrijk genoemd (Stichting Thuiszorg Groot Rijnland, GGD Amsterdam, Achmea, GGD Midden Nederland, StOEh, GGD Zeeland, Carinova, Stichting Icare, Pfizer, SportZeeland). Het samenwerken met en het creëren van draagvlak bij lokale organisaties wordt belangrijk gevonden, maar dat geldt ook voor landelijke organisaties. Verschillende factoren zijn hierop van invloed. Zo

heeft een al aanwezige samenwerkingsrelatie een positieve invloed op het verkrijgen van draagvlak en het samenwerken (GGD Amsterdam). Over het algemeen lijken vertegenwoordigers van initiatieven met een beperkt aantal samenwerkingspartners de samenwerking vooral als een belangrijke succesfactor te ervaren (Carinova, SportZeeland, Achmea, Pfizer). Maar ook vertegenwoordigers van initiatieven waarin wordt samengewerkt met veel partijen noemen samenwerking als een belangrijke succesfactor. Hierbij is de grote mate aan aandacht voor het verkrijgen van draagvlak dan wel een essentiële voorwaarde (Stichting Thuiszorg Groot Rijnland, GGD Midden Nederland, Stichting Icare). Het ORCA project van Pfizer en het initiatief van Stichting Icare zien samenwerking en draagvlak als zo'n belangrijke succesfactor dat dit een voorwaarde is bij de selectie van deelnemende huisartsenpraktijken.

Een goede samenwerkingsrelatie met en draagvlak bij huisartsen is door verscheidene projectleiders genoemd als succesfactor (Carinova, Stichting Bloedlink, Pfizer, Stichting Icare, GGD Amsterdam, NHG, GGD Zuid Limburg). Nauwe samenwerking en draagvlak bij huisartsen wordt als noodzakelijk gezien voor de werving van de deelnemers en een succesvol vervolgtraject. De projectleider van Carinova zegt: *“Huisartseninbreng is van groot belang bij ontwikkeling van het project en bij de werving en nazorg”*. Enkele methoden die gebruikt zijn om het draagvlak bij huisartsen te vergroten zijn: huisartsen betrekken bij de ontwikkeling van het project, terugkoppeling van gegevens naar huisartsen door benchmark en spiegelrapportages, goede wetenschappelijke ondersteuning/evaluatie. De aanwezigheid van ondersteund personeel (praktijkondersteuners op HBO-niveau – POH's, assistenten, etc) en een acceptabele werkbelasting dragen tevens bij aan het draagvlak bij huisartsen. Aandacht voor het draagvlak bij huisartsen is ook in de interviews met koepel- en patiëntenorganisaties aan de orde geweest. Hierbij worden de volgende elementen genoemd:

- Een initiatief een gecoördineerde actie laten zijn, waar huisartsen onderdeel van zijn
- Ervoor zorg dragen dat een initiatief huisartsen niet meer werk oplevert maar gebruik maken van protocollen zodat het mogelijk is werk te delegeren
- Medewerking van een huisarts zou optioneel moeten zijn
- Praktijkondersteuners inzetten
- Financiering waarborgen.

De beleidsmedewerker van het NHG drukt het als volgt uit: *“Het vervolgtraject vanaf het begin goed inbedden bij de huisarts is erg belangrijk om weerstanden te voorkomen.”*

Ook in de interviews met koepel- en patiëntenorganisaties is de aandacht voor samenwerking een succesfactor genoemd. Welke prioriteit zij aan samenwerken stellen is per organisatie verschillend. Enkele voorbeelden zijn: samenwerken met sector welzijn, samenwerken met andere disciplines binnen de eerstelijnsgezondheidszorg, samenwerking tussen landelijke organisaties en goede samenwerking met degene waar een initiatief naar verwijst (bijvoorbeeld de huisarts). De programmamanager preventie van de Nierstichting: *“Het is goed als eerstelijnsorganisaties meedenken in dit proces van de ontwikkeling van vroege opsporing. Door mee te werken aan deze initiatieven wordt de ontwikkeling van vroege opsporing niet belemmerd, maar kan juist worden gestuurd. Als je open staat en meedenkt, heb je meer invloed”* De programmaleider preventieve zorg van GGD Nederland benadrukt het belang voor cultuurverschillen

tussen de verschillende samenwerkingspartners: *“De huisarts en paramedische beroepsgroepen zijn veelal zelfstandige ondernemers met erg drukke banen. Het is erg belangrijk draagvlak bij deze partners te krijgen, aandacht voor hun beperkte tijd te hebben in plaats van dit uitleggen als onwil.”*

Onderdeel van reguliere werkzaamheden

Er zijn enkele initiatieven waarbij de werkzaamheden in grote mate onderdeel zijn van de reguliere werkzaamheden (GGD Amsterdam, Stichting Bloedlink), dit wordt als een succesfactor ervaren. Veel initiatieven in de huisartsenpraktijk zijn ook ingebed in de reguliere werkzaamheden. Het blijkt dat samenwerkingsverbanden al aanwezig zijn, doorverwijzing gebeurt op reguliere wijze en het vergemakkelijkt implementatie van het project.

Ondersteuning en coördinatie door aparte organisatie

Naast het onderdeel zijn van reguliere activiteiten noemen een aantal vertegenwoordigers van initiatieven het juist positief als een aparte organisatie de ondersteuning en coördinatie voor zijn rekening neemt. Voor de coördinatie en planning is personele capaciteit noodzakelijk en voor de logistieke ondersteuning gaat het naast personele capaciteit om middelen en materialen. Voor kleine organisaties blijkt dit soms een grote belasting te zijn (GGD Zeeland). Een aantal initiatieven maakt voor deze ondersteuning gebruik van een aparte organisatie die buiten de reguliere hulpverleningsstructuren staat (Pfizer, Achmea/Kring-apotheek, StOEH). Zij noemen deze ondersteuning een succesfactor. Naast de logistieke ondersteuning verzorgen dergelijke aparte organisaties soms ook de uitvoering van het project.

In het initiatief van Carinova, een thuiszorgorganisatie, wordt nauw samengewerkt met één huisarts. De projectleider noemt het in dit verband een succesfactor dat de thuiszorg veel logistieke mogelijkheden biedt: *“Er is een PR afdeling, postkamer, automatisering, telefooncentrale aanwezig”*.

Inzet van specifieke hulpverlener

De inzet van specifieke, niet reguliere, hulpverleners wordt door enkele initiatieven genoemd als succesfactor. StOEH: *“Er is een goede regionale inbedding van het project door aparte hulpverleners Genetic Field Workers”*. Het zijn vooral initiatieven in de huisartsenpraktijk die gebruik maken van specifieke hulpverleners. Het initiatief van Pfizer zet POH's in, het initiatief van de NHG maakt gebruik van preventieconsulenten en GGD Zuid Limburg van gezondheidsadviseurs. Deze functionarissen hebben niet allemaal dezelfde rol en verantwoordelijkheden maar wat zij delen als succesfactor is de ondersteuning en begeleiding die zij bieden bij de uitvoering van het project en de rol die zij vervullen bij de implementatie van het project in de huisartsenpraktijk. Bij enkele initiatieven hebben zij tevens een rol in de uitvoering (GGD Zuid Limburg, StOEH). SportZeeland huurt coaches in bij een externe organisatie.

Setting: toegankelijkheid

Projectleiders noemen verschillende succesfactoren die te maken hebben met de specifieke setting. Men is van mening dat de setting moet bijdragen aan het zo goed mogelijk bereiken van de doelgroep. SportZeeland en Achmea, noemen de *“laagdrempelige en*

niet-medische setting” als succesfactor. De vertegenwoordiger van de Kring-apotheek stelt: *“De Apotheek is een goede setting voor het uitvoeren van de Achmea Health Check. Patiënten hebben veel vertrouwen in een apotheek, de vertrouwensrelatie is al aanwezig. De apotheek heeft tijd en aandacht.”* GGD Midden Nederland: *“Wij kiezen voor locaties waar een relaxte sfeer te creëren is. Ook het inzetten van bekende vrijwilligers en professionals, wat een gevoel van herkenning geeft is een succesfactor te noemen”*. Carinova en GGD Zuid Limburg zien de huisartsenpraktijk als een toegankelijke setting. De projectleider van GGD Zuid Limburg: *“De huisarts vormt de spil tussen de nulde lijn en eerste lijn, zij hebben al een vertrouwensband met de cliënten”*. Het belang van het betrekken van de huisarts bij de werving van deelnemers is ook genoemd. Zo lijkt een uitnodigingsbrief verstuurd door een huisartsenpraktijk goed te werken. De projectleider van Carinova noemt het wijkgebouw van de thuiszorg tevens als laagdrempelige setting.

Er zijn door de geïnterviewden van koepel- en patiëntenorganisaties verschillende settings genoemd voor vroege opsporing van risicofactoren op hart- en vaatziekten. Laagdrempeligheid van de setting is de meest genoemde succesfactor. Genoemde settings binnen de reguliere gezondheidszorg zijn de huisartsenpraktijk, de thuiszorg, de GGD en de apotheek. De huisartsenpraktijk als setting voor vroege opsporing wordt het vaakst genoemd, bijvoorbeeld door vertegenwoordigers van organisaties als zorgverzekeraar Agis, Diabetes Fonds, Nederlandse Diabetes Federatie, LVG, NHG, Nierstichting, NPCF. Voordelen van deze setting zijn volgens de geïnterviewden:

- het aanwezige elektronisch patiëntensysteem
- mogelijkheden voor integratie in dagelijkse werkzaamheden van de huisarts en/of ondersteunend personeel
- preventiemedewerkers die ingezet kunnen worden en nu al werkzaam zijn bij andere preventieprogramma's als baarmoederhalskanker
- persoonlijke band
- draagvlak bij patiënten
- laagdrempelig karakter en goede bereikbaarheid.

Aan de andere kant zijn er organisaties die pleiten voor een laagdrempelige en niet-medische setting om vroege opsporing en het vervolgtraject in uit te voeren (Zorgverzekeraar Achmea, NIZW, Stichting Bloedlink). De directeur van Stichting Bloedlink: *“Leefstijlbevordering hoort plaats te vinden in een niet-medische setting en moet aantrekkelijk gemaakt worden voor de cliënt. In een medische setting is er meestal onvoldoende tijd voor leefstijlbevordering. De samenwerking met bijvoorbeeld sportscholen is belangrijk”*. Vertegenwoordigers van het NIGZ, Stichting Bloedlink en de Nierstichting denken dat naast de reguliere gezondheidszorgsetting ook andere settings, als school en werk, kansrijk kunnen zijn. Zo zegt de programmamanager preventie van de Nierstichting: *“Ook kan gedacht worden aan een geformaliseerde setting tussen de thuissituatie en de gezondheidszorg”*.

De projectleider Preventie en Curatie van de NPHF pleit ervoor om eerst de doelgroep te bepalen en vervolgens de setting: *“Het is belangrijk om eerst de doelgroep te bepalen en vervolgens de setting te definiëren die het beste aansluit. De ingang van preventie kan binnen de gezondheidszorg zijn maar het uiteindelijk realiseren van de doelstelling kan ook buiten de gezondheidszorg plaats vinden”*.

Afstemming tussen settings/organisaties

Veel organisaties pleiten voor een goede afstemming en samenwerking met verschillende organisaties binnen de eerste lijn, zoals GGD, fysiotherapeuten, diëtisten en thuiszorg, ten aanzien van vroege opsporing en het vervolgtraject. De beleidsmedewerker van de KNGF ziet samenwerking als belangrijkste voorwaarde. Op de vraag wat zij omschrijft als een kansrijke setting: *“Initiatieven in settings waar de keten al op gang is. Dat wil zeggen waar al wordt samengewerkt met de verschillende partijen en die verschillende partijen zien ook hun rol in de keten en zijn daar verantwoordelijk voor. Het aanbod van het vervolgtraject en contacten hiermee zijn al aanwezig”*.

Veel organisaties gaan er daarbij van uit dat vroege opsporing en het vervolgtraject niet plaats vindt in één specifieke setting. De beleidsmedewerker van het NHG spreekt daarentegen wel zijn voorkeur uit voor het niet uit elkaar trekken van de vroege opsporing en het vervolgtraject. De directeur van de Nederlandse Diabetes Federatie kan zich juist voorstellen dat het bereiken van de doelgroep plaats vindt buiten de reguliere gezondheidszorg: *“Mensen met een verhoogd risico op diabetes komen terecht binnen de gezondheidszorg. Maar het bereiken van de doelgroep zal plaats moeten vinden op allerlei plaatsen, dus ook buiten de gezondheidszorg”*. Door anderen wordt de thuiszorg gezien als een belangrijke “vindplaats” van mensen met risicofactoren. De projectleider Preventie en Curatie van de NPHF: *“De curatieve zorg is een kansrijke setting voor preventieprojecten. Mensen zijn eerder gemotiveerd omdat ze al met klachten komen, de verbinding met zorg kan meer benut worden en de curatieve sector in de eerste lijn heeft al een verbinding met welzijn in de wijk en de GGD”*.

Aanwezigheid van financiering

Financiering is een belangrijke voorwaarde voor het kunnen implementeren van een initiatief. Niet bij alle initiatieven was de financiering een gemakkelijk onderdeel. Integendeel, de aanwezigheid van financiering is slechts door twee projectleiders als succesfactor voor hun project genoemd (StOEH, Hartslag Limburg). De directeur van StOEH zegt: *“Het is een succesfactor dat er structurele subsidie is voor een afgebakende periode”*. Dat aanwezigheid van financiële middelen tijdens de projectperiode geen voorwaarde is voor structurele financiering blijkt uit het project Hartslag Limburg. Het project heeft in de oorspronkelijk vorm geen doorgang gevonden, onder andere door onvoldoende politiek en financieel draagvlak.

Dat voldoende financiering een succesfactor is voor initiatieven wordt ook gedeeld door vertegenwoordigers van koepel- en patiëntenorganisaties. Sommige organisaties zijn van mening dat aan deelnemers een eigen bijdrage kan worden gevraagd (Nierstichting, zorgverzekeraar Achmea).

Het kader op de volgende pagina vat de genoemde succesfactoren samen.

Succesfactoren genoemd in interviews met vertegenwoordigers van initiatieven en organisaties

- Het voldoen aan een behoefte van mensen, wat blijkt uit de succesvolle werving
- Goede kwaliteit van het project, bijvoorbeeld gedegen invulling van het vervoltraject of het goed bereiken van de doelgroep
- Goede samenwerking met intermediaire organisaties en personen, met name de huisarts
- Het onderdeel uitmaken van de reguliere werkzaamheden
- Logistieke ondersteuning en coördinatie door een aparte organisatie
- Inzet van specifieke hulpverleners, bijvoorbeeld preventieconsulenten
- Goede toegankelijkheid van de setting
- Aansluiten van de setting bij de doelgroep
- Goede financieringsstructuur

4.3 Belemmeringen

In de interviews met initiatieven en organisaties is ook een aantal factoren naar voren gekomen die het succes van initiatieven voor vroege opsporing kunnen belemmeren.

Knelpunten bij financiering

Vrijwel alle initiatieven ervaren knelpunten op het gebied van de financiering. Voor het merendeel van de initiatieven geldt dat financiering slechts voor de (korte) projectperiode geregeld is, met vaak de daarbij aanwezige ondervonden knelpunten. Dit vormt dan ook de grootste bedreiging voor structurele implementatie van de projecten. Er lijken meer kansen te zijn voor langdurige financiering als het project goed past binnen het bestaande gemeentebestuur (SportZeeland), als het landelijk beleid is van de overheid (StOEH) als reguliere gelden worden ingezet en als er veel publiciteit voor en vraag is naar een dergelijk project (Stichting Thuiszorg Groot Rijnland).

Vrijwel alle vertegenwoordigers van geïnterviewde koepel- en patiëntenorganisaties benadrukken de knelpunten op het gebied van financiering. De financiële knelpunten hebben te maken met beperkte budgetten voor preventie bij overheid en zorgverzekeraars en zij hebben hun oorsprong in de financieringsstructuur. De manager zorg huisartsen van een zorgverzekeraar zegt: *“Door 1-jarige polissen krijgen verzekeraars geen financiële prikkels om te investeren in preventieprogramma’s”* tevens zegt hij: *“de concurrentie neemt toe, dus als zorgverzekeraar investeer je niet in initiatieven die in eerste instantie niet winstgevend lijken of niet onderscheidend genoeg zijn”*. Een veel gestelde voorwaarde voor structurele financiering is bewezen effectiviteit, maar juist vanwege de korte looptijd van initiatieven en het beperkte budget kan effectiviteit maar beperkt worden onderzocht.

Tevens biedt de veranderende financiering in de thuiszorg en voor diëtisten wat betreft preventie en voorlichting en de onduidelijke rol van de Regionale Ondersteuning

Structuur (ROS) veel onzekerheden voor de toekomst.⁴ Specifieke knelpunten die worden aangekaart, zijn het niet bestaan van reguliere vergoedingen voor groepsactiviteiten gericht op het aanpakken van leefstijl risicofactoren en de financieringsstructuur van huisartsen die weinig mogelijkheden biedt voor opsporing en groepsbeïnvloeding.

Samenwerking en draagvlak huisarts

Knelpunten in samenwerking met de huisarts zijn veel genoemde faalfactoren door projectleiders van initiatieven en komen op verschillende manieren naar voren. Er zijn problemen bij de doorverwijzing; er zijn problemen bij het aanleveren van deelnemers of de resultaten van het project zijn zeer beperkt. Vaak hebben deze problemen te maken met onvoldoende draagvlak voor het initiatief bij huisartsen. Men staat niet achter de filosofie van het project, men voelt zich niet betrokken, men voelt zich gepasseerd. De directeur van de Nederlandse Diabetes Federatie: *“Er heerst veel scepsis bij de huisartsen ten opzichte van leefstijlbegeleiding en preventie. Zij vragen zich sterk af wat het nut is. Zij blijken ook weinig samen te werken met diëtisten. De huisarts is wel de kern van preventie en vroege opsporing, een essentiële schakel”*.

Onvoldoende draagvlak in combinatie met werkdruk lijkt een cruciale negatieve invloed te hebben op een project. Er worden vooral knelpunten in de samenwerking met huisartsen gezien door de volgende organisaties: StOEH, Achmea, Kring-apotheek, GGD Midden Nederland, Pfizer, Stichting Bloedlink, GGD Zeeland, GGD Zuid Limburg, NIZW, KNGF, NIGZ. Deze knelpunten in de samenwerking met de huisarts gelden tegelijkertijd voor de huisartsenpraktijk als setting voor vroege opsporing en/of het vervolgetraject. Specifieke knelpunten voor de huisartsenpraktijk als setting zijn organisatorische aspecten, financiële knelpunten en de beperkte capaciteit.

De vertegenwoordigers van koepel- en patiëntenorganisaties benoemen knelpunten in de samenwerking en communicatie tussen landelijke en lokale organisaties, tussen regionale organisaties (ROS-GGD), tussen landelijke organisaties onderling (bijvoorbeeld belangenorganisaties) en tussen onderlinge lokale partijen die preventie aanbieden. De directeur van de Nederlandse Diabetes Federatie: *“Een ander knelpunt is het huidige versnipperde preventieaanbod en de beperkte samenwerking tussen verschillende organisaties. Het versnipperde aanbod heeft ook te maken met de slechte aansluiting tussen preventie en de curatieve zorg”*. De beleidsmedewerker van het NHG benadrukt: *“Wat tot nu toe ontbreekt is een goede samenhang tussen de preventieve zorg. Het tot stand komen van deze samenwerking moet gefaciliteerd worden”*.

Vervolgetraject

Enkele initiatieven noemen zelf knelpunten ten aanzien van het vervolgetraject. Zo zegt de vertegenwoordiger van de StOEH *“Complexe DNA techniek is duur en er is onbekendheid met de DNA techniek bij artsen waardoor geen DNA onderzoek wordt aangevraagd”*. GGD Zeeland, NHG en GGD Zuid Limburg ervaren dat

⁴ Een ROS is een regionale organisatie met als doelstelling het ondersteunen van zorgverleners zoals huisartsen, fysiotherapeuten, verloskundigen, oefentherapeuten en logopedisten bij onder meer de implementatie van kwaliteitsbeleid, behoud en continuïteit van zorgverlening en versterking van de mono- en multidisciplinaire samenwerking (geen belangenbehartiging).

gedragsverandering moeilijk is te bewerkstelligen. Een projectleider van GGD Limburg, waarbij men in het initiatief gebruik maakte van een hoogrisico benadering: *“De patiënten die opgeroepen werden op basis van een risicoprofiel hadden geen ziektebesef ten aanzien van het risico op hart- en vaatziekten. Deelnemers hadden in veel gevallen geen klachten of waren met klachten nog niet naar de huisarts gegaan. Zij vroegen zich af waarom zij werden doorwezen naar de gezondheidsadviseur. Men verwachtte testen maar men kreeg alleen een gesprek”*.

In het initiatief van GGD Zeeland maakte men gebruik van een universele benadering, de projectleider constateert: *“Er wordt weinig gebruik gemaakt van het preventief vervolgttraject, het sluit mogelijk niet aan bij de behoefte, de doelgroep wil zelfstandig aan eigen gezondheid werken”*.

Ook in interviews met koepel- en patiëntenorganisaties is men zich bewust van de moeilijkheid om daadwerkelijk gedrag te veranderen. De directeur van de Nederlandse Diabetes Federatie: *“Een inhoudelijk knelpunt is de beperkte kennis t.a.v. risicoperceptie van de bevolking, met name de groep die nog geen klachten heeft maar wel een risico vormt. Het laten beklijven van gedragsverandering is dan een knelpunt te noemen. Bewustwording creëren en het aanzetten tot gezond gedrag is daardoor erg belangrijk”*.

Organisatorische aspecten

Op organisatorisch vlak worden knelpunten ervaren. Er zijn geen belangrijke gemeenschappelijke delers in de genoemde knelpunten te ontdekken. Deze lijken specifiek voor de organisatie en/of het initiatief. Genoemd zijn de lange voorbereidingstijd, beperkte personele capaciteit, arbeidsintensieve opsporing door gebruik van vragenlijsten, tijdsintensieve aansturing van coaches.

Belemmerende factoren genoemd in interviews met vertegenwoordigers van initiatieven en organisaties
--

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">- Het ontbreken van een duidelijke financieringsstructuur voor preventieve activiteiten- Knelpunten in samenwerking met de huisarts- Het moeilijk te motiveren zijn voor gedragsverandering- Problemen op organisatorisch vlak |
|---|

4.4 Implementatie van initiatieven

4.4.1 Kansen en Bedreigingen

In de interviews met de vertegenwoordigers van koepels is gevraagd naar de kansen en bedreigingen die zij zien voor de implementatie van initiatieven op het gebied van vroegtijdige opsporing. De genoemde kansen en bedreigingen hadden betrekking op de financiering, samenwerking en landelijke ontwikkelingen. Ook de rol van de overheid kwam ter sprake.

Financiering

Hoewel langdurige financiering een belangrijk knelpunt is gebleken voor initiatieven gericht op vroege opsporing van risicofactoren op hart- en vaatziekten, lijken er wel degelijk kansen voor de toekomst. Mogelijkheden voor langdurige financiering worden vooral gezien bij zorgverzekeraars (Stichting Bloedlink, Diabetes Fonds, GGD Nederland, KNGF, LVG, NHG, Nierstichting, NPCF, NPHF, NVD, Z-ORG, Zorgverzekeraar Agis). Het hoofd wetenschappelijk onderzoek van het Diabetes Fonds: *“Kansen liggen vooral bij de zorgverzekeraars en niet in eerste instantie bij de overheid. Preventie is namelijk onderdeel van de gezondheidszorg. Het is belangrijk dat preventie gezien wordt als onlosmakelijk gedeelte van de zorgketen. Er worden nu allemaal transmurale DBC's opgesteld, preventie moet daar ook zijn plek in krijgen. Het moet dus ook in die systematiek van financiering opgenomen worden.”* Andere genoemde mogelijkheden zijn opname van preventie binnen het vereveningssysteem of een preventiefonds en contacten met regionale zorgverzekeraars. Daarnaast worden ook kansen gezien voor financiering bij de overheid, gemeente, ROS, bedrijven, fondsen en werkgevers. Een beleidsmedewerker van de VNG: *“Projecten die uitgaan van de integrale benadering en waarvan het effect bekend is en projecten gericht op groepen met een lage SES hebben meer kansen om geïmplementeerd te worden omdat dit past binnen het beleid van de gemeente. Dus gezondheid koppelen aan bredere thema's als participatie etc. is dan belangrijk. Er zijn dan ook meer kansen op structurele financiering, gezien de WMO.”*

De kansen bij ROS'en worden als volgt omschreven door een beleidsmedewerker van het NHG: *“Op regionaal niveau liggen er kansen bij ROS'en om met zorgverzekeraars te onderhandelen...De ROS'en staan positief ten opzichte van preventie van hart- en vaatziekten en ook de zorgverzekeraars hebben er belangstelling voor”.*

Door de nieuwe zorgverzekeringswet is de financiering van gezondheid, dus ook preventie, veranderd. Dit biedt, zoals net beschreven, kansen maar de huidige situatie laat vooral bedreigingen zien. Een manager Zorg Huisartsen: *“Door 1-jarige polissen krijgen verzekeraars geen prikkel om te investeren in preventieprogramma's”.* Daarnaast geeft hij aan dat de overheid voorheen verantwoordelijk was voor collectieve programmatische preventie. Het lijkt nu nog altijd niet duidelijk wie dit gaat oppakken, de verzekeraars of de gemeente of andere partijen.

Samenwerking

Door verschillende organisaties (LVG, NHG, NPCF, NPHF, GGD Nederland) wordt een regionale functionaris preventie genoemd als kans om de samenwerking te bevorderen. Mogelijke taken van deze functionaris zijn het coördineren van regionale preventieactiviteiten, afstemming verzorgen tussen verschillende partijen (Zorgverzekeraars, gemeente, GGD, eerstelijnsberoepsgroepen) en het verspreiden van kennis over bestaande preventieve initiatieven en ondersteuningsstructuren. Gedacht wordt aan het onderbrengen van deze functionaris bij de GGD of een ROS (Regionale Ondersteuningsstructuur).

Er lijken kansen te liggen in samenwerking met werkgevers, deze zijn steeds meer geïnteresseerd in gezondheidsbevorderende initiatieven en gezondheidsonderzoeken van

hun werknemers. Het lijkt dat zij vooral de samenwerking met zorgverzekeraars zoeken.

Landelijke ontwikkelingen

Verschillende ontwikkelingen binnen de eerstelijnsgezondheidszorg bieden kansen voor de ontwikkeling van initiatieven op het gebied van vroege opsporing van mensen met risicofactoren op hart- en vaatziekten. Zo wordt genoemd de ondersteuning van de eerste lijn, de rol die de ROS mogelijk kunnen gaan spelen, modernisering van de eerste lijn. De projectleider preventie en curatie van de NPHF: *“Eerstelijnsorganisaties moeten veel meer inzicht krijgen in hun populatie en de bijbehorende problematiek. Dat biedt aangrijpingspunten voor preventie. Het doel is een geïntegreerde eerste lijn, hulpverleners die samenwerken in één regio”*.

Een andere genoemde kans voor preventie van hart- en vaatziekten in de eerstelijns is volgens een beleidsmedewerker van V&VN het inzetten van nurse practitioners en de mogelijkheid van zelfstandige verpleegkundigen in het kader van taakherschikking. De nurse practitioners kunnen voor de huisarts ingezet worden en een rol spelen bij de vroege opsporing.

Verschillende landelijke ontwikkelingen worden door geïnterviewden van koepel- en patiëntenorganisaties als een bedreiging gezien voor vroege opsporing van risicofactoren op hart- en vaatziekten. Voor de thuiszorg zijn dat bijvoorbeeld de onduidelijke financiering van preventie voor de toekomst en marktwerking. Marktwerking kan, doordat organisaties concurreren met initiatieven, de samenwerking en ketenzorg belemmeren. Ook lijkt de WMO op een aantal terreinen een bedreiging te vormen voor preventie. Enkele voorbeelden die in de interviews zijn gegeven: *“Een regie rol voor preventie komt bij gemeente te liggen, vanwege de beperkte financiële middelen kan dit problemen opleveren”*, *“Een goede communicatie tussen gemeenten en GGD is essentieel maar niet altijd optimaal te noemen”*.

Rol van de overheid

Een duidelijkere visie van de overheid over preventie in het algemeen kan bijdragen aan het draagvlak op vroege opsporing voor mensen met hart- en vaatziekten. Daarnaast wordt ook de media genoemd als mogelijkheid om preventie in de wijk meer aandacht te geven. De Nierstichting hoopt vooral dat de overheid de gezamenlijke aanpak van een landelijke preventiestructuur voor chronisch zieken (Diabetes, Hart- en Vaatziekten, Nierproblemen) zal ondersteunen.

Kansen en bedreigingen genoemd in interviews met organisaties

Mogelijke kansen

- Kansen voor financiering vooral bij de zorgverzekeraars, maar ook bij andere partijen zoals gemeenten en fondsen
- Inzetten van regionale functionarissen voor preventie
- Samenwerking met werkgevers
- Modernisering van de eerste lijn

Mogelijke bedreigingen

- Momenteel niemand die duidelijk de regierol heeft als het gaat om collectieve
- programmatische preventie
- Onduidelijke financieringsstructuur
- Marktwerking kan samenwerking en ketenzorg belemmeren
- WMO

4.4.2 Draagvlak koepel- en patiëntenorganisaties voor vroegtijdige opsporing

Preventiebeleid hart- en vaatziekten

Vrijwel alle geïnterviewde organisaties hebben aandacht voor preventie. Enkele organisaties die momenteel een beperkt beleid hebben voor preventie in het algemeen zijn LVG, NPCF, NVD en de V&VN. Het is afhankelijk van de soort organisatie of er specifiek beleid is op preventie van hart- en vaatziekten. Organisaties die een specifiek preventiebeleid hebben gericht op hart- en vaatziekten zijn: Diabetes Fonds, Nederlandse Diabetes federatie, Nierstichting, Stichting Bloedlink, NHG, Zorgverzekeraar AGIS. Bij zorgverzekeraar AGIS en het NHG zijn hart- en vaatziekten momenteel een speerpunt. Organisaties die geen beleid hebben op het gebied van hart- en vaatziekten maar zich wel bezig houden met leefstijlfactoren op hart- en vaatziekten zijn: GGD Nederland, KNGF, NIGZ, VNG, Z-ORG, Kring-apotheek.

De NPCF, het Diabetes Fonds, de Nederlandse Diabetes Federatie en de Nierstichting maken een omslag door in het preventiebeleid dat zij voeren of hebben deze doorgemaakt. Van een preventiebenadering gericht op mensen met een ziekte of aandoening kiezen zij momenteel voor een benadering gericht op de totale gezonde bevolking, waarbij het Diabetes Fonds, de Nederlandse Diabetes Federatie en de Nierstichting kiezen voor een hoogrisico benadering. De Nederlandse Hartstichting en GGD Nederland hebben voor de aankomende jaren ook gekozen voor een focus op hoogrisico groepen, al komen zij vanuit een preventiebenadering gericht op de gezonde bevolking. Ook zorgverzekeraar Agis en stichting Bloedlink staan voor een hoogrisico benadering. Enkele organisaties hebben van oudsher vooral aandacht voor preventie bij mensen met een chronische aandoening (NVD, Z-ORG, V&VN).

Landelijke ontwikkelingen als ketenzorg en de afstemming van preventie en curatie zijn van invloed op het beleid van preventie van hart- en vaatziekten. De afstemming tussen preventie en curatie wordt vooral belangrijk gevonden door de diabetes Federatie, VNG en de NPHF. Ketenzorg en samenwerking wordt door verschillende organisaties als belangrijk benoemd (AGIS, KNGF, NIGZ, NVD, VNG, Nierstichting). Een beleidsmedewerker van de KNGF: *“Wij werken samen met diëtisten, GGD, thuiszorg, patiëntenverenigingen, huisartsen, praktijkondersteuners en sportartsen. Het zijn met name de arbo-fysiotherapeuten die samenwerken met de arbo arts. In de ketenzorg zal duidelijk worden wie waar verantwoordelijk voor is, samenwerking tussen de verschillende partijen is dan erg belangrijk. Dat is nu al uitgewerkt in de diabetes DBC. In de ketenzorg zal screening een integraal onderdeel vormen van de keten. Het KNGF vindt de ingang van de ketenzorg, maar juist ook het verzorgen van de uitstroom uit de keten, van essentieel belang. De integrale aanpak van problematiek samen met de diëtisten vindt het KNGF een groot voordeel van de ketenzorg”*.

De integrale aanpak van problematiek wordt tevens onderstreept door GGD Nederland, NIGZ, NPCF en het VNG. De Nierstichting en het Diabetes Fonds vinden het erg belangrijk om de samenhang van risicofactoren in ogenschouw te nemen indien het gaat om preventie van hart- en vaatziekten.

Enkele organisaties spreken zich nadrukkelijk uit voor een brede benadering van gezondheidsbevordering, ook wel *health promotion* genoemd (GGD Nederland, KNGF, NPCF, Z-ORG, VNG). De aandacht voor de setting speelt daarbij een rol, zo vindt men het belangrijk om niet alleen te kijken naar de rol van de gezondheidszorg maar ook naar de wijk, scholen en werk. Daarnaast krijgt het welzijn van de deelnemer/cliënt aandacht. Een beleidsmedewerker van de VNG: *“Bottum-up werken vanuit de wijken. De behoefte en participatie van de doelgroep staat daarbij centraal en het versterken van empowerment. Deze nieuwe trend ten aanzien van preventie heeft binnen gemeenten aan veel terrein gewonnen en sluit ook aan bij de WMO. De gemeenten willen op het gebied van preventie in de toekomst vooral insteken op integraal beleid en participatie”*.

Bij het spreken over een visie op preventie van hart- en vaatziekten blijkt dat verscheidene organisaties de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt/patiënt een belangrijke voorwaarde vinden (Stichting Bloedlink, Zorgverzekeraar AGIS, KNGF, Nederlandse Diabetes Federatie, Zorgverzekeraar Achmea).

Draagvlak vroege opsporing

De geïnterviewde organisaties staan over het algemeen kritisch ten opzichte van screening van de algemene bevolking. Belangrijke argumenten voor die kritische houding zijn de angst die zo'n screening bij mensen kan veroorzaken, de vals-positieve uitslagen en de onbekendheid wat een dergelijke screening oplevert in termen van effect. Een deel van de organisaties pleit dan ook voor het hanteren van een hoogrisico benadering bij vroege opsporing van mensen met risicofactoren op hart- en vaatziekten (Diabetes Fonds, Nederlandse Diabetes Federatie, NHG, Nierstichting, zorgverzekeraar Achmea en AGIS, Stichting Bloedlink, GGD Nederland, Diabetes Federatie, Nierstichting).

Het aanbieden van een passend vervolgtraject, bijvoorbeeld behandeling, wordt door verschillende organisaties als een belangrijke voorwaarde gezien bij de vroege opsporing

van mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten. Het aanbieden van zelftests wordt onder andere als voorbeeld genoemd waarbij dit *niet* het geval is. Een beleidsmedewerker van V&VN zegt: *“Ik ben van mening dat er een gat bestaat tussen het aanbieden van zelftesten, bijvoorbeeld in de supermarkt, en het vervolg door hulpverleners”*. Het zijn vooral de Diabetes Federatie, het Diabetes Fonds en de Nierstichting die benadrukken dat vroege opsporing van risicofactoren op hart- en vaatziekten en het vervolgtraject een structureel karakter behoren te hebben. Het hoofd wetenschappelijk onderzoek van het Diabetes Fonds: *“Het is onze doelstelling binnen een bepaalde tijd van een structurele setting en strategie voor het vroegtijdig opsporen van risicogroepen te realiseren, plus een passend aanbod”*. Maar ook een beleidmedewerker van V&VN zegt: *“Als ideale setting zie ik toch dat primaire en secundaire preventie veel meer een onderdeel moet gaan worden van onze gezondheidszorg. Er moet meer een langere termijn visie ontwikkeld worden. Mensen moeten geschoold worden, organisatorische inbedding moet geregeld worden”*.

Visie vervolgtraject

Leefstijlbegeleiding behoort, volgens vrijwel alle organisaties, onderdeel te zijn van het vervolgtraject van vroege opsporing van hart- en vaatziekten. Dus bijvoorbeeld begeleiding bij meer bewegen, stoppen met roken en verandering van het eetpatroon. Daarbij gaat het om het teweeg brengen van gedragsverandering. Twee organisaties (Stichting Bloedlink, Nederlandse Diabetes Federatie) noemen het belang van het uitdragen van een positieve boodschap, richten op gezond en lekker in plaats van benadrukken van de gevaren. Andere genoemde succesfactoren voor daadwerkelijke gedragsverandering zijn het mensen zelf reële doelen laten stellen, aansluiten bij de persoonlijke behoefte, aansluiten bij belevingswereld en aanwezige activiteiten van de doelgroep, vervolgtraject laten plaats vinden in de lokale setting, follow-up en samenwerken met sector welzijn. Hoe die eigen verantwoordelijkheid binnen preventie vorm moet krijgen is nog niet altijd helemaal duidelijk. De directeur van de Nederlandse Diabetes Federatie: *“Wij zien daarin samenwerkingsmogelijkheden met zorgverzekeraars.”* Een senior beleidsmedewerker van de NPCF benadrukt het belang van inzicht hebben in de beoogde doelgroep: *“Ik kan mij voorstellen dat je in een begin van een project een paar focusgroepen met de doelgroep doet om te kijken wat er leeft, wat de bereidheid is om deel te nemen, om duidelijk te krijgen wie de mensen zijn.”* Uitgangspunt van preventie behoort volgens verschillende organisaties een integrale benadering van preventie te zijn. Dus werken met preventieprogramma's en sectorbreed samenwerken in plaats van het aanbieden van één losse activiteit gericht op een risicofactor voor hart- en vaatziekten. Hierbij pas ook het streven van de drie grote fondsen (Nederlandse Hartstichting, Nierstichting, Diabetesfonds) om gezamenlijk op te gaan trekken in het kader van vroege opsporing van risicofactoren.

Kansen voor het vervolgtraject worden gezien in de mogelijkheden van de digitale middelen. De programmamanager preventie van de Nierstichting: *“De leefstijlverandering zou begeleid moeten worden door een digitaal programma... Een dergelijk programma zou ingebed moeten worden binnen de zorg, zodat hulpverleners er bekend mee raken. Hulpverleners verwijzen naar het programma en gebruikers van het internetprogramma komen naar de zorg toe: begeleid zelfmanagement”*. Voorbeelden van digitale programma's die genoemd zijn: DIEP programma voor mensen met diabetes

mellitus, Gezond Leven Coach op internet bij de campagne “Kijk op Diabetes”. Er wordt bij verschillende initiatieven in de huisartsenpraktijk en initiatieven als “Consultatiebureaus voor Senioren” gebruikt gemaakt van software ondersteuningsprogramma’s om leefstijlaanpassingen van patiënten te ondersteunen. Uitvoerders van leefstijlbegeleiding meer scholen in motiverende gespreksvoering is eveneens een kans om het vervolgtraject te verbeteren. De opsporing en het leveren van gegevens over de gezondheidssituatie van een persoon biedt kansen dat mensen geïnteresseerd raken in hun eigen gezondheid. Daarnaast worden kansen genoemd in de samenwerking met het bedrijfsleven, maar ook in het uitdragen van een gezonde boodschap door het bedrijfsleven.

Draagvlak specifieke groepen

Verschillende organisaties (VNG, NIGZ, GGD Nederland, Diabetes Fonds, Nederlandse Diabetes federatie, NIZW) onderstrepen het belang om bij preventie van hart- en vaatziekten aandacht te hebben voor groepen met een laag sociaal economische situatie (SES). Dat vergt vaak een andere aanpak. De vertegenwoordiger van het NIGZ formuleert het als volgt: *“We hadden al vrij snel door dat de klassieke manier van voorlichting geven in achterstandswijken dat dat nergens toe leidt. In de benadering van de afgelopen 5 jaar hebben we ervoor gekozen om die wijk daadwerkelijk in te gaan”*. Bij sommige organisaties is deze aandacht opgenomen in het beleid, zo zegt een beleidsmedewerker van de VNG: *“Binnen preventie ligt de specifieke aandacht van gemeenten op het terrein van de lage SES groepen. Aangezien bij deze groep veel verschillende gezondheidsproblemen bij elkaar komen. Daarnaast speelt bij deze groep ook meestal een beperkte participatie op diverse gebieden. Participatie is een kernbegrip in het toekomstige WMO-beleid”*. Bij andere organisaties hebben specifieke groepen de aandacht maar moet een specifiek beleid nog onderzocht of bepaald worden.

Draagvlak voor vroegtijdige opsporing bij geïnterviewden

- Weinig draagvlak voor screening van de algemene bevolking, wel draagvlak voor hoog-risicobenadering
- Draagvlak voor betere afstemming tussen preventieve en curatieve zorg
- Draagvlak voor screening met passend vervolgtraject waarvan leefstijlbegeleiding deel uitmaakt (met als doel gedragsverandering)
- Draagvlak voor speciale aandacht voor populatie met lage sociaal-economische status

4.4.3 Landelijke implementatie

De geïnterviewde vertegenwoordigers van de koepel/branche- en patiëntenorganisaties is gevraagd welke rol zij kunnen spelen bij nieuwe initiatieven ten aanzien van vroege opsporing van mensen met risicofactoren op hart- en vaatziekten. Het blijkt dat zij voornamelijk een rol voor zichzelf zien weggelegd op het gebied van belangenbehartiging, lobby en op het terrein van faciliteren en coördineren en een rol op het gebied van kennis verspreiding. Het verkrijgen van draagvlak op landelijk niveau met als doel een brede implementatie

van initiatieven is een rol die vrijwel alle organisaties voor zichzelf weggelegd zien. Zij zien een rol in bijvoorbeeld het beïnvloeden van de politieke agenda, een lobby voor structurele financiering, een lobby voor kansrijke initiatieven bij (andere) brancheorganisaties en het onder de aandacht brengen van kansrijke (effectieve) initiatieven bij de leden van de eigen organisatie.

GGD Nederland, LVG, KNGF, Nederlandse Diabetes Federatie en de VNG zien een faciliterende en coördinerende rol ten aanzien van nieuwe initiatieven op het gebied van vroege opsporing en het vervolgtraject van risicofactoren op hart -en vaatziekten. Dit bestaat bijvoorbeeld uit begeleiding van regiokantoren (KNGF), kennis leveren t.a.v. ondersteuning andere organisaties (GGD Nederland), materialen ontwikkelen en ondersteuning bieden aan beroepsorganisaties (Nederlandse Diabetes Federatie) en het faciliteren van gemeenten (VNG).

Inhoudelijke kennis van preventieve initiatieven wordt momenteel geleverd door de gezondheidsbevorderende instituten, de QUI databank van het NIGZ bundelt alle initiatieven. Het organiseren van informatie is een rol die GGD Nederland heeft. Veel organisaties zien voor de toekomst een rol voor zichzelf weggelegd in het bundelen en verspreiden van nieuwe initiatieven, bijvoorbeeld in de vorm van een kenniscentrum of databank. Zij ervaren dat te vaak opnieuw het wiel wordt uitgevonden (LVG, Nederlandse Diabetes Federatie, VNG, Diabetes Fonds)

Andere bijdragen die organisaties kunnen leveren zijn een rol bij financiering van initiatieven.

4.4.4 Rol van de Nederlandse Hartstichting

De vertegenwoordigers van de koepel- en patiëntenorganisaties zien de Nederlandse Hartstichting in de eerste plaats in de rol van het leveren van kennis. Het ontwikkelen en verzorgen van materialen, ondersteuning van wetenschappelijk onderzoek en het verspreiden van informatiemateriaal. Er zijn verschillende wensen voor de toekomst geuit op dit gebied:

- Informatiemateriaal dat men verspreid geprogrammeerd kan aanbieden als een structureel aanbod
- Bij het verspreiden van informatiemateriaal samenwerken met diverse brancheorganisaties en informatie stroomlijnen waardoor draagvlak bij beroepsbeoefenaren wordt bevorderd

Tevens wordt gedacht aan het aanbieden van scholing, materialen aanpassen aan huidige richtlijnen en inhoudelijke advisering bij lokale projecten.

Ten tweede worden de huidige lobbyactiviteiten van de Nederlandse Hartstichting, bijvoorbeeld naar de overheid toe, benoemd. Kansen liggen op het beïnvloeden van het lokale beleid en samenwerking met andere gezondheidsfondsen.

Op de derde plaats wordt het vervullen van een rol voor de Nederlandse Hartstichting gezien in het creëren van bewustwording bij de risicogroep, aangezien gebleken is dat deze groep zich niet als zodanig ziet. Samenwerking met andere organisaties wordt gewaardeerd.

Ten vierde wordt gedacht aan het samen met andere organisaties zorgdragen van inbedding en vervolg van nieuwe initiatieven. Concreet wordt genoemd om gebruik te maken van bestaande kennis van huidige initiatieven, dus bijvoorbeeld Harts slag Limburg als voorbeeld nemen. Tot slot worden enkele inhoudelijke aanbevelingen gegeven,

afstemming zoeken met patiënten om een project goed te laten aansluiten bij de behoefte en het kiezen voor een integrale benadering van risicofactoren in nieuwe initiatieven op het gebied van vroege opsporing van risicofactoren op hart- en vaatziekten.

4.5 Samenvatting

In Nederland is momenteel een trend gaande waarbij de Nederlandse bevolking steeds meer mogelijkheden krijgt aangereikt om risicofactoren en ziektes op te sporen. De behoefte van de bevolking om zicht te willen krijgen op de eigen gezondheid lijkt hierop aan te sluiten. De behoefte van de Nederlandse bevolking is ook een belangrijke succesfactor voor initiatieven op het terrein van vroege opsporing van hart en vaatziekten. Aandacht voor de organisatie en randvoorwaarden zijn de belangrijkste succesfactoren: goede samenwerking en draagvlak, het project vormt onderdeel van reguliere werkzaamheden, goede logistieke ondersteuning, inzet van een specifieke hulpverlener, keuze voor de setting (laagdrempelig). De belangrijkste faalfactoren zijn financiering en onvoldoende samenwerking en draagvlak met de huisarts. Ook bij geïnterviewden van belangrijke veldpartijen heeft vroegtijdige opsporing draagvlak, al staan zij over het algemeen kritisch ten opzichte van een screening van de algemene bevolking en voelen zij meer voor een hoogrisico benadering, waarbij patiënten ook duidelijke handreikingen krijgen voor hoe verder te gaan in de vorm van leefstijladviezen, motiverende gesprekstechnieken en, indien nodig, behandeling van de risicofactoren.

5 Conclusie

5.1 Inleiding

Dit onderzoek moet inzicht geven in kansrijke initiatieven binnen verschillende settings in de Nederlandse openbare en eerstelijns gezondheidszorg voor de structurele vroegtijdige opsporing van mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten. Hiertoe is een inventarisatie gemaakt van 15 Nederlandse initiatieven die patiënten met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten opsporen. Om inzicht te krijgen in draagvlak en ideeën over verdere ontwikkelingen in het veld zijn daarnaast 19 interviews gehouden met vertegenwoordigers van koepelorganisaties, patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars.

Op basis van de resultaten uit hoofdstuk 3 concluderen wij dat de 15 initiatieven die in dit onderzoek betrokken zijn (op een enkele uitzondering na) in drie groepen ingedeeld kunnen worden:

- 1 Initiatieven met actieve werving in niet commerciële setting;
- 2 Initiatieven met open werving in niet commerciële setting;
- 3 Initiatieven met open werving in een commerciële setting.

In paragraaf 5.2 zullen we voor deze drie groepen aangeven wat sterke en zwakke punten zijn. Hierbij zullen ook de resultaten uit de interviews met de koepelorganisaties betrokken worden. In paragraaf 5.3 zullen we een aantal aandachtspunten noemen die belangrijk zijn voor toekomstige ontwikkelingen op het gebied van het vroegtijdig opsporen van hart- en vaatziekten.

5.2 Beschrijving van drie soorten projecten

Projecten met actieve werving in een niet-commerciële setting

Deze initiatieven zijn gericht op actieve werving. Dit wil zeggen dat in principe alleen hoogrisicopatiënten benaderd worden: *het zogenaamde vissen in visrijk water*. Deze projecten vinden vrijwel allemaal in de huisartsenpraktijk plaats, omdat daar hoogrisicopatiënten te identificeren zijn. Overigens is het eerste selectie criterium vaak leeftijd: alle mensen boven een bepaalde leeftijd worden aangeschreven. Vervolgens wordt dan met behulp van een vragenlijst (door mensen zelf) bekeken wie wel of wie niet voor opsporing in aanmerking komt. Samenwerking is er met GGD-en en thuiszorgorganisaties, die vaak het initiatief gestart zijn. Dit betekent dat deze projecten goed zijn ingebed in de reguliere gezondheidszorg. Zij hebben alleen niet allemaal structurele financiering. Voorbeelden van deze projecten zijn StOEH, VROECH, Hartslag Limburg, Preventie Maatwerk, Carinova, en (deels) het PGCS van Stichting Thuiszorg Groot Rijnland. Uitzondering op de setting vormt het ORCA-project van Pfizer. Dit is een initiatief met actieve werving geïnitieerd door een commerciële organisatie.

Het voordeel van deze projecten is dat een groot deel van de groep mensen die naar de opsporing komt, inderdaad een verhoogd risico heeft op hart- en vaatziekten. De actieve werving werkt. In Preventie Maatwerk bleek wel dat het voor huisartsen niet altijd eenvoudig was hoogrisicopatiënten te vinden. Het vervolgtraject is voor de behandeling van bijvoorbeeld hypertensie goed ontwikkeld: het past binnen de reguliere zorg in de huisartsenpraktijk. Wanneer het gaat om leefstijladvisering en gedragsverandering blijkt dat daar in deze projecten niet zo veel aandacht voor is of dat mensen moeilijk te motiveren zijn. Dit laatste bleek bijvoorbeeld in Hartslag-Limburg: de opgeroepen mensen hadden vaak geen idee waarom zij hun gedrag zouden moeten veranderen.

Deze benadering heeft op meerdere punten draagvlak in het veld. In de eerste plaats is dat de actieve werving. Niet iedereen komt daardoor voor screening in aanmerking. Over het algemeen staan de door ons geïnterviewde organisaties kritisch tegenover screening van de algemene bevolking. Een ander punt uit deze projecten dat draagvlak heeft, is de setting. De huisartsenpraktijk is, in de interviews met koepelorganisaties, de meest genoemde setting voor het opsporen van patiënten met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten. De huisartsenpraktijk wordt gezien als laagdrempelig en er is een persoonlijke band met de patiënt, wat de deelname kan verhogen. Daarbij komt dat ook moeilijker bereikbare groepen (mensen met lage SES, allochtonen) regelmatig in de huisartsenpraktijk komen. Ook is de inbedding in de reguliere zorg goed en kan ondersteunend personeel ingezet worden. Echter, het veld kiest niet unaniem voor de huisartsenpraktijk als setting voor opsporing. Er zijn juist organisaties die pleiten voor een niet-medische setting. De NPHF pleit voor een doelgroepafhankelijke setting. Daarbij komt dat de samenwerking met en draagvlak bij de huisarts in een aantal initiatieven als knelpunt genoemd wordt.

Projecten met open werving in een niet-commerciële setting

Een aantal projecten werkt met open werving via bijvoorbeeld kranten. Dit betekent dat in beginsel iedereen kan deelnemen aan de opsporing. Deze initiatieven vinden vrijwel allemaal plaats binnen de thuiszorg of de openbare gezondheidszorg (GGD) en er is samenwerking met andere relevante partijen. De inbedding in de reguliere zorg is daarmee goed te noemen, alleen ontbreekt meestal structurele financiering. De open werving richt zich vaak op mensen vanaf een bepaalde leeftijd. Deze initiatieven zijn laagdrempelig en worden goed bezocht. Voorbeelden zijn Stichting Icare, het PGCS van Stichting Thuiszorg Groot Rijnland en GGD-Midden Nederland. In deze trajecten is vaak meer aandacht voor het vervolgtraject dan in de projecten met actieve werving, met name als het gaat om het motiveren van mensen tot gedragsverandering. Mensen in deze trajecten lijken vaak ook gemotiveerd voor gedragsverandering. Deels komt dit waarschijnlijk omdat de deelname aan de opsporing vrijblijvender is: men krijgt geen uitnodiging op naam. Dit betekent dat waarschijnlijk alleen mensen die gemotiveerd zijn naar de opsporing komen. Door het inbouwen van follow-up gesprekken lukt het een aantal projecten in elk geval mensen te motiveren.

Ook elementen uit deze projecten kunnen rekenen op steun uit het veld. Het betreft dan

met name het vervoltraject. Over het algemeen wordt opsporing zonder goed vervoltraject niet wenselijk beschouwd. Het feit dat deze projecten zowel aandacht besteden aan leefstijlbegeleiding als aan doorverwijzen voor behandeling kan derhalve op steun rekenen. Het PGCS van Stichting Thuiszorg Groot Rijnland waarin sectorbreed partijen deelnemen is een voorbeeld van een integrale benadering die op steun van het veld kan rekenen. Ook de inbedding in de reguliere zorg en samenwerking met andere partijen zijn punten die het veld belangrijk vindt en die in dit project terug komen.

Projecten met open werving in een commerciële setting

Deze projecten vinden vooral plaats binnen een algemene populatie: iedereen die wil kan deelnemen aan de opsporing. Wel wordt vaak een eerste screening gedaan door middel van een vragenlijst. Deze initiatieven vinden vaak niet plaats in de reguliere gezondheidszorg, maar bijvoorbeeld in de werksetting of in door verzekeraars opgezette health care centers, maar ook in fitness centra en supermarkten. Een deel van deze settings is met name voor ouderen lastiger te bereiken. De initiatieven voldoen echter aan een behoefte onder jongere mensen, gezien de populariteit ervan. De vervoltrajecten zijn in deze projecten vaak nog niet sterk ontwikkeld. Weliswaar wordt doorverwezen naar andere hulpverleners, maar monitoring en follow-up vinden niet plaats. Bovendien is weinig bekend over de effectiviteit van de opsporingsmethoden: hoeveel mensen worden gemeten voordat een risicopatiënt is gevonden? Gezien de grote deelname en de leeftijd van de deelnemers lijkt het erop dat deze projecten in elk geval in minder visrijk water vissen dan bijvoorbeeld de projecten met actieve werving. Daar staat tegenover dat wanneer (een jong) iemand opgespoord wordt de preventie en behandeling al in een vroeg stadium kunnen beginnen, waardoor veel gezondheidswinst behaald kan worden. De financiering is in deze projecten minder vaak een probleem: zorgverzekeraars betalen het of het project verkoopt een product (bijvoorbeeld ArboNed).

De niet-medische setting waarbinnen in deze initiatieven gescreend wordt, wordt door een deel van de geïnterviewde veldpartijen als positief beschouwd: het is laagdrempelig. Daarnaast is de financiering relatief goed geregeld bijvoorbeeld door draagvlak bij zorgverzekeraars. Minder positief oordelen de veldpartijen over algemene screening en de beperkte ontwikkeling van het vervoltraject.

5.3 Vroegtijdige opsporing: hoe verder?

Uit de inventarisatie van de initiatieven en de interviews met veldpartijen blijkt dat er geen eenduidig model te vinden is voor vroegtijdige opsporing van mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten. In het veld bestaat over een aantal punten geen overeenstemming. Bovendien is de implementatie op lokaal niveau afhankelijk van de samenwerkingsrelaties en verhoudingen die daar heersen. Deze kunnen maken dat wat op de ene plaats wel lukt ergens anders niet of moeizaam van de grond komt. Hieronder geven we daarom geen algemeen model voor het opsporen van mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, maar behandelen we een aantal aandachtspunten die van belang zijn.

Algemene screening niet gewenst

Vrijwel iedereen in het veld is het erover eens dat screening van de algemene bevolking niet wenselijk is en dat gezocht moet worden naar initiatieven die zich richten op patiënten met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten en verwante aandoeningen. De wijze waarop patiënten met een hoog risico geïdentificeerd kunnen worden, varieert van een selectie via huisartsenpraktijken tot het afnemen van een vragenlijst. De vraag is echter of met de open werving die in veel van deze initiatieven gebruikt wordt, niet een belangrijk deel van de beoogde doelgroep uitgesloten wordt, omdat geen gehoor gegeven wordt aan de oproep tot screening.

Setting voor opsporing: laagdrempelig en afstemmen op de doelgroep

Actieve werving lijkt een noodzakelijke voorwaarde om moeilijk bereikbare groepen (lage SES, allochtonen) te benaderen. De huisartsenpraktijk en de thuiszorg lijken voor moeilijk bereikbare groepen goede settings. Dit omdat deze groepen vaak wel bekend zijn bij de huisarts en de thuiszorg. Daar staat tegenover dat niet-medische settings het voordeel hebben niet meteen aan ziekte gekoppeld te worden, wat de drempel om deel te nemen wellicht verlaagt. Inzicht in de beoogde doelgroep kan helpen de meest geschikte setting te kiezen. Dit houdt in dat het goed is vertegenwoordigers van de doelgroep bij de opzet van het project te betrekken. Dat geldt ook voor moeilijk bereikbare groepen. Wat betreft moeilijk bereikbare groepen zouden koepels en patiëntenverenigingen hun krachten kunnen bundelen met bijvoorbeeld allochtonenorganisaties.

Geen opsporing zonder goed vervolgtraject

Opsporing op zich kan geen doel zijn. Mensen die opgespoord worden, moeten een passend vervolgtraject aangeboden krijgen, waarbij gedragsverandering een belangrijk punt is. Leefstijlbegeleiding hoort volgens veel partijen daarom altijd onderdeel uit te maken van een vervolgtraject. Het vervolgtraject moet zich niet alleen op behandeling richten. Hierbij zou een integrale benadering van preventie het uitgangspunt moeten zijn, waarin risicofactoren niet op zich staan, maar in hun onderlinge samenhang in ogenschouw genomen worden. Initiatieven die zich richten op vroege opsporing zouden gestimuleerd moeten worden om tegelijkertijd een duidelijk vervolgtraject te ontwikkelen, waarbij follow-up en terugkoppeling belangrijk is. Hiertoe is samenwerking tussen verschillende partijen gewenst en dit liefst op lokaal niveau.

Samenwerking en draagvlak

Samenwerking wordt door het hele veld gezien als een cruciale factor in het slagen van preventieve activiteiten. Ook in de verschillende initiatieven die in dit onderzoek bestudeerd zijn, wordt goede samenwerking als een succesfactor beschouwd. Investerings hierin worden alom van belang geacht. Prioriteiten over wie met wie samenwerkt en hoe deze vorm krijgt, verschillen wel, maar over het algemeen wordt gestreefd naar brede samenwerking tussen GGD-en, de eerste lijn en de sector welzijn. Dit zijn allemaal partijen die zijn ingebed in de reguliere zorg. Echter, ook werkgevers worden wel genoemd als samenwerkingspartners.

Algemeen genoemd is samenwerking met de huisarts, of in elk geval draagvlak van de huisarts voor de preventieve activiteiten. De huisarts speelt niet alleen in het vervolgtraject een rol (wanneer een patiënt behandeld moet worden) maar kan ook, zoals eerder aangegeven, behulpzaam zijn bij het opsporen van patiënten. Niet alle huisartsen zijn even enthousiast over preventieve activiteiten onder andere vanwege de extra werkdruk die dit op kan leveren. Voor deze problematiek bestaat bij verschillende partijen in het veld begrip. Oplossingen die het voor huisartsen makkelijker maken om eventuele extra werkdruk op te vangen (inzet praktijkondersteuner, inzet andere professionals, financiële compensatie), worden door verschillende partijen aangedragen en ondersteund. Wil de huisartsenpraktijk gebruikt worden als een centrale setting in de opsporing van risicofactoren voor hart- en vaatziekten dan zal een aantal van deze oplossingen structureel aangepakt moeten worden. Overigens dient opgemerkt te worden dat door de huidige financieringsstructuur enkele knelpunten al minder geworden zijn. De huisarts krijgt sinds de invoering van de nieuwe zorgverzekeringswet gedeeltelijk per consult betaald. Bovendien kunnen praktijkondersteuners ingezet worden. Een oplossing om draagvlak en samenwerking in het algemeen te bevorderen, is het inzetten van een regionale preventiefunctionaris. Zo'n functionaris kan preventieve activiteiten coördineren en partijen bij elkaar brengen in deze activiteiten.

Financiering en structurele inbedding

Het meest genoemde knelpunt is de financiering van initiatieven gericht op opsporing van mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten en daaraan gerelateerd de structurele inbedding van dergelijke projecten. Dit heeft tot gevolg dat veel initiatieven niet zeker zijn van een vervolg. Bovendien blijft de opsporing dan incidenteel in plaats van dat deze een structurele en vaste plaats binnen de gezondheidszorg krijgt.

Mogelijkheden voor langdurige financiering zien de verschillende veldpartijen vooral liggen bij de zorgverzekeraars. Preventieve activiteiten zouden een plek kunnen krijgen in de financieringssysteem die verzekeringsmaatschappijen hanteren. De overheid was vroeger verantwoordelijk voor collectieve programmatische preventie. Nu is niet duidelijk wie de verantwoordelijkheid heeft hiervoor en wie dit op gaat pakken. Veel veldpartijen zouden mede daarom een duidelijkere visie van de overheid willen. Een flink aantal veldpartijen zien de lobby voor structurele financiering als één van de punten waarmee zij een bijdrage aan de verbetering van de positie van preventieve activiteiten kunnen werken. Bundeling van krachten van de verschillende organisaties kan hieraan een extra impuls geven.

5.4 Factoren doe aan een goede implementatie van initiatieven bijdragen

Dit onderzoek wilde in kaart brengen waar initiatieven aan moeten voldoen willen zij succesvol geïmplementeerd worden en een breed draagvlak hebben. Duidelijk is dat meerdere soorten projecten succesvol geïmplementeerd kunnen worden. We willen hieronder toch een aantal punten noemen die kunnen bijdragen een goede implementatie. Hierbij worden ook de gezichtspunten betrokken van de verschillende landelijke partijen.

- Het project gebruikt bij voorkeur actieve opsporingsmethoden en screent niet de algemene populatie, speciale aandacht wordt besteed aan het bereiken van moeilijk

bereikbare groepen

- Het project sluit aan bij de doelgroep. Niet elke doelgroep is op dezelfde manier te bereiken. Door rekening te houden met kenmerken, wensen en behoeften van de doelgroep kan het initiatief een groter bereik hebben. Ook de setting kan per doelgroep variëren. Jongeren zijn bijvoorbeeld via het werk te bereiken, ouderen via consultatiebureaus of de huisartsenpraktijk. Personen met een lage sociaal-economische status en allochtonen komen ook relatief vaak bij de huisarts
- Draagvlak bij doelgroep en bij betrokken professionals dient voorafgaand aan het project gecreëerd te worden. De doelgroep wordt betrokken bij opzet en uitvoering van het project
- Opsporing dient hand in hand te gaan met een goed ontwikkeld vervolgtraject dat ingebed is in de reguliere zorg en waarin zowel aandacht is voor leefstijlbegeleiding als voor behandeling en waarbij uitgegaan wordt van een integrale benadering
- Aandacht voor inbedding in de reguliere zorg of in de sector welzijn vooraf verdient aanbeveling, waarbij ook aandacht besteed moet worden aan mogelijkheden voor langduriger financiering
- De huisarts is partij in het project of wordt ten minste in een vroeg stadium geïnformeerd; wanneer het project gevolgen heeft voor de praktijkvoering van de huisarts dan wordt hier in het project aandacht aan besteed
- De setting waarbinnen de opsporing plaatsvindt, is laagdrempelig en afhankelijk van de doelgroep. Voorafgaand aan een project wordt bij leden van de doelgroep nagegaan welke settings geschikt voor hen zijn

5.5 Rol van verschillende veldpartijen

Of grootschalige implementatie van initiatieven voor vroegtijdige opsporing zal slagen, is mede afhankelijk van het draagvlak in het veld. Landelijke koepel/branche- en patiëntenorganisaties zien in deze vooral een rol weggelegd op het gebied van belangenbehartiging, lobby en op het terrein van faciliteren, coördineren en kennisverspreiding. Alle organisaties geven aan een bijdrage te willen leveren aan het creëren van draagvlak, beïnvloeding van de politieke agenda en stimuleren van de eigen leden om activiteiten te ontplooien. Hier liggen daarom kansen om te komen tot een landelijke structuur waarin vertegenwoordigers van verschillende partijen de handen ineen slaan en taken verdelen. Initiatiefnemer voor een dergelijke structuur zouden de diverse fondsen (Nederlandse Hartstichting, Diabetesfonds, Nierstichting) kunnen zijn. Zij hebben inmiddels al concrete plannen samen op te trekken waar het gaat om vroegtijdige opsporing. In een dergelijk orgaan kan dan afgestemd worden welke organisaties zich inzetten voor welk onderdeel in het preventiebeleid. Hierbij kan aangetekend worden dat de belangen van de verschillende organisaties verschillend kunnen zijn. Zo zien verschillende organisaties voor zichzelf een coördinerende rol weggelegd als het gaat om het initiëren van nieuwe initiatieven. Juist door deze zaken met elkaar te bespreken en af te stemmen kan een zo groot mogelijk resultaat bereikt worden, bijvoorbeeld omdat zaken niet dubbel worden gedaan en men leert van elkaars ervaringen, netwerk en expertise. Tegenstrijdige belangen kunnen overigens ook binnen organisaties spelen, preventie is vaak maar één van de onderdelen waarop men zich richt.

Cruciaal voor een landelijk gesteunde structuur voor vroegtijdige opsporing lijkt de verbinding tussen preventie en curatieve zorg. Immers, iedereen is het erover eens dat vroegtijdige opsporing hand in hand dient te gaan met het aanbieden van een goed vervolgtraject, wat deels in de curatieve sector moet plaatsvinden. De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) gaat nog verder in haar recentelijke advies en geeft aan dat intersectorale samenwerking op landelijk en lokaal niveau cruciaal is voor een effectieve aanpak van complexe volksgezondheidsproblemen (RVZ 2006).

Referenties en websites

Referenties

Geurts MH, Peters RJG, van Dis SJ, Bots ML. Hart- en vaatziekten in Nederland 2006, cijfers over ziekte en sterfte. Den Haag: Nederlandse Hartstichting, 2006

Nederlands Huisartsen Genootschap. M84 Cardiavasculair risicomanagement. Behorend bij NHG-Standaarden voor de huisarts 2006. Houten, Bohn Stafleu van Loghum, 2006.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ). Publieke gezondheid. Advies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Den Haag, 2006

Visser G, Schippers A. Het consultatiebureau voor ouderen. Inventarisatie van vijftien consultatiebureaus voor ouderen. Utrecht, NIZW, 2005.

Wilson JMG, Junger JJ. Principles and practice of screening for disease. Geneve, World Health Organisation, 1968.

Websites

Bekeken databanken: projecten gevonden

www.nigz.nl

www.quidatabank.nl

www.stoom.nl

Databanken: geen initiatieven gevonden die voldoen aan de criteria

www.ggd Kennisnet.nl

www.hartstichting.nl

www.lsp-preventie.nl

www.nisb.nl

www.projectenzorgenwelzijn.nl

www.voedingscentrum.nl

www.zonmw.nl

www.zwg.nl

Voor het vinden van achtergrond informatie en beleidsnotities zijn websites van specifieke belangenorganisaties of initiatieven bekeken.

www.kenniscentrum-ouderen.nl

www.kenniscentrumovergewicht.nl

www.kijkopdiabetes.nl

www.overgewicht.org/professionals/index.html

www.voedingscentrum.nl

Bijlage 1: Initiatieven die niet voldeden aan de inclusiecriteria

1. Hartslag Limburg, community deel (GGD/Zuid-Limburg)
2. Morgen gezond weer op (Onderzoekscentrum Epidemiologie/aantal Academische ziekenhuizen)
3. Diabetes zorggroepen (Amsterdam Zuidoost en Utrecht)
4. Nationale gezondheidstest (Hartstichting)
5. Beweegwinkel (GGD Holland-Midden)
6. Onderzoek naar effectiviteit leefstijladvisering praktijkverpleegkundigen (ZonMw)
6. Bewegen op recept (BOR)
7. Preventie- en zorgprogramma's Diabetes, CVA, Hartfalen, Dementie, COPD (Stichting Icare)
8. Overgewicht (Slotervaart ziekenhuis)
9. Diabetesvoorlichting aan Turkse en Marokkaanse vrouwen (GGD Amsterdam)
10. NIPED gezondheidscheck
11. Galm/Scala (Sportservice Noord Brabant)
12. Coach project (Den Haag)

Tijdens de interviews met (koepel)organisaties zijn er nog enkele initiatieven boven tafel gekomen:

1. GGD Nederland: koppeling van gezondheidsonderzoek aan gezondheidsmonitor
2. KNGF: Fysio Fitheidsca
3. Diabetes Fonds: www.kijkopdiabetes.nl Diabetes risicotest. Mensen met een verhoogd risico op diabetes worden verwezen naar de Leefgezond coach, een betrouwbaar en persoonlijk (internet) advies over voeding en bewegen.

Bijlage 2: Vragenlijst Initiatieven

1. Algemene gegevens

- Naam van het project.....
- Naam contactpersoon.....
- Functie contactpersoon.....
- Organisatie.....
- Telefoonnummer contactpersoon.....
- E-mail contactpersoon.....
- Startdatum project.....
- Einddatum project.....
- Opdrachtgever project
- Worden er, naar u weten, door andere organisaties vergelijkbare projecten uitgevoerd?
- Ja
- Nee

2. Doel/inhoud

- a. Wat is het onderwerp van het project?
Wat is de doelstelling?
- b. Welke concrete resultaten worden beoogd?
- c. Type project:
- pilot
- tijdelijk
- tijdelijk, maar met uitzicht op structurele implementatie
- structureel
- d. Is het project onderdeel van een groter programma?
- ja onderdeel van een campagne
- onderdeel van een preventieprogramma
- onderdeel van disease management programma
- onderdeel van zorgprogramma / DBC
- nee het betreft een losstaand project / interventie
- anders, namelijk

- e. Door welke visie of theorie is het project geïnspireerd?
- f. Op welke risicofactoren is het project gericht?(*meerdere antwoorden mogelijk*)
- verhoogd cholesterol gehalte
 - verhoogde bloeddruk
 - roken
 - diabetes mellitus
 - overgewicht
 - voeding
 - te weinig lichamelijke activiteit
 - anders, namelijk.....
- g. Welke vorm van evaluatie vindt plaats of heeft plaats gevonden? (*meerdere antwoorden mogelijk*)
- procesevaluatie
 - effectevaluatie
 - kosteneffectiviteit
 - geen
- h. Dekking van dit project is?
- landelijke dekking
 - regionale dekking
 - lokale dekking
 - anders, namelijk.....
- i. Is de epidemiologische situatie van de regio vooraf in kaart gebracht?
- Ja, zo ja op welke wijze.....
 - Nee
- j. Sluit het initiatief aan bij het lokaal of landelijk gezondheidsbeleid?
- Ja, zo ja op welke manier.....
 - Nee
 - Onbekend

3. Doelgroep

- a. Op welke doelgroep en/of specifieke doelgroep richt het project zich?
- universele preventie (gehele populatie)
 - selectieve preventie (hoogrisicogroep benadering)
- b. Hoeveel mensen wenst men te bereiken?.....
- Totale groep: N =
- Opsporing: N =
- Vervolgtraject: N=

- c. Participatie van de doelgroep in het project.
- Doelgroep is geconsulteerd voor de ontwikkeling van de interventie
 - Doelgroep is geconsulteerd voor de keuze van interventie
 - Doelgroep heeft, naar uw mening, voldoende geparticipeerd in de ontwikkeling of keuze van interventie
- d. Aandacht voor culturele en sociaal-economische verschillen⁵ van de doelgroep
- Geen
 - Inhoud houdt rekening met sociaal-economische verschillen
 - Inhoud houdt rekening met leeftijd en geslacht
 - Inhoud houdt rekening met culturele verschillen
 - Interventie sluit aan bij specifieke doelgroep (bijv. ouderen, jeugd)
 - anders, namelijk.....
- e. Op welke manier is er aandacht voor de motivatie van de doelgroep?
- Is bekend of doelgroep gemotiveerd is tot gedragsverandering?
 - Is bekend welke factoren invloed hebben op motivatie tot verandering bij de doelgroep?
 - Is bekend welke wensen, behoeften, beperkingen de doelgroep heeft voor dit specifieke project bekend?
- f. Is de omgeving (familie, buurt, etc) van de deelnemer op enigerlei wijze betrokken bij de vroege opsporing en/of het vervolgetraject?
- Ja, Op welke wijze.....
 - Nee

4. Aanpak

- a. Hoe vindt werving van de doelgroep plaats?
- b. Hoe is publiciteit aan het initiatief gegeven?
- Folders, posters, krant, internet, etc.
 - Via huisartsen, GGD, etc.
 - Brief
- c. Op welke wijze is aandacht besteed aan draagvlak bij intermediairen, uitvoerende organisaties, financierders?

⁵ Afstemming op leeftijd, sekse, sociaal-economische status, culturele achtergrond.

d. Welke randvoorwaarden zijn specifiek voor dit initiatief van belang?

automatisering , namelijk.....

materialen, zoals.....

personeel,

anders,

5. Opsporing

a. Op welke wijze vindt opsporing plaats?

- actieve opsporing (bijvoorbeeld oproep via huisarts, GGD of ziektekostenverzekeraar)
- werving binnen de totale populatie (community benadering) vervolgens opsporing
- case finding (opsporing tijdens het spreekuur⁶)
- campagne

b. Opsporing vindt plaats binnen (*meerdere antwoorden mogelijk*)

openbare gezondheidszorg,

eerste lijn,.....

tweede lijn,

sector welzijn,

anders,

c. Wordt voor de opsporing uit gegaan van bestaande richtlijnen voor hart- en vaatziekten (bijvoorbeeld NHG richtlijnen)?

Ja, zo ja welke.....

Nee

d. De doelgroep is op de hoogte van de opsporing (kan op de hoogte zijn)

Ja, zo ja op welke wijze.....

Nee

e. De gehele doelgroep krijgt dezelfde opsporing aangeboden

Ja

Nee

⁶ Opsporing bij een patiënt die los van klachten waarmee die patiënt op het spreekuur komt, plaatsvindt bij die patiënt. Selectieve vorm van case-finding is het aanbieden van een bloeddrukmeting bij een patiënt met overgewicht.

f. Bij wie ligt het initiatief voor de opsporing?

- patiënt
- huisarts
- GGD
- thuiszorg
- anders,

g. Welke metingen worden verricht?

- cholesterol gehalte
- bloeddruk
- risicodiabetestest (anamnestisch)
 - familieanamnese (vader, moeder, broer of zus met HVZ voor 60^{ste} levensjaar)
- bloedsuikerwaarde
- buikomvang meting
- lengte
- gewicht
- BMI
- vetpercentage
- fitheidstest
- anders, namelijk.....

h. Kunt u de gang van zaken van de uitslag beschrijven?

- Wie bespreekt de testuitslag met de patiënt?
- Wat gebeurt er met de testuitslagen?

6. Vervolgtraject

a. Vindt het vervolgtraject plaats binnen uw organisatie?
(meerdere antwoorden mogelijk)

- ja
- nee
- binnen meerdere organisaties, zoals

b. Het vervolgtraject bestaat uit:

- doorverwijzing naar:
 - huisarts
 - specialist
 - diëtist
 - psycholoog
 - verpleegkundige
 - anders,
 -
- doorverwijzing naar preventieve programma's

- behandeling
- individuele voorlichting / advies
- groepsvoorlichting (éénmalig) / advies
- cursus
- anders,

c. Het vervoltraject vindt plaats binnen (*meerdere antwoorden mogelijk*)

- openbare gezondheidszorg,
- eerste lijn,
- tweede lijn,
- sector welzijn,
- anders,

d. Waar is het vervoltraject op gericht?

- behandeling van de aandoening
- leefstijl
- bewegen
- voeding
- roken
- anders,

e. Deelname aan het vervoltraject

- is geheel vrijblijvend
- wordt erg gestimuleerd
- is ingebed in het gehele project en heeft een enigszins verplichtend karakter
- anders,

f. Welke organisaties zijn verantwoordelijk voor het vervoltraject?

g. Het vervoltraject wordt het gehele jaar aangeboden?

- ja
- nee
- nvt

h. Is er een follow-up na afronding van het vervoltraject ingebouwd?

➤ Uitnodigen voor controle, gesprek , telefonisch contact.

- ja,
- nee

i. Wie is verantwoordelijk voor de, eventuele doorverwijzing?

7. Samenwerking

a. Welke hulpverleners zijn bij het project betrokken?

- huisartsen
- POH (Praktijk Ondersteuners Huisarts)
- (praktijk)verpleegkundigen
- Arbo-artsen
- doktersassistenten
- werkenden in de thuiszorg
- paramedici: diëtisten
- fysiotherapeuten
- anders,
- preventiefunctionarissen / gezondheidsbevorderaars, GGD
- apothekers
- Arbo-artsen
- anders,.....

b. Is er samenwerking met maatschappelijke organisaties?

- ja Bureau Jeugdzorg
- Meer bewegen voor ouderen (MBVO)
- Stichting welzijn Ouderen
- Patiëntenverenigingen
- anders,.....
- nee

c. Is er samenwerking met koepelorganisaties?

- De Nederlandse Hartstichting
- Diabetesvereniging Nederland
- nierstichting
- NIGZ
- NIZW.
- NHG / LHV
- anders,.....

d. Zijn er andere samenwerkingspartners?

- gemeente(n)
- verzekeringmaatschappijen
- farmaceutische organisaties
- anders,.....

e. Welke organisatie is verantwoordelijk voor de

- projectleiding
- ontwikkeling van het project.....

- uitvoering van het project
- opsporing.....
- vervolgtraject.....
- eventuele follow-up na afsluiting van het vervolgtraject.....
- evaluatie
- procesevaluatie
- effectevaluatie.....
- kosteneffectiviteit.....
- f. Kunt u beschrijven hoe de samenwerking is verlopen?
- g. Zijn er knelpunten in de samenwerking te noemen?
- ja,
- nee
- h. Welke mogelijkheden zijn er om de samenwerking structureel te maken?

8. Financiering: hoe wordt het initiatief gefinancierd?

- a. Door wie is het project gefinancierd?
- b. Wat zijn de kosten van het initiatief?
- totaal.....
- per opgespoorde 'patiënt'
- c. Is de financiering structureel?
- ja
- nee
- d. Wat zijn mogelijkheden voor structurele financiering?
- Wat zijn eventuele knelpunten (nieuwe zorgstelsel, DBC, Afschaffing AWBZ)
- Wat ziet u als kansen voor de financiering?

9. Behaalde resultaten: (kosten)effectiviteit, bereik & evaluatie

- a. Zijn er resultaten van het initiatief bekend?
- ja
- nee
- Zo ja, wat bleek daaruit?.....
- Indien effectevaluatie is uitgevoerd, wat is hieruit naar voren gekomen?
 - In welke mate is het gelukt de mensen te bereiken die men wilde bereiken?
 - In welke mate zijn mensen doorverwezen naar het vervolgtraject ?
 - Is bekend hoeveel procent van deze doorverwezen deelnemers daadwerkelijk contact hebben gezocht met betreffende instanties / hulpverleners?

- ja,
- nee
- weet niet

- ja
 - Indien onderzocht, is het initiatief kosteneffectief gebleken?
- nee
- weet niet

b. Is volgens u landelijke implementatie van dit project mogelijk (gezien huidige ontwikkelingen in de gezondheidszorg)?

- ja
- nee

c. Wat zijn belemmerende factoren (t.a.v. het proces en effect) gebleken van dit project?

- Zijn er belemmeringen t.a.v. financiering gebleken?
- Zijn er knelpunten m.b.t. de eigen organisatie gebleken?

d. Wat zijn volgens u de succesfactoren (t.a.v. het proces en effect) van dit project?

10. Overig

- a. Is er documentatie van het project?
 - projectbeschrijving
 - evaluatierapport
 - draaiboek
 - anders

Zo ja, kunt deze stukken aan mij toesturen?

Bijlage 3: Overzicht geselecteerde (koepel)-organisaties

Vroegtijdige opsporing en behandeling van risicofactoren op HVZ: een inventarisatie van initiatieven in de openbare en eerstelijnsgezondheidszorg.

1. GGD Nederland
2. Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
3. Z-ORG
4. Diabetes Fonds
5. Nederlandse Public Health Federatie (NPHF)
6. Nierstichting
7. Nederlandse Vereniging voor Diëtisten (NVD)
8. Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)
9. Stichting Bloedlink
10. Zorgverzekeraar AGIS
11. Zorgverzekeraar Achmea
12. Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW)
13. Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ)
14. Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn (LVG)
15. Nederlandse Diabetes Federatie (NDF)
16. Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG)
17. Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF)
18. Kringapotheek
19. Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN) (Voorheen: Algemene Vereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden, AVVV)

Bijlage 4: Topiclijst interviews met (koepel)organisaties

Introductie

Voorstellen

Doel onderzoek

Tijdsduur interview

Anonimiteit

Verwerking gegevens, notuleren tijdens gesprek. autorisatie

1. Wat zijn de belangrijkste activiteiten van uw organisatie op het gebied van preventie van hart -en vaatziekten, in het bijzonder van vroege opsporing van risicofactoren?
 - Opsporing
 - Vervolgtraject/behandeling
 - Toekomstige plannen
 - Samenwerkingspartners
 - Veranderingen

2. In welke mate krijgt de preventie en vroege opsporing van mensen met risicofactoren voor hart -en vaatziekten binnen uw organisatie specifieke aandacht?
 - Speerpunten in preventiebeleid van HVZ
 - Ideeën over preventie HVZ toekomst

3. Welke uitgangspunten hanteert uw organisatie t.a.v. preventie van (hart -en vaatziekten)?
 - Visie op preventie
 - Selectieve of universele preventie
 - Landelijke ontwikkelingen/beleid
 - Samenwerking preventie en curatie
 - Veranderingen

4. Welke rol ziet u voor uw organisatie of heeft uw organisatie in de preventie van HVZ?
 - Welke rol zou u in de toekomst willen spelen?

5. Wat zijn naar uw idee belemmeringen voor de preventie van HVZ?

6. Hoe kijkt uw organisatie aan tegen het opsporen van (hoog)risicogroepen?
 - rol in de opsporing?
 - doelgroepen
 - setting
 - samenwerkingspartners?

7. Hoe kijkt uw organisatie aan tegen het vervolgtraject/de behandeling van hart- en vaatziekten?
 - rol in vervolgtraject?
 - setting
 - samenwerkingspartners?
8. Wat zou een initiatief tot opsporing en behandeling succesvol kunnen maken?
9. Wat zijn naar uw idee knelpunten voor goede opsporing dan wel behandeling?
10. Wat zijn financieringsmogelijkheden?
 - kansen t.a.v financiering
 - knelpunten financiering
11. Van welke initiatieven op dit terrein bent u op de hoogte?
 - binnen de eigen sector
 - buiten de eigen sector
12. Wat kan uw organisatie betekenen voor dergelijke initiatieven⁷?
13. Welke rol zou de Nederlandse Hartstichting kunnen spelen?

⁷ Alleen indien deze organisatie een rol voor zichzelf ziet weggelegd.

Bijlage 5: SWOT criteria

SWOT analyse

“Onderzoek vroege opsporing en behandeling van mensen met risicofactoren op hart- en vaatziekten”

Criteria SWOT analyse

“Onderzoek vroege opsporing en behandeling van mensen met risicofactoren op hart- en vaatziekten”

De SWOT analyse is te omschrijven als de “beoordeling” van de initiatieven en het in kaart brengen van mogelijke bedreigingen en kansen voor uitrol. De beoordeling van initiatieven gebeurt op basis van een sterke en zwakte analyse van de opsporingsfase, vervolgtraject en van het effect en proces. Vervolgens wordt per initiatief in tabelvorm een korte samenvatting gemaakt met daarin:

- de opvallendste sterke en zwakke punten van het initiatief
- de opvallendste kansen en bedreigingen

Voor de invulling van de tabel zal gebruik gemaakt worden van de informatie verstrekt door de projectleiders van de initiatieven en informatie uit de beoordeling van de onderzoekers. Thema's zijn bijvoorbeeld samenwerking, financiering, effect.

Omdat veel facetten lastig te kwantificeren zijn, zal vaak op basis van inschatting door de onderzoeker gekozen worden of iets een sterk of minder sterk punt is. Daarom zal de beoordeling per project steeds door twee onderzoekers plaatsvinden. Wanneer zij het niet met elkaar eens zijn, zal in samenspraak tot consensus gekomen worden. In geval dat niet lukt, zal een derde onderzoeker gevraagd worden het project mede te beoordelen.

A. Sterkte en zwakte “Opsporing” en “Vervolgtraject”

Criteria	
Mate waarin het project zich richt op het systematisch opsporen van mensen met een risico op hart- en vaatziekten ⁸ .	<p>Voldoende ++: Er is een protocol of draaiboek aanwezig.</p> <p>De opsporing heeft een systematisch karakter dat wil zeggen dat: Er sprake is van een helder omschreven doelgroep. De doelgroep is of kan op de hoogte zijn van de vroege opsporing. Alle leden van de doelgroep krijgen dezelfde opsporing of voorselectie aangeboden, of een verschil is gemotiveerd.</p> <p>Er is specifieke aandacht voor lage SES groepen en/of allochtonen</p> <p>Er is aandacht voor mensen met een hoog risico op hart- en vaatziekten.</p> <p>Gedeeltelijk: + Onbekend : +/-</p> <p>Niet voldoende – De doelgroep is niet helder omschreven Er is sprake van een open werving bijvoorbeeld in de krant, werven op de markt. De doelgroep krijgt niet dezelfde opsporing of voorselectie aangeboden.</p>
Er is aandacht voor samenhang tussen risicofactoren.	<p>Voldoende:++ Meerdere risicofactoren worden gemeten en aangepakt.</p> <p>Niet voldoende:- Er is aandacht voor 1 risicofactor.</p>
Richtlijnen, zoals bijvoorbeeld de NHG standaard cardiovasculair risicomanagement, worden gebruikt als uitgangspunt bij de opsporing.	<p>Voldoende: ++ Onbekend +/- Niet voldoende:-</p>
Opsporing en vervolgtraject zijn ingebed in de reguliere gezondheidszorg of sector welzijn.	<p>Voldoende:++ Inhoudelijk Opsporing en vervolgtraject vinden plaats in de reguliere gezondheidszorg of sector welzijn.</p> <p>Initiatief is een langdurige of terugkerende interventie.</p> <p>Financieel Er is voor minimaal 2 jaar financiering. Financiering door gebruikelijke reguliere financieringsbronnen/regelingen (geen projectfinanciering)</p>

⁸ In het vervolg doelgroep genoemd. De doelgroep is geen patiënt. De doelgroep diabetes patiënten die ook een risicogroep vormen voor hart- en vaat ziekten worden in dit onderzoek niet meegenomen aangezien het gaat om projecten in de openbare gezondheidszorg en eerste lijn. Preventie van hart- en vaatziekten voor diabetespatiënten vindt veelal plaats binnen de tweede lijn. In het geval van diabetes gaat het om mensen die risico hebben op hart- en vaatziekten, waaronder ook diabetes.

	<p>Organisatorisch Er zijn voldoende middelen (materialen, ruimte, computers, ICT ondersteuning) en capaciteit (personeel, doorverwijsmogelijkheden) aanwezig.</p> <p>Infrastructuur (locatie, structurele samenwerkingspartners, etc) is aanwezig.</p> <p>Gedeeltelijk:+ Onbekend +/- Niet voldoende:-</p>
<p>Het vervolgtraject (mogelijkheid tot doorverwijzing, behandeling, individuele of groepsgerichte leefstijladviesing, cursus, schriftelijk informatiemateriaal) is kwalitatief voldoende.</p>	<p>Voldoende ++: Vervolgtraject sluit voldoende aan bij de opsporing⁹</p> <p>Naast, indien nodige, behandeling is er binnen het vervolgtraject aandacht voor leefstijladviesing.</p> <p>Vervolgtraject sluit aan bij de persoonlijke wensen en motivatie van de deelnemer. Er wordt bijvoorbeeld gebruik gemaakt van motiverende gespreksvoering of selfmanagement.</p> <p>Follow-up is aanwezig en/of vervolgtraject bestaat uit meer dan 1 gesprek¹⁰.</p> <p>Gedeeltelijk:+ Onbekend +/-</p> <p>Niet voldoende -: Vervolgtraject heeft onvoldoende aandacht voor gedragsverandering: leefstijladviesing, motivatie van de deelnemer, persoonlijke wensen deelnemer.</p>
<p>Laagdrempeligheid van het initiatief</p>	<p>Voldoende + + Doelgroep wordt voldoende bereikt Setting is bekend bij de doelgroep Setting is goed te bereiken (geografisch en tijd) Een vertrouwensband tussen hulpverleners en deelnemers is al aanwezig Setting (medisch, welzijn) sluit aan bij de inhoud van het project</p> <p>Gedeeltelijk: + Onbekend +/-</p> <p>Niet voldoende – Doelgroep wordt onvoldoende bereikt</p>

⁹ NHG standaard is hierbij het uitgangspunt. Aan alle patiënten met een verhoogd risico van HVZ worden, naast indien nodige behandeling, adviezen gegeven met betrekking tot voeding, alcoholgebruik en lichamelijke activiteit. Bij rokende patiënten is stoppen met roken veruit de belangrijkste maatregel.

¹⁰ Na het advies, behandeling of doorverwijzing wordt met deelnemer nogmaals gesproken over "of gegeven advies opgevolgd is", "of iemand naar de doorverwezen hulpverlener of preventieve activiteit geweest is", etc.

B. Sterkte en zwakte “Proces”

Criteria	Kwantificering
Evaluaties vormen een onderdeel van het initiatief	<p>Voldoende ++ Procesevaluatie en effectevaluatie vormen een onderdeel van het initiatief</p> <p>Gedeeltelijk:+ Procesevaluatie of effectevaluatie vormen een onderdeel van het initiatief</p> <p>Onbekend +/- Niet voldoende:-</p>
Aandacht voor participatie van en afstemming op de doelgroep	<p>Voldoende: ++ De doelgroep of vertegenwoordigers van de doelgroep zijn betrokken bij de opzet en vormgeving van het initiatief.</p> <p>Er is aandacht voor culturele en sociaal- economische verschillen.</p> <p>Omgeving (familie, buurt) zijn betrokken bij de vroege opsporing en/of vervolgtraject.</p> <p>Gedeeltelijk:+</p> <p>Onbekend:+-</p> <p>Niet voldoende: - Er heeft geen afstemming met doelgroep plaatsgevonden.</p>
Aandacht voor draagvlak bij intermediaire organisaties	<p>Voldoende ++ Adequate strategieën om draagvlak te bevorderen zijn gebruikt als informatievoorziening, sleutelfiguren, klankbordgroep, werkgroep, samenwerking.</p> <p>Gedeeltelijk:+ Onbekend:+/-</p> <p>Niet voldoende :- Geen/nauwelijks aandacht aan besteed</p>
Mate waarin gebruik wordt gemaakt van bestaande hulpverleners	<p>Voldoende ++ Het initiatief maakt gebruik van bestaande hulpverleners Er is structurele financiering voor “nieuwe” projectmedewerkers</p> <p>Gedeeltelijk: + Onbekend +/-</p> <p>Niet voldoende – Er is geen structurele financiering voor “nieuwe” projectmedewerkers</p>

C. Sterkte en zwakte “Effect”

Criteria	Kwantificering
Mate waarin de beoogde doelgroep is bereikt met de werving	<p>.... % van beoogde doelgroep is bereikt</p> <p>Voldoende:++ Uiteindelijk resultaat komt grotendeels overeen met vooraf opgestelde doelstelling. Men is tevreden over het bereikte resultaat.</p> <p>Gedeeltelijk:+ Onbekend +/- Niet voldoende:-</p>
Mate waarin doelgroep heeft deelgenomen aan de opsporing	<p>.... % van de totale doelgroep heeft deelgenomen aan de opsporing</p> <p>Voldoende:++ Uiteindelijk resultaat komt grotendeels overeen met vooraf opgestelde doelstelling. Men is tevreden over het bereikte resultaat.</p> <p>Gedeeltelijk:+ Onbekend +/- Niet voldoende:-</p>
Mate waarin mensen zijn doorverwezen naar het vervolgtraject	<p>..... % van de totale doelgroep is doorverwezen naar het vervolgtraject.</p> <p>Voldoende:++ Uiteindelijk resultaat komt grotendeels overeen met vooraf opgestelde doelstelling. Men is tevreden over het bereikte resultaat.</p> <p>Gedeeltelijk:+ Onbekend +/- Niet voldoende -</p>
Mate waarin mensen hebben deelgenomen aan het vervolgtraject	<p>..... % van de doorverwezen doelgroep naar het vervolgtraject heeft ook deelgenomen aan het vervolgtraject.</p> <p>Voldoende:++ Uiteindelijk resultaat komt grotendeels overeen met vooraf opgestelde doelstelling. Men is tevreden over het bereikte resultaat.</p> <p>Gedeeltelijk:+ Onbekend +/- Niet voldoende -</p>

D. Mogelijkheden en bedreigingen voor uitrol

Criteria	
Mogelijkheden voor structurele samenwerking zijn aanwezig	<p>Voldoende ++</p> <p>Initiatiefnemers zien mogelijkheden om samenwerking met betrokken partijen (binnen eigen organisaties en met externen) structureel te realiseren.</p> <p>Er is voldoende draagvlak bij de eigen organisatie en bij samenwerkingspartners voor het initiatief.</p> <p>Samenwerking met betrokken partijen (binnen eigen organisaties en met externen) is beschreven. Bijvoorbeeld in een convenant, protocol, draaiboek of projectomschrijving.</p> <p>Er zijn weinig tot geen knelpunten geformuleerd t.a.v. draagvlak en samenwerking (1D1)</p> <p>Vooraf aan het initiatief is geïnvesteerd in samenwerking en draagvlak met betrokken partijen (1B3).</p> <p>Gedeeltelijk: +</p> <p>Er zijn enkele knelpunten op het gebied van draagvlak en samenwerking voor het initiatief (1D1)</p> <p>Onbekend +/-</p> <p>Niet voldoende –</p> <p>Initiatiefnemers zien weinig / geen mogelijkheden om samenwerking met betrokken partijen (binnen eigen organisaties en met externen) structureel te realiseren.</p> <p>Er worden veel knelpunten in de samenwerking genoemd.</p> <p>Er zijn essentiële knelpunten op het gebied van draagvlak en samenwerking voor het initiatief (1C1)</p>
Mogelijkheden voor structurele financiering zijn aanwezig	<p>Voldoende ++</p> <p>Initiatiefnemers zien mogelijkheden voor langdurige financiering (langer dan 2 jaar en geen projectfinanciering).</p> <p>Er zijn weinig tot geen knelpunten gesignaleerd t.a.v. financiering (voor de toekomst)</p> <p>Er zijn concrete kansen voor de financiering geformuleerd.</p> <p>Gedeeltelijk: +</p> <p>Onbekend +/-</p> <p>Niet voldoende –</p> <p>Initiatiefnemers zien geen mogelijkheden voor langdurige financiering (langer dan 2 jaar).</p> <p>Er zijn knelpunten gesignaleerd t.a.v. financiering (voor de toekomst)</p> <p>Er bestaan geen concrete kansen voor de financiering van het initiatief.</p>

<p>Mogelijkheden om het initiatief landelijke te implementeren zijn aanwezig.</p>	<p>Voldoende:++ Initiatiefnemers zien mogelijkheden om het deel van de vroege opsporing landelijk te implementeren.</p> <p>Initiatiefnemers zien mogelijkheden om het deel van het vervolgtraject landelijk te implementeren</p> <p>Het initiatief is door betrokken partijen positief geëvalueerd wat betreft de vroege opsporing.</p> <p>Het initiatief is betrokken partijen positief geëvalueerd wat betreft het vervolgtraject.</p> <p>Betrokken samenwerkende partijen zijn positief over het initiatief en onderschrijven de relevantie.</p> <p>Mogelijkheden om de doelgroep bij landelijke implementatie te bereiken, zijn aanwezig (behoefte van de doelgroep sluit aan op het initiatief. doelgroep is bereikt met het initiatief, gebruikte wervingsmethoden/opsporing zijn landelijk implementeerbaar)</p> <p>Materialen zijn landelijk inzetbaar</p> <p>Initiatief sluit aan bij het lokaal of landelijk gezondheidsbeleid.</p> <p>Initiatiefnemers zien mogelijkheden voor structurele samenwerking</p> <p>Initiatiefnemers zien mogelijkheden voor structurele financiering</p> <p>Gedeeltelijk: + Onbekend +/- Onvoldoende:-</p>
<p>Mogelijkheden om het initiatief binnen dezelfde setting in te zetten voor andere doelgroepen of risicofactoren zijn aanwezig</p>	<p>Voldoende:++</p> <p>Opsporingsmethode is te gebruiken voor andere doelgroepen of risicofactoren;</p> <p>Vervolgtraject is tevens geschikt voor andere doelgroepen of risicofactoren</p> <p>Setting en hulpverleners hebben kennis en mogelijkheden om het initiatief te verbreden naar andere doelgroepen of risicofactoren</p> <p>Gedeeltelijk: + Onbekend +/- Niet voldoende:-</p>

Bijlage 6: Beschrijving en SWOT-analyses initiatieven

Stichting Thuiszorg Groot Rijnland: Periodieke Controle Gezondheid Senioren (PCGS)

“Periodieke Controle Gezondheid Senioren (PCGS)” in het kort

Projectomschrijving:

Aanvankelijk: het uitvoeren van periodieke gezondheidscontroles bij senioren (60+).
Inmiddels richt de STGR zich ook op 18-59 jarigen.
Ouderen hebben één tot drie gesprekken met een verpleegkundige.

Doel/Visie:

Door middel van het vroegtijdig signaleren van gezondheidsproblemen op basis van meting, adequate voorlichting en/of zonodig doorverwijzing naar een passende hulpverlener krijgt degene die de PCG ondergaat zicht op de eigen gezondheidsaspecten en kan hij/zij langer gezond leven.

Doelgroep:

- cliënten uit de eigen regio (18-59-jarigen, 60+-ers)
- eigen medewerkers van 55+
- allochtonen (zijn bijvoorbeeld aparte spreekuren voor)

Preventie: Universele preventie (gehele populatie)

Setting: Thuiszorg

Werving/Selectie deelnemers:

1. Via oproepen in de lokale pers (voor 60+-ers). Momenteel minder actieve werving, de gemeente stuurt alle mensen die 65 worden een informatiepakket. In dit pakket is ook een folder over het PCGS opgenomen.
2. Via de gemeente Leiden en de GGD werden 8 lage SES-wijken geselecteerd; in die wijken werden alle 70-79 jarigen schriftelijk uitgenodigd.

Korte beschrijving opsporing:

Tijdens de controle worden vragenlijsten doorgenomen met de deelnemer. Ook wordt standaard een aantal testen gedaan zoals bloeddrukmeting, hartslag, buikomvang, bloedsuiker, lengte en gewicht. Daarnaast worden ook eenzaamheid en depressie meegenomen. Deelnemers kunnen zich 1x per jaar laten controleren (in de pilot was dat 2x per jaar).

Korte beschrijving vervolgtraject:

Vervolgtraject bestaat uit het bespreken van de testresultaten, advisering en doorverwijzing naar huisarts, psycholoog, fysiotherapie etc en naar preventieve programma's. Er vindt follow-up plaats in de vorm van een periodiek overleg.

Financieringsbronnen:

Aanvankelijk zorgvernieuwingsgelden, nu betaalt Stichting Thuiszorg Groot Rijnland de kosten zelf.

Bijzonderheden:

Er zijn landelijk veel soortgelijke initiatieven.

Conclusie: Initiatief is structureel ingebed in reguliere gezondheidszorg. Weinig knelpunten. Enige bedreiging is onduidelijkheid t.a.v. structurele financiering

<p>Sterkte</p> <p><i>Projectleider</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Organisatie: enthousiasme, doorzettingsvermogen, draagvlak kunnen creëren, regiospeler zijn. • Draagvlak voor het project binnen en buiten de eigen organisatie. <p><i>SWOT analyse</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Aandacht voor lage SES en allochtonen • Sluit aan bij behoefte van deelnemers, bereik van de doelgroep is goed. • Vervolgtraject omvat doorverwijzing en advisering en sluit aan bij de wensen en motivatie van de doelgroep. Er is follow-up ingebouwd voor de doelgroep ouderen. • Geen knelpunten in de samenwerking met andere hulpverleners/organisaties. 	<p>Zwakte</p> <p><i>Projectleider</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Geen overeenstemming tussen praktijkmensen en de wetenschap betreffende beoogde resultaat. De praktijk beschrijft dit in termen van gezondheidswinst en verhogen van kwaliteit van leven. <p><i>SWOT analyse</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Geen hoog-risicobenadering. • Systematische opsporing geldt alleen voor doelgroep ouderen. • Structurele financiering.
<p>Bedreigingen</p> <p><i>Projectleider</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Financiering <p><i>SWOT analyse</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Structurele financiering 	<p>Mogelijkheden</p> <p><i>Projectleider</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Draagvlak voor dit initiatief is aanwezig binnen de politiek. • Kansen voor financiering bij gemeenten, zorgverzekeraars en/of AWBZ. • Structurele inbedding en samenwerking is al gerealiseerd. <p><i>SWOT analyse</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Er zijn mogelijkheden om het initiatief in te zetten voor andere doelgroepen en/of risicofactoren.

GGD Zeeland: Preventief gezondheidsonderzoek voor Ouderen in de Oosterschelderegio

“Preventief gezondheidsonderzoek voor Ouderen in de Oosterschelderegio” in het kort

Projectomschrijving: Preventief gezondheidsonderzoek voor Ouderen. Risicoanalyse op verschillende deelgebieden (risicofactoren hart- en vaatziekten, osteoporose, vallen en psychosociale problemen).

Doel/Visie: Naast de uitvoering van een preventief gezondheidsonderzoek voor ouderen (PGO-O) wordt door middel van onderzoek nagegaan of een dergelijk project een positieve invloed heeft op de kwaliteit van leven van Zeeuwse ouderen.

Doelgroep: Zelfstandig wonende ouderen in de leeftijd van 60-75 jaar, woonachtig in de gemeenten Goes, Kappelle, Reimers Waal, Schouwen-Duivenland

Preventie: Universele preventie (gehele populatie)

Setting: Thuiszorg

Betrokken Organisaties: GGD, Thuiszorgorganisaties

Werving/Selectie deelnemers: Mensen worden at random geselecteerd uit het gemeentebestand. Men wordt schriftelijk uitgenodigd, d.m.v. een antwoordkaart kan aangegeven worden of men mee wil werken. Bij geen reactie worden de selecteerde mensen gebeld.

Korte beschrijving vroege opsporing:

Eerste consult (2,5 uur) bestaat uit doornemen van een vragenlijst betreffende gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven en het zorg- en medicatiegebruik van de afgelopen 3 maanden in). Daarnaast worden testen uitgevoerd.

Korte beschrijving vervolgtraject:

10-14 dagen na het eerste consult hebben deelnemers een adviesgesprek (1 uur). Ouderen met een risico op depressie + vallen hebben aanvullend een follow-up gesprek en een huisbezoek wordt gepland. Follow-up na 1 jaar.

Financieringsbronnen:

Vier pilotgemeenten, provincie Zeeland, zorgkantoor Zeeland, Stichting Centraal Fonds RVVZ (reserves voormalige vrijwillige ziekenfondsverzekeringen), GGD Zeeland, Allévo thuiszorg.

Bijzonderheden:

Geautomatiseerde anamnese. Opsporing van risicofactoren op hart- en vaatziekten ingebed in breder gezondheidsperspectief.

Conclusie: Initiatief dat gedegen is opgezet. Goede samenwerking tussen thuiszorg en GGD. Opsporing van risicofactoren HVZ is ingebed in breder gezondheidsperspectief met veel aandacht voor motivatie deelnemer.

<p>Sterkte</p> <p><i>Projectleider</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Verwachting is dat systematische screening, gebruik van geautomatiseerde anamnese en samenhang met het vervolgaanbod in combinatie met persoonlijke motiverende contact met wijkverpleegkundige succesfactoren zijn. • De samenwerking met landelijke en lokale partners. <p><i>SWOT analyse</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Inhoud en structuur vervolgtraject heeft zeer veel aandacht voor persoonlijke wensen en motivatie. Follow-up is georganiseerd. • Bereik van de doelgroep is goed. 	<p>Zwakte</p> <p><i>Projectleider</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Draagvlak bij huisartsen • Ontbreken van evidence • Beschikbare personele capaciteit (kleine GGD) • Financiering • Weinig gebruik van preventief vervolgtraject (Sluit mogelijk niet aan bij de behoefte, doelgroep wil zelfstandig aan eigen gezondheid werken) <p><i>SWOT analyse</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Mensen met een lage SES of allochtonen zijn geen specifieke doelgroep. • Geen sprake van hoogrisicobenadering. • Gedeeltelijke inbedding in reguliere gezondheidszorg. Beperkingen zijn financiering en personele capaciteit.
<p>Bedreigingen</p> <p><i>Projectleider</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Financiering en evidence zijn voorwaarden voor structurele samenwerking. <p><i>SWOT analyse</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Knelpunten in samenwerking met huisartsen. • Financiering. 	<p>Mogelijkheden</p> <p><i>Projectleider</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Mogelijkheden voor structurele financiering zijn opname in het vergoedingspakket van de zorgverzekeraars, gemeenten (WMO), eigen bijdrage van de ouderen. • Product verder ontwikkelen aan de hand van uitkomsten onderzoek. <p><i>SWOT analyse</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • (Verder) aansluiten van vervolgtraject aan de behoefte van de ouderen. • Onderzoekresultaten

Stichting Icare: Gezond en Wel, Consultatiebureau voor Senioren

“Gezond en Wel, Consultatiebureau voor Senioren” in het kort

Projectomschrijving: Consultatiebureau voor Senioren in verschillende gemeenten. Er is een screeningsinstrument ontwikkeld om de gezondheid van senioren in kaart te brengen en te adviseren omtrent gezonde leefstijl en zelfzorg.

Doel /visie: Senioren houden de regie over hun gezondheid zelf in de hand.

Het doel is:

- Senioren blijven zo lang mogelijk gezond
- Het verhogen van zelfredzaamheid van senioren
- Het verhogen kwaliteit van leven van senioren
- De maatschappelijke participatie behouden en bevorderen

Doelgroep: Senioren van 60 jaar en ouder

Preventie: Universele preventie (gehele populatie)

Setting: Thuiszorgorganisatie, huisartsenpraktijk, woningcorporatie

Werving/Selectie deelnemers:

Drie wervingsmethoden zijn gebruikt:

- selectie van 60+ patiënten uit het databestand van de huisarts die niet inzicht zijn bij de huisarts. Geselecteerde patiënten ontvangen thuis een uitnodiging- en informatiebrief. Daarnaast wordt hen gevraagd een vragenlijst in te vullen.
- open werving binnen de bewoners van huur-koopwoningen verbonden aan een woningcorporatie (gericht op wonen, welzijn en zorg). Advertentie in een woningkrant. Mensen die zich aanmelden een uitnodiging- en informatiebrief en een vragenlijst thuis ontvangen.
- Open werving onder alle 60-plussers via lokale en regionale kranten en thuiszorgorganen, folders en posters.

Korte beschrijving vroege opsporing:

Vragenlijst wordt opgestuurd en mensen vullen deze thuis zelf in. Vervolgens komen de mensen op gesprek. In dit gesprek van een uur wordt de vragenlijst doorgenomen, worden testen gedaan (cholesterol, bloeddruk, bloedsuikerwaarde, BMI) en vervolgens krijgen men een advies.

Korte beschrijving vervolgtraject: Leefstijladvisering door wijkverpleegkundige (gestandaardiseerd en geprotocolleerd). Doorverwijzing naar huisarts, dietist, psycholoog, preventieve programma's, etc.

Financieringsbronnen: Stichting Icare, ledenvereniging Icare, zorgvernieuwingsgeld, Provincie Flevoland, particuliere stichting.

Bijzonderheden: Samenwerking met een woningcorporatie. Naast risicofactoren op hart- en vaatziekten, diabetes en overgewicht is er ook aandacht voor geestelijk en sociaal welbevinden.

Conclusie: Zeer uitgebreide opsporing en brede samenwerking met veel organisaties. Belangrijke succesfactor is de behoefte van de doelgroep en de nauwe samenwerking met de huisarts. Knelpunt is vooral de structurele financiering.

<p>Sterkte</p> <p><i>Projectleider</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Gezondheidsonderzoek sluit erg aan bij de behoefte van 60 plussers. • Onderzoek gaat ook in op het geestelijk en sociaal welbevinden. • Deelnemers zijn erg tevreden over de items van de screening. • Brede samenwerking met zorg- en welzijnsinstellingen waardoor krachten gebundeld worden. <p><i>SWOT analyse</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Nauwe samenwerking met huisarts in werving en vervolgtraject. Veel aandacht besteed aan draagvlak creëren. • Meerdere risicofactoren voor hart- en vaatziekten worden gemeten • Inbedding van vroege opsporing van risicofactoren voor hart- en vaatziekten in brede screening van gezondheid (ook sociaal en geestelijk) • Bereik van de doelgroep is goed 	<p>Zwakte</p> <p><i>Projectleider</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Financiën • Bereiken van lage SES groepen en allochtonen • Arbeidsintensief <p><i>SWOT analyse</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Selectie en werving is niet in alle gemeenten gelijk. Er is niet altijd sprake van systematische opsporing (bij open werving is mogelijk niet de gehele doelgroep op de hoogte) • Geen follow-up • Geen specifieke aandacht voor lage SES groepen en allochtonen • Beperkt aandacht voor motivatie en persoonlijke wensen
<p>Bedreigingen</p> <p><i>Projectleider</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Structurele financiering <p><i>SWOT analyse</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Enkele knelpunten in de samenwerking met huisartsen • Beperkte aandacht voor leefstijl- en gedragsverandering. • Structurele financiering. 	<p>Mogelijkheden</p> <p><i>Projectleider</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Er is veel behoefte, er staan deelnemers op een wachtlijst. • Veel vraag naar het opstarten van een consultatie bureau voor senioren in verschillende gemeenten (door gemeenten, ouderenbonden, seniorenraden) <p><i>SWOT analyse</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Mogelijkheden voor structurele samenwerking zijn aanwezig. • Gedeeltelijk mogelijkheden om initiatief in te zetten voor andere risicofactoren/ doelgroepen.

Carinova: Preventie Diabetes en hart- en vaatziekten in Heino

“Carinova” in het kort

Projectomschrijving: Het doen van een risico-inventarisatie mbt diabetes en hart- en vaatziekten in samenwerking met de huisartsenpraktijk door middel van risico-analysegesprekken door wijkverpleegkundigen van de thuiszorg.

Doel/Visie: Door vroegtijdige opsporing komen tot snelle behandeling van patiënten met diabetes/risico op hart- en vaatziekten, mensen attent maken op het risico dat ze hebben op diabetes of hart- en vaatziekten en het geven van leefstijladviezen op maat.

Doelgroep: 45-70 jarigen uit een huisartsenpraktijk in Heino, zonder diabetes, die geen eerdere hypertensiescreening hebben gehad.

Preventie: Selectieve preventie (hoogrisicogroep benadering).

Setting: Huisartsenpraktijk, gesprekken in wijkgebouw

Belangrijkste organisaties: Thuiszorg, Huisartsenpraktijk

Werving/Selectie deelnemers: Middels een brief met een uitnodiging voor een risico-analysegesprek. De uitnodigingsbrief bevat een sneltest waarmee mensen een eerste snelle inschatting van hun risico op hart- en vaatziekten konden maken. Wanneer op een van de vragen van de sneltest ‘ja’ geantwoord werd, werd geadviseerd een risicoanalysegesprek te doen.

Korte beschrijving vroege opsporing: Verpleegkundige doet een risico-inventarisatie door middel van vragenlijst en het doen van verschillende metingen (bloeddruk, diabetes-risicotest, lengte, gewicht, BMI, fitheid). Vervolgens berekent zij de score.

Korte beschrijving vervolgtraject: Verpleegkundige bespreekt de testuitslag, geeft leefstijladvies en verwijst indien nodig naar de huisarts, diëtist, preventieve activiteiten, beweegactiviteiten. Afhankelijk van de uitkomsten van de risicoanalyse wordt aanbevolen een bloedtest te laten doen (op diabetes, cholesterol).

Financieringsbronnen: Campagne “Kijk op Diabetes”, AIV

Bijzonderheden: Project staat vermeld op www.kijkopdiabetes.nl

Conclusie: Project met heldere structuur door nauwe en goede samenwerking tussen thuiszorg en 1 huisartsenpraktijk. Goede inbedding in structurele zorg (huisartsenpraktijk). Hoogrisico benadering door voorselectie. Belangrijkste knelpunt is structurele financiering.

<p>Sterkte</p> <p><i>Projectleider</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Betrokken en geïnteresseerde huisarts. Erg goede samenwerking. • Face-to-face gesprekken met de verpleegkundige. • Toegankelijke setting (wijkgebouw en huisarts) • Huisarts is samenwerkingspartner, daardoor is direct doorverwijzen mogelijk. • Logistieke ondersteuning vanuit de thuiszorg (PR afdeling, postkamer, automatisering, telefooncentrale). • Huisartseninbreng is van groot belang bij ontwikkeling van het project en bij werwing en nazorg. <p><i>SWOT analyse</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Vervolgtraject maakt gebruik van regulier aanbod. • Er is aandacht voor motivatie van de deelnemer. • Stapsgewijze risicobenadering werkt goed. Selectie doelgroep d.m.v. sneltest (vragen in uitnodigingsbrief). Slechts cholesterol en glucose bepaling bij uitgeselecteerde groep. • Initiatief ontwikkelt in nauwe samenwerking met huisarts. • Relatief goedkoop initiatief. 	<p>Zwakte</p> <p><i>Projectleider</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Beperkte budget, ontbreken van onderzoeksfaciliteiten. <p><i>SWOT analyse</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Verpleegkundige heeft 1 gesprek met de deelnemer waarin zij de risicoanalyse afneemt, uitslag bespreekt, leefstijladviezen geeft en doorverwijst. Er vindt geen follow-up plaats. • Bij opzet en ontwikkeling van het project geen aandacht voor participatie doelgroep. • Geen specifieke aandacht voor lage SES en allochtonen. • Er zijn nog weinig gegevens bekend over het bereik van de doelgroep.
<p>Bedreigingen</p> <p><i>Projectleider</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Kracht van deze pilot is de goede samenwerking met de huisarts. Bij een vervolg van dit project moet samengewerkt worden met nieuwe huisartsen. Draagvlak creëren en het maken van goede afspraken over de in te zetten middelen is noodzakelijk. <p><i>SWOT analyse</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Structurele financiering 	<p>Mogelijkheden</p> <p><i>Projectleider</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ontwikkelkosten zijn al gemaakt. Kansen voor structurele financiering moeten gezocht worden bij gemeenten, zorgverzekeraars en preventieve programma's ZonMw. <p><i>SWOT analyse</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Mogelijkheden om het initiatief landelijk te implementeren zijn aanwezig (materialen zijn ontwikkeld, goede samenwerking, positieve evaluatie deelnemers) • Er zijn mogelijkheden om de structuur van dit initiatief te gebruiken voor andere doelgroepen/risicofactoren.

GGD Midden Nederland: “Blik op uw gezondheid”

“Blik op uw gezondheid” in het kort

Projectomschrijving: Testdagen voor senioren: het aanbieden van leefstijltesten aan senioren.

Doel/Visie:

- Senioren weten dat de mogelijkheid bestaat in de gemeente deel te nemen aan een aantal leefstijltesten op het gebied van hart- en vaatziekten
- Deelnemers aan de testen hebben een beter inzicht in hun eigen gezondheid waar het gaat om een aantal belangrijke leefstijlfactoren op het gebied van hart- en vaatziekten
- De deelnemers realiseren zich dat zij op bepaalde gebieden een ongezonde leefstijl voeren en zijn gemotiveerd om daarin verandering aan te brengen

Doelgroep: 50-plussers in diverse gemeenten van Midden Nederland

Preventie: universele preventie (gehele populatie)

Setting: GGD

Belangrijkste organisaties: GGD, Gemeente, Thuiszorg, Paramedische beroepsbeoefenaren, verpleegkundigen, doktersassistenten, Meer Bewegen voor Ouderen, Stichting Welzijn Ouderen, Ouderenbond, De Nederlandse Hartstichting, Diabetesvereniging Nederland.

Korte beschrijving opsporing: Het uitvoeringen van diverse metingen. Zoals cholesterolgehalte, bloeddruk, bloedsuikerwaarde, buikomvang meting, etc.

Korte beschrijving vervolgtraject:

GGD-medewerker bespreekt de test resultaten en geeft leefstijladvies. Voedingsadvies wordt door de diëtiste gegeven en informatie over bewegen door een sportconsulent. Deelnemers krijgen schriftelijk informatiemateriaal mee (leefstijlfolders) en een overzicht van activiteiten in hun gemeente. Er zijn geen mogelijkheden voor follow-up gesprek.

Financieringsbronnen: Gemeente, Stichting Welzijn Ouderen, eigen bijdrage van de deelnemers (5 euro).

Conclusie: Systematische opsporing van mensen met risicofactoren op hart- en vaatziekten in 1 specifieke gemeente, geen hoogrisico benadering. Goede samenwerking met diverse partijen, enkele knelpunten met huisartsen. Financiering is de belangrijkste bedreiging.

<p>Sterkte</p> <p><i>Projectleider</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Goede samenwerking met verschillende thuiszorgorganisaties en gemeenten, in het bijzonder met de Stichting Welzijn Ouderen. • Mogelijkheid van testen trekt de deelnemers aan, met name de cholesteroltest is populair. • Keuze voor locaties waarin het mogelijk is een “relaxte” sfeer te creëren. • Inzetten van bekende vrijwilligers en professionals wat een gevoel van herkenning geeft. • Mate van bereik van de doelgroep is hoog. <p><i>SWOT analyse</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Er is sprake van systematische opsporing van verschillende risicofactoren op hart- en vaatziekten bij senioren in de gemeente Leersum. • Bij de opsporing en het vervoltraject is er aandacht voor samenhang tussen risicofactoren. • Er is voldoende aandacht voor draagvlak bij intermediaire organisaties • De doelgroep is voldoende bereikt met de werving 	<p>Zwakte</p> <p><i>Projectleider</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Relatief lange voorbereidingstijd van een testdag (een half jaar). • Beperkingen in de samenwerking tussen ambtenaren. • Beperkte betrokkenheid van huisartsen bij het initiatief. • Beperkingen in het budget van de gemeente. <p><i>SWOT analyse</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Systematische opsporing geldt alleen voor gemeente Leersum • Vervoltraject is gedeeltelijk kwalitatief voldoende, mate waarin vervoltraject aansluit bij de persoonlijke wensen van de deelnemer is niet helder omschreven en lijkt maar matig aanwezig. Er is geen follow-up aanwezig • Er is gedeeltelijke aandacht voor afstemming op de doelgroep.
<p>Bedreigingen</p> <p><i>Projectleider</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Onduidelijke financiering <p><i>SWOT analyse</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Er zijn niet voldoende mogelijkheden voor structurele financiering. • Matige tot slechte samenwerking met huisartsen. 	<p>Mogelijkheden</p> <p><i>Projectleider</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Bereiken van deelnemers met ongezondere leefstijl. Bijvoorbeeld richten op wijken met een lage sociaal-economische status. • Kansen voor financiering liggen bij verzekeringsmaatschappijen. • Het organiseren van een aansluitende informatiemarkt waar mensen terecht kunnen voor vragen, folders en informatie over activiteiten e.d. • Kansen liggen op het terrein van consultatiebureaus voor senioren • Bereiken van deelnemers uit een andere leeftijdsgroep met name volwassenen. Bijvoorbeeld: ouders van kinderen op de basisschool, wijken met een lage ses, allochtonen en werknemers <p><i>SWOT analyse</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Mogelijkheden voor structurele samenwerking met thuiszorg, gemeente, SWO zijn aanwezig.

GGD Zuid Limburg: Hartslag Limburg, hoogrisico gedeelte

“Hartslag Limburg, hoogrisico gedeelte ” in het kort

Projectomschrijving: Het risicoprofiel van mensen scherp in beeld te brengen door de huisarts/cardioloog, het evalueren en zonodig verbeteren van de behandeling. Bijzonder hierbij was de inzet van een gezondheidsadviseur voor het voeren van adviesgesprekken over een gezonde leefwijze.

Doel /visie: In het hoog risicoproject gaat men er vanuit dat mensen persoonlijke begeleiding nodig hebben om tot leefstijlverandering te komen.

- Leefstijlverandering bij mensen die al een verhoogd risico hadden voor hart- en vaatziekten en daarvoor bij de huisarts of de cardioloog kwamen.
- Het verbeteren van de registratie van risicofactoren en het verbeteren van de behandeling ervan en het verbeteren van de advisering van gezond gedrag.

Werken vanuit een integrale benadering is een belangrijk uitgangspunt: samenwerking met andere partijen.

Doelgroep:

Mensen die al een verhoogd risico hadden voor hart- en vaatziekten (met een risico van meer dan 20% op het krijgen van een cardiovasculair incident binnen 10 jaar) en daarvoor bij de huisarts (of de cardioloog) kwamen. Het betreft vooral patiënten met multiple risicofactoren, diabetici en infarctpatiënten

Preventie: Selectieve preventie (hoogrisicogroep benadering).

Setting: Huisartsenpraktijk.

Werving / selectie deelnemers: Selectie aan de hand van vooraf opgestelde criteria uit huisartseninformatiesysteem. Mensen krijgen een uitnodigingsbrief met de vraag of zij mee willen werken aan het onderzoek of risicopatiënten worden tijdens het consult geïnformeerd.

Korte beschrijving vroege opsporing: Opsporen van patiënten binnen de huisartsenpraktijk. Huisarts completeert het risicoprofiel, evalueert en optimaliseert indien nodig de behandeling. Er worden geen standaard metingen verricht.

Korte beschrijving vervolgtraject: Een speciale gezondheidsadviseur voert counselinggesprekken (2 à 3) gericht op leefstijladviezen. Doorverwijzing naar het community project (activiteiten) Hartslag Limburg.

Financieringsbronnen:

Nederlandse Hartstichting (1998-2001)

ZonMw

Zorgverzekeraar (2001-2003)

Bijzonderheden: Ontwikkeling van een Health Counseling model. In deze vorm afgesloten.

Conclusie: Zeer gedegen project met uitgebreide evaluaties. Uitgebreid vervolgtraject. Belangrijkste knelpunten zijn financiering en niet gebleken effect.

<p>Sterkte <i>Projectleider</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Huisarts vormt de spil tussen de nulde lijn en eerste lijn, hebben een vertrouwensband met de cliënten. • Integrale aanpak, goede wetenschappelijke ondersteuning positief voor draagvlak bij de huisartsen. • Veel aandacht voor “counseling”/-gedragsverandering door gebruik van gezondheidsadviseurs en speciale methodiek. • Financiële mogelijkheden door 3 grote sponsors • Persoonlijke inzet van gedreven bestuurders in een sleutelpositie bevorderlijk op draagvlak bij politiek. <p><i>SWOT analyse</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ontwikkeling van een health counseling model • Uitgebreid vervolgtraject door community deel project, veel aandacht voor persoonlijke motivatie en leefstijl(door gezondheidsadviseur) • Veel aandacht voor participatie doelgroep. • Uitgebreide evaluaties. • Veel aandacht voor draagvlak. 	<p>Zwakte <i>Projectleider</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Doelgroep heeft weinig motivatie om gedrag te veranderen. Doelgroep was nog niet zelf met klachten naar de huisarts gegaan of hadden geen klachten, verwachting van testen maar men krijgt alleen een gesprek. • Beperkte motivatie huisartsen. • Huisarts als setting voor vroege opsporing heeft beperkingen. • Geen helder beleidskader voor gemeenten en dus een relatief gering belang. • Automatiseringsproblemen; knelpunten t.a.v. maken risicoprofiel. • Matige samenwerking tussen gezondheidsadviseurs en huisarts, doordat gezondheidsadviseurs als nieuwkomers in de zorg zich eerst moesten bewijzen. <p><i>SWOT analyse</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Veel nadruk op doelgroep patiënten. • Mate van bereik doelgroep is gedeeltelijk positief.
<p>Bedreigingen <i>Projectleider</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Structurele financiering <p><i>SWOT analyse</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Structurele financiering 	<p>Mogelijkheden <i>Projectleider</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Financiële prikkel voor huisartsen t.a.v. preventieve activiteiten. • Een intensievere hoogrisico benadering die volledig wordt geïmplementeerd om tot grotere en langdurige gedragsveranderingen te komen. • Benutten van bestaande lokale gezondheidsbevorderende organisaties en activiteiten om hoogrisico strategie effectiever te maken. <p><i>SWOT analyse</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ontwikkeling van een geautomatiseerd health counseling model • Er zijn gedeeltelijk mogelijkheden om het initiatief landelijk te implementeren. Enige beperkingen: financiën, samenwerking. • Er zijn mogelijkheden om het initiatief in te zetten voor andere risicogroepen of risicofactoren.

Stichting Bloedlink: VROECH

“VROECH”in het kort

Projectomschrijving: Initiatief van Stichting Bloedlink om patiënten en hun familie die belast zijn met een erfelijk hoog cholesterol op te sporen.

- Via de huisarts belaste patiënten opsporen, patiënten informeren vervolgens de familie.
- Via de specialist belaste patiënten opsporen, patiënten informeren vervolgens de familie.
- Publiekscampagne met daaraan gekoppeld testdagen.

Doel /visie:

Vroegtijdige opsporing van mensen met een erfelijk hoog cholesterol en het aanbieden van een juiste behandeling. Ondersteuning bieden aan huisartsenpraktijken om de VROECH-methode toe te passen.

Doelgroep: Mensen met een erfelijk hoog cholesterol, erfelijke dyslipidemie en hun familie.

Mensen met een mogelijke verdenking op een erfelijk hoog cholesterol, erfelijke dyslipidemie en hun familie.

Preventie: selectieve preventie (hoogrisicogroep benadering)

Setting: Huisartsenpraktijk

Werving / selectie deelnemers: De opsporing via de huisarts betrof patiënten die bij de huisarts bekend waren met erfelijk hoog cholesterol (index-patiënt). In tweede instantie betrof het patiënten met vermoedelijk erfelijk hoog cholesterol, op grond van manifeste hart- vaatziekten en/of cholesterolwaarden (index-patiënt onbekend). Selectie uit huisartsen informatiesysteem of laboratorium. Deelnemers worden per brief door de huisarts of specialist uitgenodigd, of komen op eigen initiatief.

Korte beschrijving vroege opsporing: Huisarts heeft een gesprek met de cliënt en doet nader onderzoek. Via de huisarts werd de index-patiënt verzocht om de familie in te lichten over de erfelijke aandoening. Op grond van de aangeboden informatie konden familieleden kiezen voor onderzoek en zonodig behandeling.

Korte beschrijving vervolgtraject: Het vervolgtraject bestaat uit de behandeling met medicatie, leefstijladvisering en indien nodig doorverwijzing naar specialist.

Financieringsbronnen: ZONMw, Stichting Bloedlink, Nederlandse Hartstichting

Bijzonderheden: Project is afgerond. Initiatief dat vooral gericht is op 1 risicofactor.

Conclusie: Beperkt positief geëvalueerd, belangrijkste knelpunt is onvoldoende samenwerking en draagvlak van huisartsen. Succesfactoren zijn makkelijke inbedding in dagelijkse activiteiten huisarts en beperkte kosten bij implementatie.

<p>Sterkte</p> <p><i>Projectleider</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Goede medewerking aan het project door huisartsen met praktijkondersteuning. • Het model is bruikbaar en ook passend om te gebruiken bij andere risicofactoren • De visie dat mensen zelf het heft in eigen hand moeten nemen (patiënten informeren zelf familieleden) bleek werkzaam. <p><i>SWOT analyse</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Systematische opsporing • Vervolgtraject is kwalitatief voldoende. • Evaluaties vormen een onderdeel • Project is ingebed in reguliere werkzaamheden van huisarts. 	<p>Zwakte</p> <p><i>Projectleider</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Onvoldoende samenwerking met de huisarts. <p><u>Oorzaken:</u> Terughoudende attitude van huisartsen t.a.v. opsporing en behandeling, weerstand t.a.v. genetische testen, onvoldoende gebruik integraal risicomanagement, slechte bruikbaarheid van de geautomatiseerde patiëntendossiers voor preventie en risicomanagement, tijdgebrek.</p> <p><u>Gevolg:</u> onvoldoende selectie van patiënten uit HIS, familie van belaste patiënten werden niet altijd doorverwezen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patiënten die belast zijn met een erfelijk hoog cholesterol bleken tegen de verwachting in weinig initiatieven te nemen om familieleden te informeren / op te sporen. Eén van de problemen bleek weinig inzicht in erfelijkheid. <p><i>SWOT analyse</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Onvoldoende committent en draagvlak vooraf bij deelnemende huisartsenpraktijken. • Beperkte afstemming op de doelgroep. • Onvoldoende bereik van de doelgroep.
<p>Bedreigingen</p> <p><i>Projectleider</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Samenwerking en draagvlak met huisarts. <p><i>SWOT analyse</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Mogelijkheden voor structurele samenwerking zijn niet voldoende aanwezig. 	<p>Mogelijkheden</p> <p><i>Projectleider</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Effectieve opsporing in de huisartsenpraktijk is mogelijk als huisartsen voldoende kennis over erfelijk hoog cholesterol hebben, een goed geautomatiseerd en gebruiksvriendelijk HIS aanwezig is, een praktijkondersteuner aanwezig is. • Ontwikkelkosten zijn al gerealiseerd, implementatie kan met beperkte financiën. <p><i>SWOT analyse</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Er zijn mogelijkheden voor structurele financiering. • Er zijn gedeeltelijk mogelijkheden om initiatief in te zetten voor andere risicofactoren of doelgroepen.

Initiatief STOEH

“Stoeh” in het kort

Projectomschrijving: Opsporing van mensen met familiale hypercholesterolemie (FH) via een zogenaamde indexpatiënt. Via de indexpatiënt worden familieleden benaderd. Doel /visie: De doelstelling is om voor 2011 zoveel mogelijk of de meerderheid van de 40 000 mensen met FH in Nederland opgespoord te hebben.

Doelgroep: Mensen met erfelijk verhoogd cholesterol specifiek binnen deze groep FH
Preventie: Selectieve preventie (hoogrisicobenadering)

Setting: Eerste lijn, huisarts en laboratorium (en tweede lijn, medisch specialist), huisbezoek door Genetic Field Workers (GFW); familieonderzoek door middel van cascadescreening.

Werving / selectie deelnemers: De indexpatiënt wordt door middel van case-finding in de reguliere zorg gevonden. De indexpatiënt geeft zoveel mogelijk informatie over de familie en vervolgens wordt de familie opgespoord. De familieleden worden benaderd door GFW'er van de StOEH, eerst door middel van een brief en vervolgens via huisbezoek.

Korte beschrijving vroege opsporing: Wanneer binnen de reguliere zorg (huisarts en/of medisch specialist) bij een patiënt het vermoeden bestaat op FH wordt deze patiënt gevraagd om een DNA-test te doen waarin DNA-mutaties kunnen worden vastgesteld. Indien DNA mutatie in LDL-receptor gen wordt gevonden bij de indexpatiënt, dan neemt Genetic Field Worker (GFW) contact op met aanvragend arts. Indien deze toestemming geeft wordt contact opgenomen met indexpatiënt. Via de indexpatiënt worden familieleden benaderd.

Korte beschrijving vervolgtraject: Vervolgtraject bestaat uit doorverwijzing naar de huisarts en/of specialist en is gericht op behandeling van de aandoening, leefstijlverandering en het in kaart brengen van andere risicofactoren voor hart- en vaatziekten.

Financieringsbronnen: Ministerie van VWS

Bijzonderheden:

- Officieel bevolkingsonderzoek
- Inzet van een Genetic Field Worker die huisbezoeken doet
- Coördinatie vanuit een aparte organisatie, de STOEH
- Samenwerking met patiënten organisaties
- Samenwerking met huisartsen (NHG) specialisten en laboratoria.

Conclusie: Initiatief, gericht op 1 risicofactor (risicogroep), dat al landelijk ingebed is in de reguliere gezondheidszorg. Opzet en structuur van het onderzoek is in de toekomst te gebruiken voor screening op andere erfelijke risicofactoren. Slechts enkele beperkingen in bereik doelgroep en aandacht voor persoonlijke motivatie en participatie van de doelgroep en algemene bekendheid van het project bij doelgroep en hulpverleners (huisartsen en specialisten) Belangrijkste succesfactoren zijn landelijke dekking, aanwezige project financiering en onafhankelijke organisatie die samenwerkt met allerlei organisaties.

<p>Sterkte</p> <p><i>Projectleider</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Wijze van opsporen. • Onafhankelijke organisatie die goed samenwerkt met allerlei (koepel)organisaties. • Goede regionale inbedding (GFW in de provincie). • Structurele subsidie voor een afgebakende periode. • Lage drempel: (gratis) huisbezoek en voorlichting. <p><i>SWOT analyse</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Systematische opsporing van mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten. • Initiatief is ingebed in de reguliere gezondheidszorg maar wordt gecoördineerd door een onafhankelijke organisatie. • Landelijke project dat structureel is. 	<p>Zwakte</p> <p><i>Projectleider</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Weerstand bij artsen die het nut van de opsporing (nog) niet inzien • Opsporing van indexpatiënten via reguliere zorg: eigen risico of no-claim, kan vervallen (voor index eigen bijdrage) • Onbekendheid met DNA diagnostiek bij artsen waardoor geen DNA onderzoek wordt aangevraagd • Relatieve naamsonbekendheid zowel bij doelgroep als bij behandelaars. • Afhankelijkheid van de instroom van indexen. <p><i>SWOT analyse</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Bereik van de doelgroep. • Beperkte aandacht voor persoonlijke behoefte en motivatie in het vervolgtraject. • Beperkte aandacht voor participatie van de doelgroep en aandacht voor sociaal-economische verschillen.
<p>Bedreigingen</p> <p><i>Projectleider</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • No-claim die indexen en cliënten kwijt kunnen raken bij DNA diagnostiek en bij verdere behandeling. • Onbekendheid: waardoor trage instroom van indexen. • Hierdoor wordt het project niet volledig afgerond binnen de beschikbare tijd (t/m 2010) <p><i>SWOT analyse</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Specifieke functie van Genetic Field Worker, die niet ingebed is in de reguliere gezondheidszorg. • Gedeeltelijk mogelijkheden voor structurele samenwerking vanwege knelpunten op het gebied van draagvlak bij huisartsen. 	<p>Mogelijkheden</p> <p><i>Projectleider</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Samenwerking met laboratorium • Draagvlak bij NHG • Voorbeeld project voor toekomstige screenings programma's van genetische aandoeningen. <p><i>SWOT analyse</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Structuur en opzet zijn te gebruiken voor andere doelgroepen/risicofactoren.

NHG/LHV: Preventie Maatwerk

“Preventie Maatwerk” in het kort

Projectomschrijving:

Optimalisering van de opsporing en registratie van de risicofactoren voor hvz in de huisartsenpraktijk.

Doel/Visie:

- De opsporing, de registratie, het actualiseren en bijhouden van risicofactoren bij hoogrisicopatiënten.
- Optimaliseren van het opsporen van hypertensie bij 60-jarigen. Opsporing van een hoge bloeddruk bij 60 jarigen die op het spreekuur komen.
- Het toepassen van de minimale interventiestrategie (MIS) voor stoppen met roken.

Doelgroep:

- Hoogrisicopatiënten met 1 of meerdere risicofactoren. Personen die reeds bekend zijn met hypertensie, diabetes mellitus, hypercholesterolemie, hart- en vaatziekten in de voorgeschiedenis of coronaire hartziekten in de familie voor het 60ste levensjaar. In eerste instantie mensen van 60 jaar en ouder.
- (Gezonde) 60 jarigen (of in dat jaar 60 werden) die op het spreekuur komen

Preventie: universele en selectieve preventie

Setting: huisartsenpraktijk

Belangrijkste organisaties: NHG/LHV

Werving/Selectie deelnemers:

- Opsporing in HIS. Bij patiënt werd tijdens het spreekuur een cardiovasculair risicoprofiel opgesteld.
- Case-finding: Opsporing van een hoge bloeddruk bij 60 jarigen die op het spreekuur komen; sommige praktijken nodigden actief patiënten uit.

Korte beschrijving vroege opsporing: Nagaan van (potentiële) risicofactoren voor hart- en vaatziekten. Bloeddruk, bloedglucosegehalte, totale cholesterolconcentratie, totale cholesterol/HDLc ratio, roken alcoholgebruik, quetelet-index, aanwezigheid hypertensie, diabetes mellitus, hypercholesterolemie, hart- en vaatziekten in de voorgeschiedenis of coronaire hartziekten in de familie voor het 60ste levensjaar.

Opsporing van een hoge bloeddruk bij 60 jarigen die op het spreekuur komen.

Korte beschrijving vervoltraject: Volgens de richtlijnen volgt behandeling en advisering door de huisarts. Indien nodig doorverwijzing naar specialist.

Financieringsbronnen: ZorgOnderzoekNederland (ZonMw), VWS.

Bijzonderheden: Project is afgerond, gebruik van preventieconsulenten. Preventieconsulenten begeleiden de huisarts bij het project, bijvoorbeeld ondersteuning bij selectie van risicopatiënten uit HIS. Zij hebben geen individueel contact met deelnemers. De focus ligt vooral op de randvoorwaarden en opsporing en minder op het vervoltraject.

Conclusie: Project vooral gericht op randvoorwaarden om optimalisering van opsporing en registratie van risicofactoren voor hart- en vaatziekten te realiseren.

<p>Sterkte</p> <p><i>Projectleider</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Intensieve ondersteuning van preventieconsulenten met kennis van HVZ, zij kunnen de preventie in de huisartsenpraktijk verbeteren. • Effect bij de hoogrisicogroep • Effect op de praktijkorganisatie • Positieve waardering van de deelnemende huisartsen • Werkbelasting voor het overgrote deel huisartsen acceptabel <p><i>SWOT analyse</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Doelstelling 1 is gericht op hoogrisico mensen. • Aandacht voor draagvlak en samenwerking met de uitvoerende huisartsen. 	<p>Zwakte</p> <p><i>Projectleider</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Leefstijlverbetering is lastig • Project is gestopt vanwege een politiek-strategische maar ook inhoudelijke redenen. Hoge werkdruk huisarts, geen vergoeding praktijkassistenten, conflict LHV met minister, geen effect gebleken bij laagrisicogroep, afwezigheid van financiële vergoeding van VWS. • Geen systematische vergoeding van preventietaken van de huisarts. <p><i>SWOT analyse</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Gedeeltelijk sprake van systematisch opsporing. • Financiering om project structureel in te bedden. • Bereik van de doelgroep niet onderzocht. • Vervolgtraject heeft beperkte aandacht voor persoonlijke wensen en motivatie. • Beperkt aandacht voor participatie van en afstemming op de doelgroep.
<p>Bedreigingen</p> <p><i>Projectleider</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Enkele huisartsen ervaren werkbelasting met name door gebruiksonvriendelijk HIS. • Tijdsbelasting voor huisartsen en assistenten. • Onvoldoende financiële vergoeding voor de huisarts <p><i>SWOT analyse</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Project maakt gebruik van professionals die niet volledig ingebed zijn in de reguliere zorg. • Draagvlak verkrijgen bij landelijke huisartsenorganisaties. • financiering 	<p>Mogelijkheden</p> <p><i>Projectleider</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Project is als uitvoerbaar en positief geëvalueerd. • Financiële middelen om de preventie-medewerkers uit te breiden. Kansen op regionaal niveau bij de ROSSen, om met de zorgverzekeraars te onderhandelen. • ROS staan positief tegenover preventie van HVZ, ook zorgverzekeraars hebben belangstelling. • Structuur van dit project is nog altijd aanwezig vanwege andere preventieprogramma's. • Preventie van hart- en vaatziekten richten op hoogrisico groepen. • Opleidingen van preventieconsulenten uitbreiden om effect op medisch handelen te laten toenemen. <p><i>SWOT analyse</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Preventieconsulenten • Mogelijkheden om initiatief in te zetten voor andere risicofactoren of doelgroepen. • Mogelijkheden voor structurele inbedding lijken aanwezig.

SportZeeland: Coach Project Walcheren

“Coach Project Walcheren” in het kort

Projectomschrijving: Begeleiden van werknemers van drie gemeenten bij het verbeteren van lichamelijke activiteit, middels de COACH methode.

Doel /visie:

- Het stimuleren van lichamelijke activiteit van sedentaire werknemers van de gemeenten Middelburg, Vlissingen en Veere. Bijdrage leveren aan actieve gezonde leefstijl volgens de norm gezond leven.

Doelgroep: Werknemers van de drie gemeenten

Preventie: Universele preventie (gehele populatie)

Setting: Werk

Belangrijkste organisaties: SportZeeland, GGD, Gemeenten, bedrijfsarts.

Werving / selectie deelnemers: Uitnodigen van deelnemers via de interne mail en gezondheidsambtenaar van de gemeente verstuurt uitnodigingen via Intranet.

Korte beschrijving vroege opsporing: Fitheid meten met behulp van stappenteller en fitheidstest. Eerste twee weken wordt m.b.v. stappenteller de stapscore en beweegactiviteit bijhouden. Voor de fittest vult men een vragenlijst in met gezondheidsvragen, lichamelijke controles worden gedaan (lengte, gewicht, bloeddruk, vetpercentage, fitheidstest, coördinatie, etc.).

Korte beschrijving vervolgtraject: De bedrijfsarts bespreekt de testresultaten gelijk na de test. Een coach van SportZeeland spreekt vervolgens na één week in groepsverband met de deelnemers over de mogelijkheden. Bij een verhoogde bloeddruk volgt een individuele afspraak bij de bedrijfsarts. Uitgangspunt is aansluiten bij de persoonlijke behoefte. Er zijn vier gesprekken. Interventie: stappen vergroten met name door leefstijlactiviteiten, niet persé sporten. Voedingvoorlichting door diëtist. Doorverwijzing naar GGD preventie-activiteiten.

Bijzonderheden: Coaches zijn door SportZeeland ingehuurd bij een externe organisatie. Vrijwel geen gebruik van reguliere hulpverleners.

Financieringsbronnen: Gemeente en GGD Zeeland.

Conclusie: Initiatief binnen een niet-medische setting. Initiatief richt zich met name op bewegen. Veel aandacht voor persoonlijke behoefte. Onduidelijk welke organisaties bij landelijke implementatie verantwoordelijk zijn.

<p><i>Sterkte</i></p> <p><i>Projectleider</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Laagdrempelige setting (doelgroep goed te bereiken) • Gemeenten gemotiveerd om leefstijl van burgers te verbeteren en gezond gedrag bevorderen. • Enthousiaste deelnemers. • Periode van het project (na de kerst) draagt bij aan motivatie • Eenvoud van het project, toch veel verdieping • Deelnemers hebben veel vrijheid, sluit aan bij hun behoefte. • Boodschap sluit aan bij de doelgroep (Het gaat om het aanleren van een actieve leefstijl. Meer bewegen inpassen in je dagelijks leven en niet persé sporten) <p><i>SWOT analyse</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Positieve benadering. Gericht op bevorderen van gezondheid binnen de eigen mogelijkheden. • Laagdrempelig initiatief (niet medische setting, bereik doelgroep goed) • Initiatief wordt passend gemaakt aan definitieve doelgroep. 	<p><i>Zwakte</i></p> <p><i>Projectleider</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • SportZeeland staat buiten de gemeenten Bleek een lastige positie aangezien de ontwikkeling van het product in samenwerking met gemeenten moest gebeuren. • Coaches zijn door SportZeeland ingehuurd bij een externe organisatie. Aansturing van de coaches door SportZeeland is tijdsintensief. <p><i>SWOT analyse</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Coaches ingehuurd bij externe organisatie. • Beperkte aandacht voor meerdere risicofactoren. • Geen hoogrisico benadering. • Geen aandacht voor specifieke maatschappelijke groepen.
<p><i>Bedreigingen</i></p> <p><i>Projectleider</i></p> <p><i>SWOT analyse</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Gedeeltelijke mogelijkheden voor structurele implementatie. Onduidelijk welke landelijke organisatie verantwoordelijk is voor de coördinatie en uitvoering. 	<p><i>Mogelijkheden</i></p> <p><i>Projectleider</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Het toepasbaar maken voor andere doelgroepen bijvoorbeeld chronisch zieken, 50+-ers, senioren. <p><i>SWOT analyse</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Structurele financiering lijkt mogelijk door aansluiting gemeentebeleid.

Achmea: Achmea Health Check

“Achmea Health Check” in het kort

Projectomschrijving: Het uitvoeren van gezondheidstesten (bij risicogroepen op HVZ).

Doel/Visie: Kennis overhandigen, bewustwording en eigen verantwoordelijkheid vergroten van de eigen gezondheid.

Doelgroep: Personen met een verhoogde kans op hart- en vaatziekten. Maar in de praktijk blijkt het om een breed publiek te gaan.

Preventie: universele preventie (gehele populatie), in de praktijk

Vanuit de doelstelling gaat het om selectieve preventie (hoogrisicogroep benadering),

Setting: Opsporing vindt plaats op diverse locaties, als kantoren van Achmea, fitness-centra, praktijken care for human, Kring-apotheek

Belangrijkste organisaties: Achmea, Care for Human, Kring-apotheek

Werving/Selectie deelnemers: Informatie over de check wordt verspreid via websites en post aan Achmeaverzekerden. Deelnemers schrijven zich zelf in, via e-mail of telefoon.

Voorselectie op internet, indien op 1 van de 7 vragen met ja wordt geantwoord dan behoort die persoon tot de doelgroep.

Korte beschrijving vroege opsporing: Gespecialiseerd verpleegkundige van care for Human voert de test uit. Er wordt gemeten op risicofactoren voor hart- en vaatziekten (cholesterol, bloeddruk, bloedsuikerwaarde, BMI) en de longfunctie wordt bekeken.

Korte beschrijving vervolgtraject: De testresultaten worden besproken door de verpleegkundige van Care for Human, leefstijladviezen worden gegeven (20 minuten). Tevens is advies mogelijk om naar de huisarts, diëtist of Achmea cursussen te gaan. Er is geen follow-up.

Financieringsbronnen: Achmea en verschillende sponsors. Deelnemers betalen 15 euro (Achmea verzekerden) of 25 euro (niet Achmea verzekerden).

Bijzonderheden: Achmea heeft de organisatie en uitvoering van de Health Check gedelegeerd aan Care for Human.

Conclusie: Aparte organisatie die de logistieke zaken en uitvoering verzorgt is een succesfactor. Belangrijkste beperkingen op het terrein van systematische opsporing, doelgroep is door open werving niet altijd op de hoogte. Nadruk ligt vooral opsporing, slechts beperkt aandacht voor vervolgtraject. Beperkt draagvlak bij huisartsen.

<p>Sterkte</p> <p><i>Projectleider</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Veel respons, er is veel behoefte. Mensen krijgen steeds meer interesse in hun eigen gezondheid en willen dit graag in getal en maat uitgedrukt zien. • Laagdrempelige en niet medische setting • Er zijn kosten aan verbonden, geeft status van kwalitatief goed. • Focus op hoogrisicogroepen, het aanbieden van een kwalitatief goede en uitgebreid aantal testen. Men wil zich niet gaan richten op de algemene bevolking • Goede organisatie met een goede logistiek (Care for Human) <p><i>SWOT analyse</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Organisatorische middelen en infrastructuur zijn sterk aanwezig door aparte organisatie. • Bereiken van de doelgroep is succesvol gebleken. • Vooral samenwerking met Care for Human, geen knelpunten in de samenwerking 	<p>Zwakte</p> <p><i>Projectleider</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Testuitslag is slechts indicatief. • Beperkt draagvlak bij huisartsen. <p><i>SWOT analyse</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Initiatief is slechts gedeeltelijk gericht op systematische opsporing, doelgroep is door de open werving niet altijd op de hoogte. Achmeaverzekerden krijgen meer informatie. • Er is geen aandacht voor lage SES groepen en/of allochtonen. • Deelnemers blijken niet altijd mensen met een hoogrisico op hart- en vaatziekten. • Het vervolgtraject is gedeeltelijk voldoende. Testuitslag, advies en doorverwijzing vinden plaats in 1 gesprek van 20 minuten. Er is beperkt aandacht voor persoonlijke wensen en motivatie. Er is geen structurele follow-up aanwezig. • Er is bij de opzet en ontwikkeling geen aandacht voor participatie en afstemming met de doelgroep.
<p>Bedreigingen</p> <p><i>Projectleider</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Grote succes kan bedreiging vormen voor verkrijgen van voldoende financiering <p><i>SWOT analyse</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Weinig draagvlak bij huisartsen 	<p>Mogelijkheden</p> <p><i>Projectleider</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Setting van Kring-apotheek • Samenwerking met arbodiensten • Richten op specifieke doelgroepen (bijv. studenten) <p><i>SWOT analyse</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Er zijn kansen voor structurele financiering. • Initiatief heeft al een landelijk bereik

Kring-apotheek: Achmea Health Check

“Kring-apotheek” in het kort

Projectomschrijving: Het uitvoeren van de Achmea Health Check in de Kring-apotheek

Doel/Visie: De Health Check past binnen de nieuwe taken van de Kring-apotheek. Deze zijn gericht op het aantoonbaar maken van alle zorgactiviteiten, aandacht voor het effect van interventies en evidence based werken. Daarnaast past de Health Check binnen het preventiebeleid dat gericht is op het voorkomen van ziekten. Speerpunten zijn bijvoorbeeld overgewicht, diabetes en roken. Tevens is er aandacht voor geneesmiddelengebruik in het kader van preventie.

Doelgroep: Personen met een verhoogde kans op hart- en vaatziekten. Maar in de praktijk blijkt het om een breed publiek te gaan.

Preventie: universele preventie (gehele populatie), in de praktijk

Vanuit de doelstelling gaat het om selectieve preventie (hoogrisicogroep benadering),

Setting: Kring-apotheek

Belangrijkste organisaties: Achmea, Care for Human, Kring-apotheek

Werving/Selectie deelnemers: Algemeen: informatie over de check wordt verspreid via websites en post aan Achmeaverzekerden. Kring-apotheek: via de website van de Kring-apotheek, posters en folders in de apotheek en via lokale werving, zoals in lokale kranten. Deelnemers schrijven zich zelf in, via e-mail of telefoon. Voorselectie op internet, indien op 1 van de 7 vragen met ja wordt geantwoord dan behoort die persoon tot de doelgroep.

Korte beschrijving vroege opsporing: Gespecialiseerd verpleegkundige van Care for Human voert de test uit. Er wordt gemeten op risicofactoren voor hart- en vaatziekten (cholesterol, bloeddruk, bloedsuikervaarde, BMI) en de longfunctie wordt bekeken.

Korte beschrijving vervolgtraject: De testresultaten worden besproken door een verpleegkundige van Care for Human, leefstijladviezen worden gegeven (20 minuten). Tevens is advisering mogelijk om naar de huisarts, diëtist of Achmea cursussen te gaan. Er is geen structurele follow-up.

Financieringsbronnen: Met gesloten beurzen. Achmea betaalt de Health Check uit sponsorgelden en eigen financiering, de apotheek betaalt de eigen kosten die zij maken. Deelnemers betalen 15 euro (Achmea verzekerden) of 25 euro (niet Achmea verzekerden)

Bijzonderheden: Achmea heeft de organisatie en uitvoering van de Health Check gedelegeerd aan Care for Human.

Conclusie: Initiatief in een laagdrempelige setting. Aparte organisatie die de logistieke zaken en uitvoering verzorgt is een succesfactor. Belangrijkste beperkingen op het terrein van systematische opsporing. Nadruk ligt vooral op opsporing, slechts beperkt aandacht voor vervolgtraject.

<p>Sterkte</p> <p><i>Projectleider</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Apotheek is een goede setting voor het uitvoeren van de Achmea Health Check. Patiënten hebben veel vertrouwen in een apotheek, vertrouwensrelatie is al aanwezig, apotheek heeft tijd en aandacht. • Kring-apotheek is een substantieel deel van alle apothekers in Nederland. De Kring-apotheek staat goed aangeschreven bij het publiek. • De Kring-apotheek heeft 50-60% naamsbekendheid, dat biedt veel mogelijkheden om projecten neer te zetten vanuit dit beeld dat mensen hebben. <p><i>SWOT analyse</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Opsporing en vervolgtraject zijn vrijwel geheel ingebed in de reguliere gezondheidszorg. • Organisatorische middelen en infrastructuur zijn sterk aanwezig door aparte organisatie. • Bereiken van de doelgroep is succesvol gebleken. 	<p>Zwakte</p> <p><i>Projectleider</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Er is een kwaliteitsslag nodig. Testuitslagen zijn momenteel niet conform de reguliere gezondheidszorg. • Knelpunten in de samenwerking met huisartsen op vooral koepelniveau (soms ook lokaal). • Er is kritiek op de inhoud van de check, de kwaliteit zal nog meer verbeterd gaan worden. <p><i>SWOT analyse</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Initiatief is slechts gedeeltelijk gericht op systematische opsporing, doelgroep is door de open werving niet altijd op de hoogte. Achmeaverzekerden krijgen meer informatie. • Er is geen aandacht voor lage SES groepen en/of allochtonen. • Deelnemers blijken niet altijd mensen met een hoogrisico op hart- en vaatziekten. • Het vervolgtraject is gedeeltelijk voldoende. Testuitslag, advies en doorverwijzing vinden plaats in 1 gesprek van 20 minuten. Er is beperkt aandacht voor persoonlijke wensen en motivatie. Er is geen structurele follow-up aanwezig. • Er is bij de opzet en ontwikkeling geen aandacht voor participatie en afstemming met de doelgroep.
<p>Bedreigingen</p> <p><i>Projectleider</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Andere aanbieders dan apothekers • Gratis checks maken er een fun-check van <p><i>SWOT analyse</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Er zijn knelpunten in draagvlak van huisartsen op koepelniveau. • Grote succes kan bedreiging vormen voor verkrijgen van voldoende financiering, middelen en capaciteit. 	<p>Mogelijkheden</p> <p><i>Projectleider</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • De setting van de apotheek biedt kansen voor het vervolgtraject; koppeling met geneesmiddelengebruik, interventiemodules lokaal inkopen, samenwerking met lokale hulpverleners. • Het verbeteren van de samenwerking met de longarts en longverpleegkundigen. • Verbeteren van de meetwaarden zodat ook een beter advies gegeven kan worden. • Wens voor verregaande samenwerking met huisartsen in de opsporing van risicofactoren op hart- en vaatziekten. <p><i>SWOT analyse</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Er zijn kansen voor structurele financiering. • Initiatief heeft al een landelijk bereik.

ArboNed: Health Scan van Keurcompany/Arboned

“Health Scan van Keurcompany/ArboNed” in het kort

Projectomschrijving: ArboNed biedt aangesloten organisaties een Health Scan voor hun werknemers.

Doel /visie:

Een gezonde leefstijl te bevorderen; het verbeteren van lifestyle en bevoegenheid.

Doelgroep: Werknemers, 18 jaar en ouder, en de consumentenmarkt.

Preventie: Universele preventie

Setting: Werksetting

Belangrijkste organisaties: Zorgverzekeraars, NIPED, EHR. EMGO en Trimbos leiden bedrijfsartsen op.

Werving / selectie deelnemers: Het actief benaderen van bedrijven via accountmanagers en bedrijfsartsen. Als een bedrijf meedoet, kunnen alle werknemers meedoen.

Korte beschrijving vroege opsporing: Opsporing vindt plaats via de bedrijven of middels risico-inventarisaties. De opsporing vindt plaats via de bedrijfsgezondheidszorg. Bij de opsporing wordt uitgegaan van de Framingham-tabellen (Heartscore) en van een risicoschatting. BRAVO factoren (bewegen, roken, alcohol, voeding en ontspanning) worden uitgevraagd, cholesterol, BMI, bloeddruk, glucose worden gemeten.

Korte beschrijving vervoltraject: Verpleegkundige van de Health Scan of de bedrijfsarts bespreken de testresultaten. Doorverwijzing vindt plaats naar huisarts, specialist, diëtist, psycholoog, coaches, loopbaanbegeleiding. Schriftelijke informatie over lifestyle.

Financieringsbronnen: ArboNed

Bijzonderheden: Commercieel (structureel) product van ArboNed dat ingekocht kan worden. Geen samenwerking met reguliere gezondheidszorg.

Conclusie: Initiatief in een laagdrempelige setting voor werknemers, betaald door de werkgever. Bereikt groep die in veel andere projecten niet bereikt wordt, namelijk werknemers. Product financiert zichzelf.

<p><i>Sterkte</i></p> <p><i>Projectleider</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Producten lopen goed. • Veel aandacht voor dit product. • Veel aandacht voor scholing van professionals • Goed kunnen verkopen van het product doordat men er zelf feeling mee heeft. • Het gaat om casefinding, niet alleen lifestyle en verzuim. <p><i>SWOT analyse</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Structurele inbedding in werksetting. • Geen knelpunten in samenwerking. 	<p><i>Zwakte</i></p> <p><i>Projectleider</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Kosten voor een test • Onkostenvergoeding: zorgverzekeraars hebben vaak weinig interesse in preventie. Als het om langere collectieve contracten gaat, zijn ze meer genegen tot onkostenvergoeding • Langzame paradigmashift: ongezondheid heeft meer marktwaarde dan gezondheid; maar de omslag komt wel: bijvoorbeeld van ziekteverzuim naar aanwezigheid. <p><i>SWOT analyse</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Geen aandacht voor specifieke maatschappelijke groepen. • Geen hoogrisico benadering. • Motivatie deelnemers onbekend. • Vervoltraject beperkt aandacht voor leefstijl en motivatie deelnemers. Geen structurele follow-up. • Beperkt laagdrempelig.

Pfizer: ORCA, Optimalisatie Risicofactoren Cardiovasculaire Aandoeningen

“ORCA” in het kort

Projectomschrijving: Een Cardiovasculair Risico Inventarisatie Protocol (CVRP) wordt ingezet om mensen in een huisartsenpraktijk met een verhoogd risico op HVZ op te sporen. Dit softwareprotocol is ontwikkeld door Diagnosis4Health (D4H). Daarbij zet Pfizer een externe praktijkondersteuner in, deze is in dienst van D4H. Het project duurt 9 maanden per huisartsenpraktijk. Er zijn 150 huisartsen die meedoen.

Doel/Visie:

- Opsporen en behandelen van patiënten met een verhoogd cardiovasculair risico.
- Verhogen van de therapietrouw onder de behandelde patiënten.
- Verschaffen van inzicht aan de huisarts over de cardiovasculaire zorgkwaliteit van de eigen praktijk.

Doelgroep: Patiënten waarvan op basis van het risicoprofiel een verhoogd risico op HVZ wordt verwacht. Patiënten die al reeds voor een verhoogd risico op HVZ worden behandeld.

Preventie: Selectieve preventie (hoogrisicogroep benadering)

Setting: Huisartsenpraktijk

Werving/Selectie deelnemers: Selectie van hoogrisico groepen in het elektronisch databestand van de huisarts. Criteria worden in samenspraak met de huisarts bepaald.

Korte beschrijving vroege opsporing: Aan de geselecteerde mensen wordt een vragenlijst gestuurd op basis waarvan een risicoprofiel wordt berekend. Afhankelijk van dit profiel worden mensen in een brief gerustgesteld en schriftelijke leefstijl adviezen gegeven. Mensen met risicofactoren krijgen een oproep voor het laboratorium. Vervolgens komt deze groep op het categoriaal spreekuur HVZ van de praktijkondersteuner. De praktijkondersteuner doet een risicoanalyse aan de hand van de gegevens van het lab en de anamnese (software D4H). De bevinden worden digitaal vastgelegd, de rapportages zijn beschikbaar voor de praktijk.

Korte beschrijving vervolgtraject: Afhankelijk van de uitslag krijgt de persoon schriftelijke leefstijladviezen mee of wordt een afspraak bij de huisarts gepland. In dit gesprek wordt medicatie ingesteld of bijgesteld. Bij starten van een nieuwe therapie vindt na 14 dagen controle plaats. Vervolgens is er een compliance contact na 4-7 weken en na 17-29 weken. Vervolgens vindt onderhoud medicatie binnen de normale praktijkvoering plaats.

Financieringsbronnen: Pfizer

Bijzonderheden: Logistieke organisatie, levering softwarepakket en uitvoering en begeleiding door praktijkondersteuners wordt verzorgd voor een periode van negen maanden door een aparte organisatie: Diagnosis4Health.

Conclusie: Positief initiatief, vooral gericht op opsporen en behandelen van mensen met een verhoogd cardiovasculair risico en in mindere mate gericht op leefstijladvisering en motivatie. Belangrijke succesfactoren zijn de inzet van POH in de uitvoering en de begeleiding van het initiatief door een aparte organisatie, en de aandacht voor draagvlak en samenwerking.

<p>Sterkte</p> <p><i>Projectleider</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Vooraf zijn draagvlak van de huisarts en organisatorische voorwaarden van de huisartsenpraktijk gewaarborgd. • Investering van de huisarts zelf is zo beperkt als mogelijk. • Begeleiding bij de implementatie. • Praktijkondersteuners uit de eigen huisartspraktijk (POH). • Terugkoppeling naar huisartsenpraktijken d.m.v. benchmark en spiegelrapportage vergroot de motivatie om mee te werken. • Beperkt aantal samenwerkingspartners, dat bevordert een goede samenwerking. <p><i>SWOT analyse</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Initiatief is ingebed in structuur van de huisartsenpraktijk. • Ondersteuning in de logistiek en uitvoering door onafhankelijke organisatie. • Veel aandacht voor draagvlak en samenwerking. • Deelnemers worden bereikt. 	<p>Zwakte</p> <p><i>Projectleider</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Continuïteit in de praktijk moet gewaarborgd zijn. • Praktijken die zich gedurende het project niet verbeteren • Privacy waarborgen van gegevens van groot aantal patiënten. Database wordt overigens beheerd door onafhankelijke datavereniging conform alle regelgeving. <p><i>SWOT analyse</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Criteria om doelgroep te selecteren zijn per doelgroep verschillend. • Geen specifieke aandacht voor lage SES of allochtonen. • Initiatief is gedeeltelijk ingebed. Beperkingen op het gebied van financiën, uitvoering en organisatie door onafhankelijk organisatie. • Vervolgtraject is vooral gericht op behandeling en in mindere mate op leefstijlbegeleiding en motivatie van de deelnemers. Alleen follow-up bij behandeling.
<p>Bedreigingen</p> <p><i>Projectleider</i> Geen</p> <p><i>SWOT analyse</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Structurele financiering. • Initiatief door farmaceutische industrie. 	<p>Mogelijkheden</p> <p><i>Projectleider</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Na aflopen van het project is een huisartsenpraktijk in staat zelfstandig het “project”/de zorg voor mensen met (risicofactoren op) HVZ voort te zetten. • Een ander initiatief (Diabetes Zorg-Protocol) is effectief gebleken wat kansen biedt voor structurele financiering door zorgverzekeraars. • Activiteiten van D4H sluiten aan bij ontwikkelingen op het gebied van keten-DBC. <p><i>SWOT analyse</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Mogelijkheden op het gebied van structurele samenwerking. • Initiatief kan ingezet worden voor andere risicofactoren. • Gedeeltelijk mogelijkheden voor landelijke implementatie.

GGD Amsterdam: Over gewicht gesproken

“Over gewicht gesproken” in het kort

Projectomschrijving: Het signaleren van overgewicht of obesitas tijdens de consulten op het consultatiebureau (PGO) en bij schoolgezondheidszorg, wordt gedaan met behulp van het signaleringsprotocol van het kenniscentrum overgewicht (KCO).

Het project omvat een campagne en een interventie. De interventie is gericht op het signaleren van kinderen met overgewicht of obesitas. Vervolgens worden deze kinderen doorverwezen naar een passend vervolgtraject. Men werkt met het overbruggingsplan dat door het Kenniscentrum Overgewicht van de VU is ontwikkeld.

Doel/Visie: De gemeentelijke doelstelling is om overgewicht vooral bij de jeugd tenminste te stabiliseren op het huidige niveau en zo mogelijk terug te dringen. JGZ en consultatiebureaus richten zich op het voorkomen en verminderen van overgewicht bij kinderen en jongeren.

Doelgroep: alle kinderen tussen 0-18 jaar (campagne), De interventie richt zich op kinderen 2-18 jaar met overgewicht of obesitas.

Preventie: (campagne) universele preventie, gehele populatie, (interventie) selectieve preventie, hoogrisicogroep benadering

Setting: GGD (JGZ)

Werving/Selectie deelnemers: Case-finding tijdens de consulten op het consultatiebureau of bij de JGZ

Korte beschrijving vroege opsporing: Het meten van lengte, gewicht, BMI.

Korte beschrijving vervolgtraject: Vervolgtraject is gericht op bewegen, voeding en opvoeding. Doorverwijzing naar huisarts, kinderarts, diëtist, opvoedsteunpunt en maatschappelijk werk, cursus. Na een jaar is er een evaluatieconsult.

Financieringsbronnen: Campagne door de gemeente, Grote Stedenbeleid-3 financiert een deel van de campagne en de gehele interventie.

Bijzonderheden: Gericht op 1 risicofactor, overgewicht.

Conclusie: Positief initiatief bijna geheel ingebed in de reguliere gezondheidszorg en onderdeel van reguliere werkzaamheden met veel aandacht voor motivatie. Boodschap sluit goed aan bij de doelgroep. Goede samenwerking met 1 ziekenhuis. Lage SES en allochtonen behoren tevens tot de doelgroep. Knelpunten op het gebied van de samenwerking.

<p>Sterkte</p> <p><i>Projectleider</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Makkelijk in te passen in de bestaande zorg. • Werken met vier speerpunten (frisdrank, ontbijt, tv kijken, buiten spelen). • De ontwikkelde eet- en beweegwijzer voor 3 jarigen werkt goed, ook voor allochtone doelgroep. <p><i>SWOT analyse</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Bijna geheel ingebed in reguliere gezondheidszorg. • Goede samenwerking met 1 ziekenhuis • Lage SES en allochtonen vormen onderdeel van de doelgroep • Veel aandacht voor motivatie 	<p>Zwakte</p> <p><i>Projectleider</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Motiveren van ouders levert problemen op, overgewicht wordt niet altijd als probleem ervaren. • Knelpunten in de bereikbaarheid van huisartsen en kinderartsen. • Beperkte doorverwijsmogelijkheden naar bepaalde ziekenhuizen. <p><i>SWOT analyse</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Knelpunten op het gebied van de samenwerking
<p>Bedreigingen</p> <p><i>SWOT analyse</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Structurele financiering. • Samenwerking met huisartsen, bepaalde ziekenhuizen, opvoedsteunpunten. 	<p>Mogelijkheden</p> <p><i>Projectleider</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Veel aandacht voor nauwe samenwerking JGZ-teams en diëtisten. • Overgewicht krijgt veel aandacht in landelijk en lokaal gezondheidsbeleid, dat biedt mogelijkheden voor structurele financiering. <p><i>SWOT analyse</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Structuur van dit initiatief is gebruiken voor andere risicofactoren voor de doelgroep jeugd.