



Nederlands  
Jeugdinstituut

# Eindrapport Terugdringen gezondheidsverschillen

Leer- en verandertraject integrale en adaptieve aanpak

April 2021 | Opgesteld door het Nederlands Jeugdinstituut

# Inhoudsopgave

<b>1</b>	<b>Achtergrond en doel van deze publicatie .....</b>	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>Theoretisch kader terugdringen gezondheidsverschillen .....</b>	<b>6</b>
2.1	Inleiding.....	6
2.2	Wicked problem .....	6
2.3	Integrale aanpak .....	7
2.3.1	Leefwereld inwoners.....	7
2.3.2	Domeinoverstijgend.....	7
2.3.3	Samenhang bestuurlijk, ambtelijk en uitvoeringsniveau .....	8
2.4	Adaptieve aanpak.....	8
<b>3</b>	<b>Wat werkt? Successen en risico's uit de praktijk .....</b>	<b>9</b>
3.1	Element 1: Lokale coalitie met gezamenlijke ambities en doelen .....	9
3.1.1	Theoretische beschrijving .....	9
3.1.2	De praktijk .....	10
3.1.3	Conclusie .....	12
3.2	Element 2: Investering in leiderschap en cultuur.....	13
3.2.1	Theoretische beschrijving .....	13
3.2.2	De praktijk .....	14
3.2.3	Conclusie .....	16
3.3	Element 3: Commitment bestuurlijke en politieke figuren .....	17
3.3.1	Theoretische beschrijving .....	17
3.3.2	De praktijk .....	17
3.3.3	Conclusie .....	19
3.4	Element 4: Analyse van aard en omvang verschillen .....	20
3.4.1	Theoretische beschrijving .....	20
3.4.2	De praktijk .....	20
3.4.3	Conclusie .....	21
3.5	Element 5: Behoeften, perspectief en context doelgroep centraal .....	22
3.5.1	Theoretische beschrijving .....	22
3.5.2	De praktijk .....	22
3.5.3	Conclusie .....	24
3.6	Element 6: Focus op de doelgroep met de grootste achterstand.....	24
3.6.1	Theoretische beschrijving .....	24
3.6.2	De praktijk .....	24

3.6.3	Conclusie .....	25
3.7	Element 7: Inzet van interventies die passen bij doelgroep .....	26
3.7.1	Theoretische beschrijving .....	26
3.7.2	De praktijk .....	26
3.7.3	Conclusie .....	27
3.8	Element 8: Garantie van gezamenlijke randvoorwaarden.....	27
3.8.1	Theoretische beschrijving .....	27
3.8.2	De praktijk .....	28
3.8.3	Conclusie .....	30
<b>4</b>	<b>Algemene analyse .....</b>	<b>31</b>
4.1	Integrale aanpak .....	31
4.1.1	Leefwereld van inwoners .....	31
4.1.2	Domeinoverstijgend.....	31
4.1.3	Bestuurlijk, ambtelijk en uitvoeringsniveau .....	33
4.2	Adaptief .....	33
4.3	Algemene waarnemingen.....	33
4.4	Aanbevelingen .....	34
4.5	Discussie .....	34
<b>5</b>	<b>Bronnenlijst .....</b>	<b>36</b>

# 1 Achtergrond en doel van deze publicatie

Binnen het traject 'Terugdringen van gezondheidsverschillen' van het [Programma Sociaal Domein](#) hebben lokale coalities de kans en ruimte gekregen om al lerende te ontdekken hoe ze met een integrale domeinoverstijgende aanpak de kansen van kinderen om gezond en veilig op te groeien kunnen vergroten. Dit is gedaan rondom de thema's 'Kansrijke Start' en 'Gezond Gewicht'. In dit hoofdstuk worden enkele leidende principes van dit leer- en verandertraject geïntroduceerd. In het volgende hoofdstuk worden deze principes verder uiteengezet en theoretisch onderbouwd.

## Verschillende perspectieven en actuele kennis

De oorzaken van gezondheidsverschillen zijn niet tot één beleidsterrein of vakgebied terug te brengen. De aanpak van gezondheidsverschillen vraagt daardoor om een benadering vanuit verschillende perspectieven: van de doelgroep, de professionals uit verschillende disciplines en het leiderschap op bestuurlijk, organisatorisch en uitvoerend niveau.

De coalities hebben voor verschillende onderdelen van dit traject gebruikgemaakt van de kennis waarvan in wetenschap en praktijk is aangetoond dat die essentieel en waardevol is voor een integrale en adaptieve aanpak van gezondheidsverschillen.

## Doel publicatie

Het doel van deze publicatie is om de geleerde lessen van de lokale coalities te beschrijven en te duiden, om hiermee de beschikbare kennis rondom de integrale en adaptieve aanpak van gezondheidsverschillen verder te vullen en te laden met lessen uit de praktijk. Dit biedt handelingsperspectief voor bestaande en nieuwe coalities die (verder) aan de slag willen met het terugdringen van gezondheidsverschillen, of met een ander 'wicked problem' waarbij deze werkwijze toepasbaar kan zijn.

Deze publicatie is dan ook bedoeld voor eenieder die werkt aan het terugdringen van gezondheidsverschillen, op bestuurlijk, beleids- of uitvoeringsniveau.

## Waar werken we aan?

Het gaat hierbij om het verminderen van de grote verschillen in gezondheid en levensverwachting tussen mensen met verschillende sociaal-economische achtergronden. In het bijzonder doen we dat voor kinderen en jongeren (-9 maanden tot 19 jaar) in een kwetsbare positie. We weten immers dat op jonge leeftijd de meeste gezondheidswinst is te behalen.

## Waarom werken we hieraan?

Gezondheidsverschillen tussen hoger- en lageropgeleiden en mensen met of zonder migratie-achtergrond zijn groot en worden steeds groter. Zo overlijden laagopgeleiden gemiddeld eerder, krijgen ze eerder gezondheidsklachten en hebben ze meer kans op overgewicht en obesitas dan hoogopgeleiden.

## Hoe is hieraan gewerkt?

Voor coalities bestaande uit gemeenten en kernpartners is het leer- en verandertraject 'Terugdringen van gezondheidsverschillen' opgezet. Dit traject liep van medio 2018 tot eind 2020. In totaal hebben 14 coalities aan dit traject deelgenomen.

De deelnemende gemeenten hebben samen met kernpartners uit het medisch domein, sociaal domein, ruimtelijk domein en de publieke gezondheid een integrale en adaptieve aanpak ontwikkeld en versterkt op de thema's:

- Kansrijke Start: een veilige, kansrijke en gezonde start (eerste 1000 dagen)
- Gezond Gewicht (bij kinderen en jongeren)

### **Integraal en adaptief samenwerken**

Het traject streeft naar een systematisch andere aanpak van het terugdringen van gezondheidsverschillen: een integrale en adaptieve samenwerking tussen partijen in een coalitie rondom een vraagstuk binnen de thema's Kansrijke Start of Gezond Gewicht. In het traject werkten deze partijen samen door gebruik te maken van de aangereikte kennis en ondersteuning vanuit het programma.

Hierin staat het **integraal samenwerken** bij het terugdringen van gezondheidsverschillen centraal. Interventies worden in samenhang én vanuit meerdere omgevingen ingezet, zowel fysiek, sociaal, economisch als politiek.

Daarnaast reflecteren de partijen continu op hun proces, de geleerde lessen en doelmatigheid, en passen zich hierop aan. Dit is de **lerende en adaptieve aanpak** die vanuit het traject is aangereikt. Zij passen al lerende hun reflecties toe op de rollen, taken en stappen in hun proces. Doel hiervan is om stapsgewijs samen integrale oplossingsrichtingen te vinden voor hun vraagstuk.

De 14 coalities hebben al lerende geëxperimenteerd met het integraal en adaptief werken. Hun lessen en de duiding daarvan komen in deze publicatie naar voren.

### **Wat werkt?**

Vanuit de geleerde lessen van de deelnemende coalities is geïdentificeerd wat werkt bij het ontwikkelen en uitvoeren van een integrale adaptieve aanpak voor het terugdringen van gezondheidsverschillen op bestuurlijk, beleids- en uitvoeringsniveau.

Het is daarbij belangrijk om de waardevolle elementen om gezondheidsverschillen terug te dringen niet los van elkaar te zien, maar passend in een systemisch perspectief van integraal en adaptief samenwerken. Hierbij is onderzocht welke infrastructuur deze benodigde verandering wel of niet mogelijk maakt.

Kortom, het leer- en verandertraject 'Terugdringen van gezondheidsverschillen' heeft vanuit de ervaringen van de deelnemende coalities de bestaande kennis over dit thema verder verdiept en geladen.

### **Hoe dan? Leren van de verschillende coalities**

Er is binnen de diverse coalities een focus op de ontwikkeling en uitvoering van verschillende integrale en adaptieve aanpakken. Op basis van aangereikte kennis (waardevolle elementen en relevante literatuur en theorie gedestilleerd uit wetenschappelijke, praktijk- en ervaringskennis) is onderzocht: wat werkte wel en niet, en waarom? Hierbij is gekeken naar acties die zijn uitgevoerd binnen de coalities en al dan niet succesvol zijn afgerond. Via reflectie zijn deze geleerde lessen concreet en specifiek gemaakt, die worden beschreven in deze publicatie. Daarmee geven we antwoord op de hoe-vraag: hoe breng je dit in de praktijk?

Daarbij is – naast het in de praktijk brengen van kennis – gekeken hoe de coalities te werk zijn gegaan om tot een vernieuwde infrastructuur te komen waarmee ze integraal en adaptief kunnen werken aan het terugdringen van gezondheidsverschillen.

## 2 Theoretisch kader terugdringen gezondheidsverschillen

### 2.1 Inleiding

De gezondheidsverschillen tussen mensen met een hoge en een lage sociaal-economische status<sup>1</sup> zijn groot. Niet alleen in Nederland, maar ook in de meeste andere westerse verzorgingsstaten (Van der Lucht & Polder, 2010; Mackenbach, 2012; Mackenbach et al., 2016; Jansen, 2017; Hilderink & Verschuuren 2018). Laagopgeleide vrouwen leven gemiddeld 5,4 jaar korter dan hoogopgeleide vrouwen. Bij mannen is het verschil zelfs 6,5 jaar. Nog groter is het verschil in jaren van gezonde levensverwachting. Bij mannen is dit 14,2 jaar en bij vrouwen 15,5 jaar (CBS Statline, 2018). Het is daarbij paradoxaal dat gezondheidsbeleid eraan heeft bijgedragen dat de Nederlandse bevolking over de gehele linie gezonder is geworden, maar dat de relatieve verschillen in gezondheid tussen lager- en hogeropgeleiden niet zijn afgenomen, en soms zelfs zijn gegroeid (Broeders et al., 2018). De morele verontwaardiging over gezondheidsverschillen is groot en wordt breed in de samenleving gevoeld. Met name omdat een groot deel van deze problemen voorkomen kan worden. Het gaat namelijk om veranderlijke factoren, zoals het gedrag van mensen en de omstandigheden waarin mensen geboren worden, opgroeien, wonen en werken. Veel factoren die gezondheidsverschillen in de hand werken, liggen buiten het gezondheidsdomein. Denk aan ongunstige woon- en werkomstandigheden, ongezonde leefstijl, laaggeletterdheid, armoede en schulden (Dahlgren & Whitehead, 1991). Ook het ervaren van chronische stress ten gevolge van financiële problemen is een belangrijke factor die de kans op gezondheidsproblemen aanzienlijk vergroot (McEwen, 1998; Pykkönen, Räikkönen et al., 2010; Agyemang, Goosen et al., 2012).

### 2.2 Wicked problem

Gezondheidsverschillen worden gezien als een complex, grillig en veelzijdig probleem waar moeilijk grip op te krijgen is. Het is een probleem dat meerdere levensdomeinen raakt. Enkelvoudige oplossingen passen niet om dit probleem aan te pakken. Het wordt ook wel een 'wicked problem' genoemd. Er is geen duidelijke consensus over wat we verstaan onder wicked problems, maar in de literatuur is een duidelijke rode draad te zien: wicked problems zijn veelvoudig, grillig en onoverzichtelijk. Een systematische en planmatige aanpak werkt niet en dus gaat het erom een proces te organiseren waarin kennis en belangen uit diverse hoeken samenkomen, zodat er proefondervindelijk een benadering kan ontstaan (Delden, 2014).

Rittel en Webber introduceerden de term 'wicked problems' in 1973. Elk wicked problem is uniek, kent zijn eigen dynamiek, is veelvoudig en veranderlijk. Dit maakt dat het probleem niet rechtlijnig volgens een bepaald stamien kan worden opgelost. Het aanpakken van gezondheidsverschillen vraagt om een strategie die recht doet aan de aard van het probleem. Kernelement van zo'n aanpak is dat de aanpak integraal en adaptief is (Rittel en Webber, 1973).

---

<sup>1</sup> Sociaal-economische status (ses) kan op diverse manieren worden gemeten, bijvoorbeeld met inkomen, beroepsstatus of opleidingsniveau. In Nederland wordt meestal gekozen voor de laatste indicator. Dat doen wij in deze publicatie ook. We volgen daarbij de vaak gebruikte CBS-indeling in laag, middelbaar en hoog voltooid onderwijsniveau (WRR, 2018).

## 2.3 Integrale aanpak

Om gezondheidsverschillen terug te dringen is een integrale aanpak nodig. Een integrale aanpak is een aanpak die (1) vertrekt vanuit de leefwereld van inwoners, (2) domeinoverstijgend is en (3) samenhang heeft op bestuurlijk, ambtelijk en uitvoeringsniveau.

### 2.3.1 Leefwereld inwoners

Gezondheid betreft niet alleen de af- of aanwezigheid van ziekte. Volgens het concept 'positieve gezondheid'<sup>2</sup> gaat gezondheid om het vermogen van mensen om met fysieke, emotionele en sociale levensuitdagingen om te gaan en zoveel mogelijk eigen regie te voeren. Het betreft het vermogen om met veranderende omstandigheden om te gaan en raakt aan alle leefdomeinen, van lichaamsfuncties tot aan zingeving. Bij een integrale aanpak is er vanuit dit perspectief aandacht voor alle leefgebieden van een inwoner als één samenhangend geheel.

Hiermee verschuift ook de aandacht van één individu naar een (specifieke) populatie of doelgroep. Dit betekent een verschuiving van inzet op (ondersteuning van) het individu of het gezin naar het creëren van een gezonde leefomgeving voor een doelgroep (Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, 2020).

### 2.3.2 Domeinoverstijgend

Het terugdringen van gezondheidsverschillen is een complexe samenwerkingsopgave die inspanning vergt vanuit verschillende domeinen die nauw met elkaar verweven zijn (Kickbusch en Buckett, 2010; Mannheimer, Gulis en Östlin, 2007; McQueen, Wismar et al. 2012). Denk aan armoedebeleid, onderwijs, huisvesting, werk en inkomen en ruimtelijke ordening. Expertise van en samenwerking tussen professionals op bestuurlijk, ambtelijk en uitvoeringsniveau uit deze domeinen zijn nodig om gezondheidsverschillen terug te dringen (Peters, 2016).

Het integreren van gezondheidsbeleid in andere beleidsterreinen wordt ook wel *Integrated Public Health Policy* (IPHP) genoemd (Kickbusch, McCann en Sherbon, 2008). Hierbij wordt een continuüm gehanteerd van minder beleidsintegratie naar meer beleidsintegratie: van *Intersectoral Action* (IA) naar *Healthy Public Policy* (HPP) en *Health in All Policies* (HiAP) (Peters, 2016). Gestreefd wordt naar de hoogst mogelijke beleidsintegratie van gezondheidsoverwegingen in beleid van niet-volksgezondheidssectoren. Dit veronderstelt dat er intersectorale beleidsnetwerken ontstaan rondom gezondheidskwesties (Kickbusch en Gleicher, 2011; Rudolph et al. 2013; Hunter, 2004).

Twee criteria gelden voor integraal gezondheidsbeleid (Michie, Van Stralen en West, 2011):

1. Het beleid wordt gekenmerkt door interventies die het functioneren van het 'gedragssysteem' (bestaande uit motivatie, mogelijkheden en vaardigheden) optimaliseert in de richting van gezond gedrag.
2. Het beleid wordt uitgevoerd door zowel de gezondheidssector als de niet-gezondheidssectoren (bijvoorbeeld het sociaal domein en ruimtelijke ordening).

---

<sup>2</sup> Institute for Positive Health; <https://iph.nl/>

### 2.3.3 Samenhang bestuurlijk, ambtelijk en uitvoeringsniveau

Een integrale aanpak om gezondheidsverschillen terug te dringen betekent ook dat er sprake is van een gezamenlijke koers en zienswijze op bestuurlijk, ambtelijk en uitvoeringsniveau. Voor succes op de lange termijn is het noodzakelijk dat lokaal (politiek) bestuur, ambtenarij en professionals een eensluidende en eenduidige visie hebben op doelen, beoogde resultaten en aanpak. Bestuurders, managers, beleidsmakers en professionals werken daarbij volgens dezelfde principes. Dat vraagt om samenhang tussen inhoud en proces, waarbij congruentie is in visie, organisatie en werkwijze.

## 2.4 Adaptieve aanpak

Wanneer men aan de slag gaat met vraagstukken die complex zijn, is het nodig om te experimenteren en gaandeweg te leren welke oplossingen goed werken (Kickbusch en Buckett, 2010). Deze strategie is nodig omdat beleid steeds meer gaat over domeinen waarin de beleidsmaker een van de vele spelers is. Het is onduidelijk hoe de spelers zich tot elkaar verhouden en de relaties tussen de spelers en omstandigheden zijn niet helder (Ministerie van Economische Zaken, 2017).

Hierbij past een adaptieve manier van werken, waarin verschillende oplossingsrichtingen worden geprobeerd, waarbij verschillende partijen worden betrokken, waarin experimenteren en leren centraal staan, waarin succesvolle strategieën goed kunnen worden versterkt en uitgewerkt en veelbelovende ideeën adequaat worden geborgd (Gunsteren, 2006; Klijn, 2008; Teisman et al, 2009; Boutellier, 2011; Dolphin en Nash, 2021; Termeer et al, 2015).

Een adaptieve strategie kan zich aanpassen aan de dynamiek die zich in het complexe systeem voltrekt (Ministerie van Economische Zaken, 2017). Dit vraagt het vermogen om continu in te spelen op veranderende omstandigheden en nieuwe inzichten (Ministerie van Economische Zaken, 2017). Hierin is het omgaan met onzekerheden een cruciaal uitgangspunt. Men voert op zijn best een strategie van *'getting to maybe'*, zonder vooraf exact vast te stellen wat de uitkomst gaat zijn (Westley, Zimmerman en Patton, 2006).

Een adaptieve strategie vraagt geen grootse veranderplannen. Ze is juist een proces van kleine stapjes en continu bijsturen, van het onderkennen van onzekerheden, het betrekken van pluriformiteit aan ideeën en het wegnemen van wat niet gewenst is (Ministerie van Economische Zaken, 2017).

Een integrale en adaptieve aanpak is de theoretische basis van waaruit een complex vraagstuk als gezondheidsverschillen aangepakt moet worden. De volgende stap is om vanuit de theoretische basis in de praktijk een werkwijze te ontwikkelen, samen met kinderen, ouders, praktijkprofessionals, beleidsmakers en bestuurders, die werkt voor gezondheidsbevordering van alle kinderen en van kinderen met een lage sociaal-economische status in het bijzonder.



## 3 Wat werkt? Successen en risico's uit de praktijk

Om een wicked problem als gezondheidsverschillen aan te pakken, is een integrale en adaptieve aanpak nodig. Maar hoe geef je die vorm? Onderzoeken wijzen uit dat het belangrijk is om op een aantal cruciale elementen in te zetten. Deze elementen zijn toegepast binnen de 14 coalities die deelnemen aan dit leer- en verandertraject. In de volgende paragrafen worden deze elementen op hoofdlijnen theoretisch beschreven. Vervolgens wordt per element beschreven hoe en in welke mate dit is toegepast binnen de 14 lokale coalities. In de conclusies per element duiden we wat we kunnen leren uit de praktijk van de verschillende coalities, en wat handvatten zijn om een integrale en adaptieve aanpak in de praktijk vorm te geven.

Opgemerkt moet worden dat veel geleerde lessen vanuit gemeentelijk oogpunt worden beschreven. Dit komt omdat gemeentelijke medewerkers vaak de trekkers waren binnen de coalities, waardoor uit hen de meeste informatie is gewonnen.

### 3.1 Element 1: Lokale coalitie met gezamenlijke ambities en doelen

#### 3.1.1 Theoretische beschrijving

Voor het terugdringen van gezondheidsverschillen middels een integrale, multidisciplinaire en domeinoverstijgende aanpak is breed draagvlak en eigenaarschap nodig op bestuurs-, beleids- en uitvoeringsniveau. Het formuleren van gezamenlijke ambities en langetermijndoelstellingen is een belangrijke voorwaarde voor het duurzame karakter van de aanpak en de beoogde veranderingen. Het is hierbij van belang dat de coalitieleden elkaars perspectief en belang erkennen om vervolgens tot een gezamenlijke ambitie te komen (Wartna et al., 2012). Door als coalitie een gezamenlijk verhaal te creëren, wordt het urgentiegevoel voor de stakeholders verhoogd. Een gedeeld urgentiegevoel ('er moet iets veranderen of worden opgelost') is belangrijk voor het draagvlak en het vermogen van het systeem om te veranderen (Ministerie van Economische Zaken, 2017). Het is hierbij van belang dat verschillende stakeholders vanaf het begin betrokken zijn, zodat iedereen goed aangehaakt wordt en zich kan vinden in de gezamenlijke opdracht.

Na het in kaart brengen van ieders perspectief en de gezamenlijke ambitie kan er een gezamenlijke aanpak worden geformuleerd. Een gezamenlijk geformuleerde aanpak heeft een groter draagvlak en meer kans op slagen (Ministerie van Economische Zaken, 2017). Bovendien kan de aanpak naar een hoger niveau worden getild door gebruik te maken van elkaars expertise (Ravensbergen, Zandvliet en Editors, 2006). Hierbij staat een gezamenlijke non-lineaire veranderaanpak centraal waarin ruimte is voor adaptief en lerend werken.

Omdat voor het terugdringen van gezondheidsverschillen een domeinoverstijgende aanpak nodig is, moet er rekening worden gehouden met de samenstelling van en de onderlinge verhoudingen binnen de coalitie. Coalitieleden worden gekozen op basis van kennis, betrokkenheid, daadkracht en eventueel ervaring om doelgericht aan verbeteringen te kunnen werken (Hekkink et al., 2007). Daarnaast moet er gekeken worden naar de juiste teamomvang en naar de rollen van individuele coalitieleden (Dückers en Wagner, 2005).

Er is een variatie aan aanpakken nodig om gezondheidsverschillen terug te dringen vanuit verschillende stakeholders. Iedere aanpak heeft op zichzelf mogelijk een klein effect, maar samen

kunnen ze significante onderdelen zijn van een grotere strategie om gezondheidsverschillen te verkleinen (World Health Organization, 2012).

### 3.1.2 De praktijk

#### *Domeinoverstijgende samenstelling*

Binnen alle deelnemende gemeenten zijn domeinoverstijgende coalities gevormd. De projectleider is hierbij meestal de regievoerder. Hierbij hebben projectleiders nagedacht over het krachtenveld waarin ze opereren. Ze hebben in kaart gebracht welke partners nodig zijn om tot een integrale aanpak te komen. In veel gevallen is aangesloten bij al bestaande netwerken die qua deelnemers en/of doelstelling overeenkomen met het thema van gezondheidsverschillen. Vanuit deze basis is gekeken hoe binnen deze netwerken andere partijen uit andere domeinen aangesloten konden worden. Dit zijn vaak partners uit werkvelden waarmee normaliter niet vaak wordt samenwerkt. Om een appel te doen op de intrinsieke motivatie blijkt het van belang te zijn hun toegevoegde waarde aan de coalitie scherp voor het voetlicht te brengen.

Bij de samenstelling van de coalities is gekeken naar de omvang van de coalitie. Veel coalities startten klein maar werden steeds groter. Om slagvaardig te blijven en een gedeeld gevoel van eigenaarschap te creëren, moet de coalitie niet te groot zijn. Veel coalities zijn daardoor na een periode van groei weer wat kleiner van omvang geworden, zijn gaan werken met een binnen- en buitencirkel van kernpartners en flexibel deelnemende partners, of zijn opgesplitst op verschillende niveaus. De afspraken met bestaande, nieuwe en vertrekkende partners zijn hierbij continu herijkt; het zogenoemde her-contracteren. Daarnaast zijn veel coalities gevormd rondom het aan te pakken inhoudelijke vraagstuk (bv. de periode rondom de geboorte) of een wijk waarin de coalitie de activiteiten start.

Binnen de coalities wordt bij voorkeur gewerkt met vaste mensen en met vaste vervangers. Dit voorkomt dat er steeds nieuwe gezichten aanwezig zijn bij de meetings, en is essentieel voor het waarborgen van de continuïteit. Ook is een persoonlijke relatie de basis voor duurzame samenwerking: je gunt elkaar iets en bent eerder bereid mee te bewegen.

#### **Niveau coalitie**

Binnen de coalities zien we het streven naar een goede verbinding tussen bestuurlijk, beleidsmatig en praktijkniveau. Het idee hierbij is dat bestuurders vanuit een bepaalde visie sturen op resultaat, en dat het beleid op basis van deze visie een kader creëert met voldoende ruimte voor gezamenlijke ambities van alle partners, waarbinnen professionals een gezamenlijke aanpak ten uitvoer kunnen brengen. De mate waarin deze verbinding tot uiting komt in de samenstelling van de coalities loopt uiteen. Grofmazig zijn er coalities met bestuurders en beleidsmakers te onderscheiden, en coalities met beleidsmakers en uitvoerders. Deze uitsplitsing van coalitieniveaus tussen denkers en doeners wordt als prettig ervaren, mits de communicatie, onderlinge verwachtingen en afspraken (bijvoorbeeld over investering van tijd en uren) tussen de verschillende niveaus helder zijn. Hierbij ligt een belangrijke verbindende rol voor de projectleider of trekker van de lokale aanpak. Deze moet op meerdere niveaus kunnen opereren.

### Lokaal versus regionaal

Het creëren van een lokale coalitie wordt ingewikkelder wanneer er partijen zijn die enkel lokaal werken en partijen die regionaal werken. Met name coalities gevormd rondom Kansrijke Start geven aan dat het moeilijk is om lokaal te werken (gericht op één gemeente), met name omdat na enige tijd de regionale afstemming een plek krijgen in het proces. Partijen zoals ziekenhuizen en verloskundigen zien cliënten uit meerdere gemeenten en werken regionaal. Afstemming met andere gemeenten is nodig, en een echt lokale integrale aanpak is dan bijna niet mogelijk. Een meer regionale aanpak zorgt er echter vaak voor dat de samenwerking (te) groot en complex wordt. Sommige coalities hebben deze barrière doorbroken door te kiezen voor een functionele insteek: ze bepalen met elkaar wat regionaal geregeld of afgesproken moet worden en wat lokaal nodig is. Zij bewegen hiermee heen en weer tussen regionale en lokale besluitvorming, op basis van wat goed werkt in de praktijk.

### Gezamenlijke ambitie

Veel coalities zijn vanuit het vertrekpunt van een urgentiegevoel gestart met gesprekken en het bouwen van een coalitie. Vaak wordt hierbij gezamenlijk een analyse gemaakt van de aard en omvang van gezondheidsverschillen. Veel coalities hebben in de beginfase veel tijd ingeruimd om elkaar te leren kennen en elkaars taal en rol te begrijpen. Deze tijd is nodig voor het begrip voor ieders context en om te bepalen waar ieders toegevoegde waarde zit. Omdat het projectleiderschap in de meeste gevallen bij de gemeente is belegd, is in een aantal gevallen gebruikgemaakt van een onafhankelijke procesbegeleider. Respondenten geven aan dat dit een succesfactor is voor de aanpak. Op deze manier is de gemeente in staat gesteld om als gelijkwaardige partner deel te nemen.

Om tot een gezamenlijke ambitie te komen, heeft een aantal coalities gebruikgemaakt van verschillende methoden, zoals Question Zero, netwerkanalyses, TripleWin en een analyse van gezondheidsverschillen door dialoog en duiding van data. Hierbij is specifieke aandacht nodig voor de inzet van de coalitiepartijen. Te denken valt aan beschikbare tijd, financiële middelen en back-up vanuit de eigen organisatie of afdeling.

### Gezamenlijke aanpak

Na het expliciet maken van elkaars perspectieven, verwachtingen, rollen en ambities zijn coalities aan de slag gegaan met het ontwikkelen van een gezamenlijke aanpak. De vertaling van de ambitie naar een concrete aanpak wordt lastig gevonden. Hier is een aantal factoren voor aan te wijzen:

1. Conflicterende belangen belemmeren het ten uitvoer brengen van een gezamenlijke en integrale aanpak. Partijen blijven denken vanuit hun bestaande werkwijze en hun eigen belang. Bij coalities die zijn gevormd rondom Kansrijke Start spelen naast conflicterende ook vaak concurrerende belangen. Veel partijen binnen deze coalities zijn concurrenten van elkaar. Er heerst soms wantrouwen, en verlegenheid om met elkaar samen op te trekken. Vanwege deze concurrerende posities is het lastig om integraal samen te werken en open en gezamenlijk te reflecteren. Om deze drempels te slechten, heeft een aantal coalities de TripleWin-methode toegepast, waarbij betrokken partners individueel worden gesproken ('Sta je hierachter en hoe wil je bijdragen?'), om het daarna gezamenlijk te bespreken. Dit maakt duidelijk wat er is, wat er nog nodig is en welke partij dat het beste kan bieden, mogelijk door de reguliere uitvoering

van deze partij anders vorm te geven. Omdat belangen en posities in het lerende proces continu veranderen, wordt de TripleWin-methode doorlopend toegepast. Sommige coalities zien concurrentie tussen de coalitieleden als een gegeven en 'gaan gewoon door en zien wel wie wanneer aansluit'.

2. In een aantal coalities wordt het eigenaarschap niet breed ervaren, zowel bij de partners onderling als op de verschillende niveaus. Vaak wordt het gezien als 'iets van de gemeente'. Bestuurders en managementteam weten dat coalities met het thema bezig zijn, maar laten het aan beleid en uitvoering over om dit waar te maken.  
Coalities die de aanpak volledig in gezamenlijkheid hebben opgesteld, vaak met een kleine kern van enthousiaste partijen die de kerngroep van de coalitie vormen, lijken meer succes te hebben. Dit vraagt het durven loslaten en in gezamenlijkheid handelen, wat veel projectleiders als spannend maar noodzakelijk ervaren. Dit is bovendien alleen mogelijk gebleken als vanuit een hoger echelon de noodzaak wordt onderschreven en actief wordt uitgedragen.
3. Het opstellen van een plan van aanpak werkte in sommige coalities eerder vertragend, door een gebrek aan een eenduidige definitie van een plan binnen een leer- en verandertraject. Plannen werden daardoor door diverse coalitieleden als te strikt ervaren of juist als te weinig concreet, en werkten hiermee de adaptiviteit juist tegen. Deze coalities hadden meer baat bij het starten vanuit acties met de doelgroep, en vanuit daar al reflecterend en lerend verder bouwen aan een integrale set van acties. Daarnaast heeft het geholpen om bij de contractering voor de daadwerkelijke start van de lokale leer- en verandertrajecten al te bespreken dat dit proces vraagt om andere vormen van samenwerking (experimenteel, iteratief en adaptief) en financiering (over afdelingen heen en gezamenlijk budget vanuit betrokken organisaties).
4. Een gebrek aan capaciteit en continuïteit wordt als problematisch ervaren. Urgente financiële of politieke vraagstukken (zoals de tekorten in de jeugdzorg) of actuele vraagstukken (zoals de coronacrisis) krijgen meer aandacht dan een langdurig leer- en verandertraject. Ambtenaren en beleidsmakers van partners hebben (te)veel verschillende taken en kunnen weinig tijd en ruimte vrijmaken voor het bouwen aan een integrale aanpak. In dit traject is hier continu aandacht voor geweest binnen de coalities met weinig succesvolle resultaten.  
Enkele voorbeelden laten wel zien dat door een goede samenwerkingsbasis en gevoel van urgentie op dit onderwerp het goed mogelijk is om enige capaciteit en continuïteit te creëren. Het duale projectleiderschap vanuit verschillende partijen in de coalitie helpt hierbij ook. Maar bij het merendeel van de coalities heeft een gebrek aan capaciteit en continuïteit geleid tot het stellen van prioriteiten rondom doelen en taken in de integrale aanpak.

### 3.1.3 Conclusie

De urgentie en noodzaak om gezondheidsverschillen integraal en in gezamenlijkheid terug te dringen, wordt in het veld breed gedeeld. Dit zien we ook terug in de samenstelling van de coalities, waarin partners uit het sociaal domein, medisch domein, ruimtelijke ordening en de publieke gezondheid elkaar hebben gevonden.

We zien behoorlijke verschillen tussen de coalities. Er zijn coalities die voornamelijk bestaan uit beleidsmakers en uitvoerders en dicht op de leefwereld van inwoners functioneren. Andere coalities zijn meer bestuurlijk ingericht. Ook de omvang van de coalitie is een belangrijke factor. Zo groeien coalities door de loop van de tijd. Tegelijkertijd wordt aangegeven dat coalities niet te groot moeten zijn om slagvaardig te blijven. De samenhang tussen een effectief opererende coalitie en de samenstelling en omvang van de coalitie moet zich op lokaal niveau uitkristalliseren en is voor projectleiders een uitdaging gebleken.

Het formuleren van gezamenlijke ambities is bij het merendeel van de coalities gelukt. Het vormgeven en inhoudelijk laden van de samenwerking en het komen tot een uitvoeringsplan is ingewikkelder en vergt veel tijd. Dat begint met elkaar leren kennen. Dit is terug te voeren naar het persoonlijke niveau en de taal, ambities en verwachtingen die leven in de verschillende domeinen en organisaties. Hier zitten vaak grote verschillen in. In de fase van elkaar leren kennen wordt vertrouwen gekweekt dat als basis dient voor de verdere samenwerking. Het gevaar bestaat dat voor deze fase te weinig tijd wordt ingeruimd en dat te snel wordt overgegaan naar het denken in aanpakken. In het voortraject moet voldoende tijd en ruimte zijn voor het werken aan een goede basis voor samenwerking: elkaar leren kennen, elkaar leren begrijpen en het ontwikkelen van gezamenlijke taal en overkoepelende gezamenlijke belangen.

Als het op de uitvoering aankomt, zien we dat coalities voor een aantal uitdagingen komen te staan. Om slagvaardig te kunnen zijn is het van belang om als coalitie lokaal in de wijk of gemeente te opereren. Het medisch domein kent echter andere eenheden en is regionaal georiënteerd. Dit is een factor die het functioneren van een lokale coalitie tegenwerkt. Ook constateren we dat het overwinnen van conflicterende en/of concurrerende belangen binnen de coalitie noodzakelijk is om tot een aanpak te komen. Hier speelt ook een systemische barrière: er blijven financiële schotten bestaan binnen de medische zorg, en tussen het sociaal en medisch domein. We zien dat coalities hier werk van maken, maar dit vergt een lange adem. Als het op de uitvoering aankomt zien we ook dat vraagstukken rondom eigenaarschap, capaciteit en continuïteit naar de oppervlakte komen. Doorlopend het gesprek voeren, al dan niet met behulp van methoden als TripleWin, is nodig om deze drempels te slechten.

## 3.2 Element 2: Investering in leiderschap en cultuur

### 3.2.1 Theoretische beschrijving

Bij het aanpakken van een wicked problem zoals het terugdringen van gezondheidsverschillen is, anders dan bij enkelvoudige problemen, een intensieve samenwerking en mogelijk een integratie van voorzieningen en systemen nodig. Dat vraagt van partners op alle niveaus (uitvoering, beleid, management en bestuur) dat hun rol en inzet aan verandering onderhevig zijn. Zo kan het nodig zijn om een stap terug te doen of taken over te dragen in het belang van de inwoner. Het tot stand brengen van een samenwerking waarin dit mogelijk is, is in de praktijk een grote uitdaging, mede omdat dit vergaande consequenties kan hebben voor betrokken professionals en organisaties. Om dit te realiseren is transformationeel leiderschap op alle niveaus nodig. Dat geldt voor bestuurders, managers, beleidsmakers en professionals. Bij transformationeel leiderschap is er sprake van een duidelijke visie en focus op een beter resultaat voor inwoners, het aangaan en realiseren van allianties/coalities en een sterk commitment daaraan, de bereidheid om de eigen organisatie te veranderen en het inspireren en motiveren van de betrokkenen. Daarbij zoeken transformationele leiders naar de ruimte tussen de regels (Yperen & Hageraats, 2018).

Transformationeel leiderschap betekent dat:

- leiderschap zich niet beperkt tot de formele leidinggevenden, maar een verantwoordelijkheid is die alle betrokkenen delen
- de juiste vragen worden gesteld om het probleem goed te begrijpen
- leiderschap gericht is op samenwerking en niet op beheer
- transparantie bestaat over intenties, het te volgen proces en de te stellen doelen
- leiders durven veranderen en al doende leren
- de energie, competenties en vaardigheden van alle betrokkenen worden benut en versterkt
- leiders mensen stimuleren, motiveren en inspireren om mee te gaan in veranderingen, prestaties te leveren en goed om te gaan met onvoorspelbaarheid en onzekerheid
- leiders bereid zijn om over hun eigen schaduw heen te stappen, aanpassingen te doen, zekerheden los te laten en risico's te nemen.

Voor projectleiders die opereren over grenzen van afdelingen en organisaties heen, of een regionale verantwoordelijkheid hebben ten aanzien van coalities, is het in het bijzonder ingewikkeld om vorm en inhoud te geven aan deze rol. De verdeling van verantwoordelijkheden is vaak onduidelijk. Veel partijen bevolken het speelveld, maar onduidelijk blijft wie het spel leidt (Bestuur NPDHF, 2004).

Er is een aantal principes bekend die projectleiders kunnen toepassen om een aanpak van een wicked problem goed te laten verlopen (Heifetz en Laurie, 2001):

- afstand nemen om boven het vraagstuk en de aanpak te 'hangen', zodat patronen herkend kunnen worden
- identificeren welke verandering wordt gevraagd en bepalen welke waarden en gedragingen moeten worden ontwikkeld
- ervoor zorgen dat alle coalitieleden goed aangehaakt zijn en hen stimuleren om nieuwe oplossingen te bedenken
- aandacht besteden aan lastige kwesties en conflicten binnen het vraagstuk en de coalitie
- werk teruggeven aan de coalitieleden, ze verantwoordelijkheid geven en ruimte voor eigen initiatief creëren
- steun geven aan hen die uiting geven aan de wens om verder te gaan, die problemen scherp benoemen en die willen experimenteren.

### 3.2.2 De praktijk

#### Leiderschap coalitiepartners

Bij coalities waarin de samenwerking goed op gang is gekomen, zien we dat er veel aandacht is besteed aan het samenstellen en selecteren van de coalitieleden. Bij deze coalities zijn de juiste mensen vanuit de juiste organisaties aangehaakt. Belangrijk daarbij is dat deze coalitiepartners steun genieten vanuit de eigen organisatie en dat deze partners het nut en de noodzaak van de samenwerking doorleven. Om dit te bewerkstelligen hebben veel projectleiders ingezet op uitvoerige gesprekken met het management van de diverse partners en hebben er kennismakingssessies plaatsgevonden.

Kenmerken die aan coalitiegenoten worden toegeschreven in coalities die goed functioneren zijn dat ze een groot verantwoordelijkheidsgevoel hebben, intrinsiek gemotiveerd zijn en in staat zijn om domeinoverstijgend te denken in het belang van een gezamenlijke ambitie. Hierbij weten coalities dat er veel tegelijkertijd in beweging is waarbij andere personen betrokken zijn dan de leden van de coalitie zelf (zoals beleidsontwikkeling, sportakkoorden, gebiedsontwikkeling, Omgevingswet etc.) Bij coalities waarin de samenwerking moeilijk op gang komt, zien we dat coalitieleden afwachten tot ze concrete vragen of opdrachten krijgen. Met name bij Kansrijke Start-coalities zien we dit terug, mogelijk door de concurrerende posities van de leden. Projectleiders geven aan dat in deze coalities een gemeenschappelijke taal en werkwijze moeizaam van de grond komen.

### **Leiderschap projectleiders**

We zien dat de coalities vaak gekozen hebben voor een projectleider vanuit een gemeente. Een aantal coalities heeft ervoor gekozen om twee projectleiders aan te stellen, met ook projectleiding van andere partijen dan de gemeente. Projectleiders geven aan dat hun rol complex en uitdagend is. Het is niet makkelijk gebleken om als projectleider een nieuwe coalitie te vormen met partners uit verschillende domeinen, organisaties en werkvelden, waarbij iedere partner zijn eigen verantwoordelijkheid neemt. Bij coalities die moeizaam functioneren zien we dat hier ten aanzien van de projectleider een aantal factoren aan ten grondslag ligt:

- Het projectleiderschap is vaak belegd bij de gemeente. Maar de gemeente is tegelijkertijd ook deelnemer. Projectleiders geven aan dat het lastig is om vanuit deze dubbele rol slagvaardig en 'onpartijdig' te functioneren.
- Veel projectleiders hebben weinig tot geen ervaring met het faciliteren en coördineren van een domeinoverstijgende coalitie. Competenties die passen bij veranderkundig projectleiderschap zijn onvoldoende aanwezig.
- Doorzettingsmacht en beslisbevoegdheid zijn onvoldoende aanwezig. De projectleider is onvoldoende in staat om binnen het krachtenveld van praktijk, management, bestuur en politiek draagvlak te organiseren, doorbraken te bewerkstelligen en de samenwerking verder te brengen.
- Een valkuil voor veel projectleiders is om alle verantwoordelijkheid naar zich toe te trekken en teveel werk zelf op te pakken. Dit komt voort uit een controlereflex bij geringe ervaren voortgang of andere contextuele oorzaken.

Ten aanzien van de invulling van het projectleiderschap zien we een aantal aanpakken of benaderingen die succesvol waren:

- Coalities met een onafhankelijke projectleider zijn over het algemeen verder gekomen in de samenwerking. Men geeft aan dat inhoudelijk meedenken en doen in de praktijk niet uit de verf komt als men ook een rol heeft als trekker en daarmee verantwoordelijk is voor de voortgang van de aanpak. In sommige sessies was het wel nodig dat de trekker inhoudelijk meedoet. In die situaties hebben de ondersteuners vanuit het programma deze sessies als onafhankelijke derde geleid.
- Vanuit het ondersteuningstraject is sterk ingezet op het coachen van projectleiders, met name ten aanzien van het delegeren van taken en het creëren van gedeeld eigenaarschap. Zo is er in coalities gewerkt met deelprojecten waaraan coalitieleden meedoen op basis van kennis, kunde en interesse. Projectleiders geven aan dit nuttig te hebben gevonden.

- In enkele coalities is het gedrag dat coalitieleden vertonen besproken, bijvoorbeeld rondom eigenaarschap, verantwoordelijkheid nemen en commitment tonen. Dit heeft in enkele gevallen ook gezorgd voor ander gedrag.
- In coalities zitten vaak zowel praktijkprofessionals als beleidsprofessionals. Voor de trekkers vraagt dit stevige inzet op een gemeenschappelijke taal en een gemeenschappelijke werkwijze.
- Een bepaalde mate van continuïteit binnen de coalitie is wenselijk. Dit heeft betrekking op zowel continuïteit van overleggen en het aanbrengen van een duidelijke structuur binnen deze overleggen, als op de continuïteit van de leden en trekker.
- Coalities die duidelijke stappen hebben gezet hebben vaak een trekker met senioriteit en ervaring met complexiteit. Ook de positie van trekker binnen zijn of haar organisatie is van belang. Is deze persoon bekend binnen de stad of regio? Heeft deze daarmee een verworven status en overwicht waarmee besluiten genomen kunnen worden, ook over domeinen en organisaties heen? Dit is een belangrijke succesfactor gebleken binnen vele coalities. Tevens geeft een stevige trekker een signaal af aan de coalitieleden dat het thema belangrijk is. Daarmee ligt er ook een duidelijke taak voor het management, dat het belang moet inzien van het selecteren van de juiste trekker, en deze trekker voldoende ruimte moet geven voor een dergelijk leer- en verandertraject.

### 3.2.3 Conclusie

Transformationeel leiderschap is cruciaal voor het aanpakken van gezondheidsverschillen. Dit vraagt van coalitiepartners dat er vanuit een gedeelde visie en focus wordt samengewerkt in het belang van de inwoner. Ook vraagt het dat er sprake is van gedeeld eigenaarschap, commitment en de bereidheid om kritisch naar de eigen rol te kijken. Het ontwikkelen van een gezamenlijke visie en ambitie is binnen de meeste coalities gelukt. Daarbij constateren we dat er gedurende dit leer- en verandertraject een verandering heeft plaatsgevonden in het *denken*, maar nog onvoldoende in het *doen*. Allicht is hier meer tijd voor nodig dan de looptijd van dit traject.

We hebben geleerd dat de rol van de projectleider als trekker en hoeder van de veranderopgave cruciaal is. Dit vergt ervaring en vaardigheden die passen bij complexe vraagstukken en het ontwikkelen en sturen van een integrale adaptieve aanpak. Zo is het belangrijk dat de projectleider coalitieleden weet te enthousiasmeren, motiveren en activeren, om zo gedeeld eigenaarschap te realiseren. Daarnaast vraagt het projectleiderschap de vaardigheid om te werken aan draagvlak en veranderkracht buiten de coalitie bij professionals, beleidsmakers, managers en bestuurders. De selectie en de ondersteuning van de projectleider zijn dan ook belangrijke factoren die bepalend zijn voor de mate van succes van de coalitie. Belangrijk randvoorwaarde is de tijd en de ruimte die een projectleider krijgt voor een dergelijk leer- en verandertraject.



### 3.3 Element 3: Commitment bestuurlijke en politieke figuren

#### 3.3.1 Theoretische beschrijving

Voor het doorvoeren van veranderingen in beleid en werkwijzen is het commitment van invloedrijke personen noodzakelijk. Hun betrokkenheid en inzet maakt het gemakkelijker om relevante partijen aan te spreken op hun visie en beleid en om hun medewerking aan de uitvoering te krijgen. Ook voorkomt het commitment van sleutelfiguren dat een nieuwe integrale aanpak verwatert of verdwijnt.

Voor het vasthouden van commitment tijdens langjarige projecten helpt blijvende aandacht voor kortetermijnvragen van stakeholders, als wenselijke tussenstapjes in het grotere veranderingsproces (Ministerie van Economische Zaken, 2017). Daarnaast is bestuurlijk draagvlak nodig om de aanpak te borgen op meerdere niveaus en in samenwerking met veel partijen (Haker, Hosper en Loenen, 2019).

Een adaptieve aanpak om gezondheidsverschillen terug te dringen heeft een grotere kans van slagen wanneer er naast bestuurlijk commitment ook voldoende politiek draagvlak is, zodat gezondheid binnen meerdere beleidsterreinen wordt opgenomen en financiering wordt vrijgemaakt (RIVM, 2006).

#### 3.3.2 De praktijk

##### **Verwachtingen versus experimenteel karakter**

Het creëren van commitment voor de integrale aanpak bij sleutelfiguren binnen bestuur, politiek en met name management is voor de deelnemende coalities een lastig vraagstuk gebleken. Hierbij botste de wens bij management, bestuur en politiek om doelen en resultaten te behalen met het experimentele en lerende karakter van een verandertraject. Teveel politieke aandacht met te hoge verwachtingen werkt verlamdend op de adaptieve, lerende aanpak van de coalitie. Daarom zijn de projectleiders veel tijd kwijt om deze verwachtingen op transparante en realistische manier te temperen.

##### **Top-down en bottom-up**

Sommige coalities ervaren geen commitment vanuit het bestuur, vaak als aanpakken bottom-up vanuit de uitvoering zijn ontstaan. Dan zit de energie vaak bij de uitvoerders en gaat men van hieruit verder. Vroeg of laat mist zo'n coalitie de bestuurlijke slagkracht als de aanpak breder of hogerop getrokken dient te worden. De coalities met meer wijkgerichte aanpakken ervaren dit gemis van bestuurlijk commitment vaak (nog) niet als problematisch.

In het programma blijkt andermaal dat, om al doende te kunnen leren en veranderen, er top-down legitimatie en commitment nodig is om het in de praktijk (bottom-up) te gaan doen. In diverse coalities is afgesproken dat dit leer- en verandertraject een experiment mocht zijn. Niet protocollen en regels zijn leidend, maar behoeften en te verwachten resultaat. In het voortraject is hieraan veel aandacht besteed, waardoor de deelnemende coalities een grote mate van commitment hadden. Deze focus op wat er wél kan gaf sterke onderlinge betrokkenheid, vertrouwen en verbinding tussen bestuur en uitvoering en tussen de coalitiepartijen onderling.

**Bevlogen bestuurders, sterke positie projectleiders en borging**

Sommige coalities zijn er goed in geslaagd om commitment te krijgen van hun bestuurder(s). Hierbij helpt het om bevlogen wethouders te hebben die inzien dat het onderwerp belangrijk en urgent is en alleen opgelost kan worden met een brede integrale aanpak. Bij de werving voor dit programma is daarom al aandacht gevraagd voor de noodzaak van actieve betrokkenheid of ambassadeurschap van de wethouder. Coalities hebben de rol van de wethouder steeds aan de orde gesteld en waar nodig voorstellen ingediend om hierin te escaleren vanuit de eigen organisatie of vanuit het landelijke programma. Dit heeft in sommige coalities geleid tot meer betrokken bestuurders. In andere coalities bleef de betrokkenheid laag door prioriteit op andere politieke speerpunten of vanwege onrustige politieke contexten (aftreden wethouder, interim-bestuur).

Het werkt als de personen met de contacten naar management, bestuur en politiek – vaak de projectleiders van de coalities – goed bekend zijn in de regio qua werkervaring en positie. Hierdoor kan men realistisch en transparant zijn over de integrale aanpak die door het adaptieve karakter van het proces steeds weer kan veranderen. Dit kan leiden tot lastige interne discussies. Maar die discussies komen de voortgang ten goede als men vanuit oprechte nieuwsgierigheid tegengas kan bieden aan elkaar, om zodoende de bedoeling te leren snappen, vertrouwen te kweken, het gedachtengoed van de aanpak te omarmen en uiteindelijk de benodigde commitment te creëren.

Als er vertrouwen is vanuit de huidige bestuurder in de aanpak, is de kans groot dat bij wisseling van bestuurders de aanpak bestaansrecht blijft behouden. Dit is belangrijk voor de borging van de aanpak. Ook helpt het daarbij om vanuit de coalitie een verantwoordingsstrategie te ontwikkelen die aansluit op het karakter van een leertraject: vaak rapporteren op de vorderingen die gemaakt worden, zowel in meetbare als merkbare resultaten, uitgedrukt in bereikte mijlpalen en uitgevoerde acties. Deze manier van rapporteren maakt voor bestuur en management zichtbaar wat werkt en 'bewijst' daarmee het nut van een dergelijk leerprogramma. Hierbij is het wel noodzakelijk om de voortgangsrapportages op de juiste tafels te krijgen en te zorgen dat ze gelezen en besproken worden. Door naast inhoudelijke vorderingen ook financiële en bedrijfsmatige resultaten op te nemen wordt deze kans vergroot.

**Aansluiting landelijke agenda**

Aansluiting bij de landelijke agenda en het landelijk discours vergroot het bestuurlijke en politieke draagvlak. Zo is Kansrijke Start een onderwerp dat momenteel landelijk ook hoog op de agenda staat. De Kansrijke Start-coalities in dit programma plukken daar de vruchten van. Verschillende partners beseffen goed dat dit onderwerp aandacht verdient. Hierdoor is het relatief makkelijk om partijen aan boord te krijgen en capaciteit hiervoor in te zetten. Ook zijn enkele wethouders lid van de landelijke coalitie op dit thema.

In het PSD5-traject zijn wethouders betrokken geweest door deelname in de masterclasses. Deze actieve deelname was eenmalig. Om betrokkenheid op dit niveau te laten slagen, zal dit regelmatig herhaald moeten worden. Dit is een essentiële randvoorwaarde bij dergelijke trajecten.

**Bestuurlijke coalitie of convenant**

Sommige coalities werken met een bestuurlijke coalitie waarin bestuurders van de samenwerkende partijen bijeenkomen. Aansluiting bij bestaande bestuurlijke overleggen is een praktische werkwijze waarop dit binnen de coalities mogelijk is gemaakt. Dit helpt enorm bij het creëren van

commitment, aangezien de bestuurders betrokken worden in het traject en de voortgang zelf ervaren. Ook hebben de bestuurders het mandaat om beslissingen te nemen. Essentieel is wel dat de verantwoordelijkheden helder zijn tussen de bestuurlijke coalitie en de coalities op de andere niveaus (management, beleid of uitvoering). Duidelijk moet zijn waar welke beslissing wordt genomen en welk eigenaarschap hoort bij welke tafel.

Andere coalities werken met een bestuurlijk convenant. In de praktijk blijkt wel dat dit vaak een momentopname is en dat het voor continu bestuurlijk commitment nodig is om bestuurders gedurende het hele proces (meer) te betrekken.

### **Betrokkenheid management ambtelijk niveau**

Waar het politieke commitment er vaak wel is, is de ontbrekende factor het hogere ambtelijk niveau. Het juiste niveau zit niet altijd aan de coalitietafel: mensen met een mandaat die een beslissing voor hun organisatie(onderdeel) kunnen nemen. Vanuit het medisch domein valt dit veelal te verklaren vanuit de wijze van vertegenwoordiging. Er bestaan weinig structuren waarin iemand gemandateerd wordt, waardoor deelnemers aan coalities alleen op persoonlijke titel kunnen spreken. Vanuit het sociaal domein is er weinig betrokkenheid en deelname van directeuren (of hoger management). Zo zijn de partijen of personen met de juiste beslissingsbevoegdheid te vaak geen deelnemer aan de coalitie, waardoor grotere besluiten via een formeel besluitvormingstraject lopen. Dit vertraagt voortdurend de voortgang van de aanpak.

Dit traject laat zien dat een aparte programmagroep voor het management nodig is. Betrokkenheid van het management is een randvoorwaarde voor succes van dergelijke trajecten. Door het hogere abstractieniveau van een adaptief traject is het voor het management moeilijk om de voortgang te volgen. Hoe maak je het voor deze groep aantrekkelijk om actief deel te nemen? Geef hen beslissingsbevoegdheden op onderwerpen waarin zij expertise hebben. Hierbij zijn financiële en bedrijfskundige onderwerpen belangrijk om op de agenda te plaatsen. In dit programma is hier onvoldoende mee geëxperimenteerd. Dit kan een aanknopingspunt zijn voor een mogelijk opvolgend landelijk leertraject.

### **3.3.3 Conclusie**

Het commitment van bestuurlijke en politieke sleutelfiguren is te weinig zichtbaar geweest in dit programma. Vaak zijn bestuurders, wethouders en met name managers en directeuren slechts zijdelings betrokken bij de lokale coalities, of worden ze pas betrokken als er zaken gaan knellen, zoals capaciteit of budget.

Bestuurlijke en politieke sleutelfiguren moeten meer in het begin en tijdens het project betrokken worden. Dan kunnen ook de mandatering en besluitvorming beter geregeld worden en wordt er door hen minder op resultaten gehamerd.

Vanuit het programma moest deze laag wellicht meer betrokken worden om ook bij hen meer eigenaarschap te kweken. Het leren en veranderen moet ook op dit niveau gebeuren. Hiervoor waren (aparte) leerbijeenkomsten voor dit gremium wellicht een middel geweest. Hier ligt in de toekomst een mogelijke rol weggelegd voor landelijk opererende partijen.

Hoewel benodigd blijkt het commitment van bestuurlijke, politieke en met name managementfiguren onvoldoende gecreëerd in de praktijk, ook na inzet van kennis en expertise vanuit het PSD5-programma. Om deze betrokkenheid te vergroten is er meer nodig dan alleen de lokale context en is meer ondersteuning of invloed gewenst vanuit het landelijke discours.

## 3.4 Element 4: Analyse van aard en omvang verschillen

### 3.4.1 Theoretische beschrijving

Gezondheid wordt bepaald door factoren die op verschillende levensgebieden tegelijk spelen en elkaar vaak versterken. Voor inzicht in de mogelijkheden voor het terugdringen van gezondheidsverschillen is daarom een goede analyse van de aard en omvang van deze verschillen nodig, vanuit verschillende beleidsterreinen en disciplines. Zonder actuele gegevens is het moeilijk (beleids)beslissingen te nemen, de strategie te onderbouwen en het potentiële resultaat vast te stellen (Saan en Haes, 2005).

### 3.4.2 De praktijk

In de opstartfase van de coalities is veel aandacht geweest voor dit element. In verschillende coalities hebben diverse partijen data met betrekking tot gezondheidsverschillen ingebracht en gezamenlijk besproken. De analyse van de beschikbare data is bij een aantal coalities goed verlopen en bij een aantal coalities moeizaam.

#### **Urgentie, overzicht en bewustzijn gezondheidsverschillen**

Door de complexe en brede aard van gezondheidsverschillen ervaren startende coalities vaak een gebrek aan urgentiegevoel, overzicht en focus. Ook zijn veel partijen buiten het gezondheidsdomein nog onvoldoende op de hoogte van hun inbreng in de aanpak van gezondheidsverschillen. Coalities die in de beginfase van het traject veel aandacht hebben besteed aan dit element hebben dit urgentiebesef in hun lokale omgeving duidelijk verhoogd. Door het geven van presentaties, deelname aan de masterclasses van het programma en het maken van lokale analyses is het coalities gelukt om enkele partijen te binden waarmee zij niet eerder hebben opgetrokken. Het samenbrengen en bespreken van data helpt hierbij, maar blijkt in de praktijk ook een moeizame exercitie.

#### **Omgaan met data**

Voor het moeizame verloop zijn verschillende redenen aan te wijzen. Door de hoeveelheid informatie en beschikbare data zien coalities soms door de bomen het bos niet meer. Ook is een goede aansturing nodig op dit element. Van belang is om van tevoren na te denken over een aantal vragen: wat willen we samen bereiken met onze gezamenlijke visie? Wat willen we meten? Wat kunnen we meten? Hoe kan de informatie geduid worden? Antwoorden op deze vragen kunnen helpen gericht te kijken met welke data van gezondheidsverschillen er verder gewerkt kan worden. Uiteraard is het voor dit element van belang dat er voldoende data beschikbaar zijn over de aard en omvang van gezondheidsverschillen, ook over de domeinen heen. Op basis van alle beschikbare en diverse data met alle partijen een goede analyse maken wordt als knelpunt ervaren. Een duidelijke visie is nodig over de wijze waarop met de data omgegaan kan worden.

Data op wijkniveau kunnen hierbij van belang zijn. In meerdere coalities heeft een verkenning plaatsgevonden van wijken waar kwetsbare groepen wonen of verblijven. Een knelpunt van data op wijkniveau is dat deze herleidbaar kunnen zijn naar individuele personen of gezinnen. Ook data vanuit huisartsen en scholen moeten voldoen aan de AVG-eisen, wat veel tijd kost. Sommige partners hebben meer kennis en ervaring met het aggregeren van data op het juiste abstractieniveau dan anderen.

Ook op technisch gebied zijn er obstakels bij coalities geweest. Bijvoorbeeld door te meten met verschillende eenheden en het missen van een landelijke dataset. De kans om verkeerde dingen te meten kan hierdoor groot zijn.

### **Successen**

Bij coalities waar de analyse van de aard van gezondheidsverschillen goed is gegaan, is er vanaf het begin goed samengewerkt met verschillende partijen om data en kennis bij elkaar te voegen, te delen en hierover in gesprek te gaan. Verschillende perspectieven leiden zo tot een gezamenlijk beeld.

Hierbij helpt het om de partijen opdracht te geven de bij hen bekende data te presenteren, en om gezamenlijk te onderzoeken wat men hieruit kan duiden en concluderen, en welke gegevens nog missen. De verschillende partners benoemen dan vanuit ieders perspectief wat gezondheidsverschillen beïnvloedt. Ze doen dit via een open houding waarbij het eenzijdig varen op eigen gegevens wordt losgelaten. Ook is een adaptieve mindset nodig die ervan uitgaat dat de aangeleverde data niet compleet of vergelijkbaar (hoeven te) zijn, maar dat ze dienen als belangrijke gespreksstarter voor het aanbrengen van focus in de lokale vraagstelling en adaptieve uitvoering. Vervolgens wordt gezamenlijk bekijken welke kengetallen en data er al zijn.

Het is hierbij van belang om niet alles te moeten weten om een eerste stap te zetten. Loslaten en 'gewoon' beginnen heeft gewerkt in de praktijk. Data en kengetallen kunnen later aangevuld worden. Verschillen en overeenkomsten in de data konden in diverse coalities op succesvolle wijze gedeeld en geduid worden in de dialoog die ontstond. Doordat gesprekken hierdoor vanuit persoonlijke kennis en belangen ontstaan, werd het gevoel van eigenaarschap bij de partijen vergroot.

Vanuit een succesvolle analyse is samen met de belangrijke partners bepaald wie de doelgroep is, en zijn focus en urgentie voor de coalitie vastgesteld. Ook is een coalitie gestart met inwonersgesprekken, waarmee die coalitie een duidelijk beeld heeft verkregen over de gezondheidsverschillen.

### **3.4.3 Conclusie**

Op basis van onze analyses kunnen we over dit element stellen dat coalities die in het begin van het traject aandacht hebben besteed aan het in kaart brengen van de aard en omvang van de doelgroep succesvoller zijn geweest in hun proces naar een integrale aanpak. Zij hebben zowel kwalitatieve als kwantitatieve gegevens over gezondheidsverschillen in de regio in kaart gebracht. Voor deze coalities is dit een belangrijke start geweest om aan de slag te gaan, urgentie met elkaar te bepalen en commitment te creëren.

Uit de ervaringen blijkt ook dat de analyse van de beschikbare data moeizaam verloopt. Bijvoorbeeld door de hoeveelheid data, het ontbreken van een duidelijke visie (inzicht in wat er gemeten moet worden), de veelheid aan beschikbare data met verschillende meetmethoden en/of focusgebieden, en het vinden van de juiste aansluiting bij partijen.

## 3.5 Element 5: Behoeften, perspectief en context doelgroep centraal

### 3.5.1 Theoretische beschrijving

Het terugdringen van gezondheidsverschillen slaagt alleen in samenwerking met degenen die te maken hebben met de negatieve gevolgen ervan. Om te weten wat wel en niet werkt zijn gesprekken nodig met ouders en kinderen over hun drijfveren, wensen en behoeften. Ook moet de gekozen aanpak voortdurend afgestemd worden op de doelgroep, en moet de aanpak geëvalueerd worden samen met de doelgroep.

Door de drijfveren, wensen en behoeften van de doelgroep in kaart te brengen, kan de aanpak beter worden aangesloten op de belevingswereld, sociale normen, dagelijkse zorgen en leefsituatie van de doelgroep (Nagelhout et al., 2018). Het betrekken van de doelgroep draagt ook bij aan het creëren van draagvlak bij gezinnen en kinderen, en het leidt tot interventies of maatregelen die beter aansluiten bij de doelgroep (Haker, Hosper en Loenen, 2019).

Er zijn belangrijke randvoorwaarden bekend die van belang zijn bij het betrekken van de doelgroep. Er dienen duidelijke kaders te zijn, voldoende tijd en financiering om met de doelgroep aan de slag te gaan, een passende vergoeding voor de doelgroep en er moet geïnvesteerd worden in het creëren van een veilige omgeving, zodat ouders en kinderen zich op hun gemak voelen om input te leveren. Daarnaast werkt het bevorderend wanneer er wordt samengewerkt met patiënten-, cliënten- of migrantenorganisaties die al een netwerk hebben opgebouwd (O'Mara-Eves et al., 2013; Muijsenbergh et al., 2016; Weger et al., 2018).

### 3.5.2 De praktijk

Het ophalen van behoeften en het betrekken van de doelgroep lijken binnen de aanpak van de coalities moeilijk van de grond te komen. De coalities hebben acties en activiteiten opgezet om in contact te komen met de doelgroep. Zeker in de fase van de plan- en visievorming is er ingezet op het betrekken van de doelgroep. Dit gebeurde door interviews met inwoners en kwartiermakers, de ontwikkeling van persona's, focusgroepen met inwoners en de inzet van ervaringsdeskundigen. Ook zijn er plannen voor klankbordgroepen waarvan de doelgroep deel uitmaakt. Dit hielp bij het helder krijgen van de echte problemen voor de doelgroep of in de wijk, hoe veelomvattend de problemen rondom gezondheidsverschillen zijn in de leefwereld van de doelgroep en hoe die vele beleidsdomeinen raken.

#### Knelpunten

Helaas hebben de coalities veel hinder ondervonden van de coronamaatregelen; hierdoor zijn bijeenkomsten en contactmomenten met de inwoners uitgesteld. Inmiddels denken de coalities ook na over alternatieven binnen de huidige kaders, maar dit vraagt om creativiteit en tijd.

Bij de coalities waarin wel met inwoners contact is geweest, bleek het lastig de juiste doelgroep te bereiken. Niet altijd waren het ouders of jongeren uit de wijk waar de focus op gericht was of zag de doelgroep zichzelf niet als groep waarbij risico's aanwezig waren. Een van de coalities geeft aan dat het vaak gaat om mensen die al veel zorgen hebben, waardoor ze overvraagd worden als ze zich verbinden aan een dergelijk traject. Dit geldt ook voor het betrekken van zwangere vrouwen: hun levensfase en de relatief korte zwangere periode maken deelname niet makkelijk. Vaak schoven bij de interviews of gesprekken telkens dezelfde betrokken, welbespraakte, hoogopgeleide inwoners aan. Het bleek prettig om gebruik te maken van contacten en initiatieven die er al waren, ook via de uitvoeringsorganisaties (cliëntenraden, moederraden) en professionals.

Ook werkt het om de mensen die wel betrokken konden worden, weer andere mensen te laten betrekken (sneeuwbaaleffect). De opbrengsten vanuit de eerdergenoemde activiteiten boden in meerdere gevallen mooie aanknopingspunten en tips, maar lijken niet altijd centraal te staan in de uitvoeringsfase. Wanneer de behoeften in kaart zijn gebracht is het vervolg van de betrokkenheid van de doelgroep niet helder. Wat wordt hun rol in het proces richting integrale aanpak? Welke taken en bevoegdheden hebben zij hierin? Ook het voortdurend afstemmen en evalueren met de doelgroep lijkt niet aan de orde te zijn gekomen binnen de coalities. Op casusniveau is dit bij een aantal coalities wel gebeurd; het zijn dan de professionals die vanaf de start met de (toekomstige) ouders en eventueel de jongere kijkt waar de behoeften liggen, en die de aanpak steeds met hen afstemmen.

Doordat de doelgroep nog onvoldoende wordt betrokken bij de integrale aanpak van de coalities, worden er barrières ervaren in de wijze van communiceren vanuit de coalities richting de doelgroep. Deze sluit onvoldoende aan bij taal, vaardigheden en cultuur van de doelgroep en is niet eenduidig. Ook is er nog onvoldoende zicht op wat doelgroep zelf verstaat onder gezondheid en blijft een groot deel van de doelgroep buiten beeld.

De participatie van de doelgroep op casusoverstijgend niveau is een stuk lastiger gebleken. In geen van de coalities is er sprake van structurele betrokkenheid van de doelgroep, of maakt de doelgroep onderdeel uit van de coalitie. Wel geven de coalities aan dat de meeste leden het belang inzien van dit werkzame element, maar dat het vaak nog verdere uitwerking vraagt. Ook moet het bespreekbaar zijn in de coalities als de meningen hierover verdeeld zijn. Er zijn verschillende redenen waardoor het niet is gelukt om dit waardevolle element te realiseren. De capaciteit die hiervoor nodig was, was niet altijd aanwezig. Gesprekken met de doelgroep kosten tijd en middelen en vragen om specifieke expertise.

### Successen

Bij het betrekken van inwoners hielp het coalities om voorbeelden uit andere gemeenten aangereikt te krijgen. Ook hielp het om coalitiepartners die van nature vraaggericht en met cliënten werken dit onderwerp te laten agenderen.

Ook zijn er coalities die studenten en trainees hebben ingezet, een clientreis in beeld brengen via de methodiek Sensemaking<sup>3</sup> onder begeleiding van een deskundige partij of communicatiebureau, of extra ondersteuning vanuit Pharos en JOGG hebben aangetrokken. Of er is op dit thema een samenwerking aangegaan met een lectoraat van een hogeschool. Zeker op het gebied van communicatie naar de doelgroep (in beeld en in taal) heeft het coalities geholpen externe expertise te betrekken, maar ook het betrekken, spreken en inzetten van ervaringsdeskundigen is hier een mooi voorbeeld van.

Aansluiting bij de taal, vaardigheden en cultuur van de doelgroep en eenduidig communicatie zijn te vergroten door inzet van kennis op laaggeletterdheid (o.a. via Pharos). In een coalitie heeft dit geleid tot het ontwikkelen van een gezamenlijk beeldmerk en verhaal voor de aanpak in de wijk, in plaats van een variëteit aan folders vanuit verschillende coalitiepartijen. Ook worden nieuwe boodschappen getoetst bij een selectie van de doelgroep. Bij de coalitieleden is het besef ontwikkeld dat samen werken en optrekken leidt tot mogelijkheden voor verbeteringen waarvan iedereen profijt heeft. Gedeelde kosten, een gedeelde boodschap en gedeelde kennis leiden tot betere aansluiting bij de doelgroep.

---

<sup>3</sup> Naar het gedachtegoed van Karl E. Weick.

### 3.5.3 Conclusie

We kunnen stellen dat er nog veel winst te behalen valt als het gaat om dit werkzame element. De betrokkenheid van de doelgroep beperkt zich nog tot de visie- en planvormingsfase waarin behoeften zijn opgehaald in losstaande activiteiten. Het is onbekend of deze behoeften ook centraal zijn gesteld en of met de juiste doelgroep is gesproken. Het meer structureel betrekken en laten meebeslissen door de doelgroep is nog niet aan de orde. Coalities zien het belang hiervan in, maar om hiertoe te komen is meer tijd en expertise nodig.

Het belang van samen met de doelgroep optrekken wordt erkend, maar er wordt nog minimaal naar gehandeld. Er lijkt een bepaalde terughoudendheid of handelingsverlegenheid. Ook geven coalities aan dat het eerst nodig is om dingen op orde te hebben voor de doelgroep betrokken kan worden. Maar welk moment is dan het juiste? En is dit echt nodig? Het hoeft niet altijd groot aangepakt te worden; klein starten en van daaruit al doende verder werken kan ook.

Tegelijkertijd zijn er coalities die in hun ogen al veel doen met het betrekken van de doelgroep, maar in feite alleen gebruikmaken van bestaande cliëntenraden. Hierdoor wordt de specifieke doelgroep niet bereikt, aangezien deze geen zitting heeft in deze formele adviesraden. De uitkomsten van de ontwikkelmonitor van het programma hebben dit veel coalities doen beseffen.

Activiteiten met de doelgroep zijn nog erg geïsoleerd en niet optimaal verbonden met de uitvoering van de plannen. De opbrengsten van de gesprekken met de doelgroep kunnen nog sterker terugkomen en meer centraal gezet worden in de uitvoering. Het helpt om duidelijk te maken hoe lang mensen betrokken moeten zijn, in welke rol en hoe er op een goede manier teruggekoppeld wordt naar de betrokkenen.

De coronamaatregelen leidden tot een vertraging van veel plannen. Snelle creatieve alternatieven zijn niet gevonden. Duidelijk is dat coalities meer handvatten nodig hebben om de doelgroep te bereiken. Externe hulp kan hierbij werken.

## 3.6 Element 6: Focus op de doelgroep met de grootste achterstand

### 3.6.1 Theoretische beschrijving

Om de grootste gezondheidswinst te behalen, is het aan te bevelen om te investeren in de doelgroep met de grootste achterstand op het gebied van gezondheid (World Health Organization, 2012); vaak inwoners met een lage sociaal-economische status, migranten en vluchtelingen. Daarvan profiteren andere doelgroepen vaak automatisch mee. Uitgaande van wat alle kinderen minimaal nodig hebben om gezond te kunnen opgroeien, worden professionals geacht de intensiteit en inzet van middelen aan te passen aan de doelgroep en daarbij rekening te houden met kwetsbaarheden, culturele gevoeligheden en gezondheidsvaardigheden (Haker, Hosper en Loenen, 2019).

### 3.6.2 De praktijk

Toepassing van dit element vloeit in de praktijk voort vanuit de uitvoering van het vorige element, waarbij de behoeften, het perspectief en de context van de doelgroep centraal staan. Pas wanneer dit succesvol is gedaan, kan worden overgegaan tot het opzetten van een integrale aanpak die voldoende aansluit op de specifieke behoeften en kenmerken van de doelgroep.

Hoewel dit element vaak een uitgangspunt is voor coalities bij het opstellen van de ambities rondom de aanpak van het gekozen vraagstuk, is er in de praktijk nog weinig ervaring met de uitvoering



hiervan. Coalities geven aan nog niet toegekomen te zijn aan de concretisering van dit element. Of ervaren juist weinig barrières bij dit element vanwege de vanzelfsprekendheid ervan.

### **Keuze voor één wijk**

In de meeste coalities is gekozen voor één of meerdere wijken waarin de 'achterstand' het grootste is. Dit maakt het voor de coalitiepartijen behapbaar en overzichtelijk, waardoor men meer aan actie toekwam. Dit versterkt het werken aan een gezamenlijk doel, inclusief de afspraak dat het geleerde ingezet gaat worden in andere wijken.

Het gaat hierbij om achterstand in gezondheid (op basis van data), maar dit gaat vaak gepaard met wijken waarin ook sprake is van een lage sociaal-economische status. Meerdere JOGG-gemeenten geven aan dat er vanwege deze ervaring goed zicht is op de doelgroep en waar deze zich bevindt. Ook is het gebruik van data genoemd als manier om hier zicht op te krijgen en te kunnen kiezen voor een wijk waar de meeste gezondheidswinst te verwachten valt. Het gaat dan niet alleen om cijfers, maar ook om kwalitatieve data. Er zijn hiervoor wijkanalyses of -inventarisaties uitgevoerd, waarmee de vraagstukken uit de wijk goed kunnen worden opgehaald. Wel zijn de coalities er bewust van dat er ook andere wijken zijn waarin doelgroepen wonen met gezondheidsachterstand. Al met al wordt door deze exercitie de vindplaats van de doelgroep steeds duidelijker voor de coalitieleden, wat de focus van de integrale aanpak ten goede komt.

### **Doelgroep bereiken en activeren**

Om de doelgroep voldoende te bereiken en aan te spreken met de aanpak, vinden de coalities het belangrijk dat er oog is voor cultuursensitiviteit, laaggeletterdheid en gezondheidsvaardigheden. Dit is nog niet overall realiteit. Ook in het beleid van de coalitiepartners wordt hier niet veel aandacht aan gegeven. In verschillende coalities zijn ideeën om trainingen over cultuursensitieve communicatie of taalcurssussen aan te bieden. Een coalitie geeft aan goede samenwerking te hebben met de moskee in de buurt; gezondheid krijgt hier een centrale plek en de juiste doelgroep wordt zo op een passende manier bereikt.

Een andere coalitie doet positieve ervaringen op met de interventie 'Voel je goed!', waarbij alle partijen samenwerken om de doelgroep met de grootste achterstand door te verwijzen en deel te laten nemen aan gezondheidsbevorderende activiteiten.

### **3.6.3 Conclusie**

Het is een opvallende constatering dat coalities weinig aan de toepassing van dit element zijn toegekomen. Is dit werkelijk niet gedaan, of zijn coalities zich hier niet van bewust? Er zijn te weinig geleerde lessen in dit programma opgehaald om hier duidelijke conclusies aan te verbinden. Vervolgonderzoek kan hier betere antwoorden op geven.

Wel constateren we het volgende:

- Bij het focussen op de doelgroep met de grootste achterstand helpt het om data te gebruiken. Hierbij geven niet alleen cijfers zicht op de achterstand, maar ook vraagstukken die in gesprekken met de doelgroep en professionals naar boven komen.
- De focus van de coalities richt zich eerder op wijken dan op doelgroepen. Wel zijn dit wijken waar de meeste inwoners een gezondheidsachterstand hebben. Het vertalen van de aanpak naar andere wijken of plekken waar ook doelgroepen met achterstand zijn is nog lastig. De

aanpak is erg wijkgericht. Er zijn weinig successen behaald in het verbreden van wijkgerichte aanpakken naar de hele stad of regio.

- Om de doelgroep te bereiken en activeren is gezamenlijke inzet van de coalitiepartijen nodig, gericht op cultuursensitiviteit of een juiste doorverwijzing naar passende interventies.

## 3.7 Element 7: Inzet van interventies die passen bij doelgroep

### 3.7.1 Theoretische beschrijving

Interventies gericht op een Kansrijke Start en een Gezond Gewicht zijn middelen om een specifiek doel te bereiken, maar nooit een doel op zich. De adaptief lerende aanpak van de coalities biedt ruimte om zowel gebruik te maken van bewezen en goed onderbouwde interventies als te experimenteren met innovatieve interventies, op voorwaarde dat deze interventies:

- aansluiten bij de context
- gericht zijn op het verkleinen van gezondheidsverschillen
- aansluiten bij nationaal en regionaal beleid
- aansluiten bij bestaande werkwijzen en strategieën
- ingezet worden in een mix van verschillende strategieën op verschillende niveaus en in verschillende situaties.

Omdat bekend is dat algemene aanpakken vooral effect hebben op de hogere SES-doelgroepen dient er extra aandacht te zijn voor de inzet van interventies die passen bij de doelgroep met de grootste gezondheidsachterstand. In deze interventies moet het betrekken van de meest kwetsbare doelgroep een prioriteit krijgen (World Health Organization, 2012). Bij deze interventies moet er rekening worden gehouden met beperkte vaardigheden van de doelgroep. Daarnaast moet er meer 'outreaching' worden gewerkt, zodat leefstijl in samenhang met andere levensdomeinen kan worden opgepakt (Haker, Hosper en Loenen, 2019).

### 3.7.2 De praktijk

Het lijkt binnen de coalities niet altijd duidelijk wanneer er sprake is van een interventie. Er bestaat geen eenduidigheid van de precieze inhoud van de term 'interventie'. Bestaat een interventie uit het totale aanbod van ingekochte zorg, of uit alle acties die door de partijen worden uitgevoerd samen met de doelgroep? Betreft het een ondersteunings- of hulpverleningsaanbod? Bij alle partijen is er vaak sprake van versnipperde informatie over bestaande interventies. Ondersteuners van het programma hebben middels de methodiek van 'Claims, Concerns en Issues' inzichtelijk gemaakt welke interventies de coalities kennen en inzetten, en welke resultaten dit heeft opgeleverd. Het delen van deze kennis en ervaring over de grenzen van organisaties en afdelingen heen helpt om de doelgroep beter te ondersteunen.

Niet altijd is er (bewust of onbewust) gekozen voor landelijk erkende interventies. De coalities spreken eerder van een 'beweging' en een proces van bewustwording. Ook in de interviews wordt niet expliciet gesproken over interventies. Vermoedelijk is er een breed scala aan interventies waarmee de coalities werken of hebben gewerkt. Deelname aan dit traject heeft er vaak wel toe geleid dat de partijen in een coalitie een verkennend overzicht maken van alle aanwezige

interventies binnen een regio of wijk. Dit leidt tot gedeelde inzichten over het nut en de noodzaak van deze interventies, en tevens tot zichtbare dubbelingen en leemtes in het aanbod. Men gaat uit van welk aanbod al aanwezig is en kan van daaruit bekijken wat nog gemist wordt in aansluiting op de doelgroep en het gekozen vraagstuk. Echter, de stap naar een kritische blik op dit verkennende overzicht en het vervolgens aanbrenge van één geheel in het aanbod van interventies is in de praktijk nog niet gezet.

Wel lijken de interventies vaak gekozen te worden op basis van wat past binnen de randvoorwaarden in tijd, geld en commitment. Een aantal coalities geeft aan dat er nog moet worden gemonitord of de ingezette interventies voldoende passen bij de doelgroep, of aangepast moeten worden. Een coalitie geeft aan samen met de doelgroep te kijken naar de ontwikkeling van interventies. Deze gesprekken met de doelgroep, als gezamenlijke activiteit, helpen de coalitiepartijen bij het inzicht in wat wel en niet helpt, bij de aanscherping van de gezamenlijke urgentie en het gevoel van saamhorigheid. Opvallend vinden zij daarbij dat de doelgroep vaak minder drempels en obstakels ziet bij de implementatie of uitvoering dan partijen als zorgverleners.

### 3.7.3 Conclusie

Evenals bij het vorige element kunnen we ook voor dit werkzame element weinig conclusies vanuit de praktijk trekken over de toepassing ervan. Veel verder dan het aanbrenge van overzicht en een beeld van dubbelingen en leemtes in het aanbod zijn de coalities niet gekomen. Ook hier is vervolgonderzoek nodig.

## 3.8 Element 8: Garantie van gezamenlijke randvoorwaarden

### 3.8.1 Theoretische beschrijving

Een integrale domeinoverstijgende aanpak heeft alleen kans van slagen als de betrokken partijen gezamenlijk verantwoordelijk zijn voor een aantal essentiële randvoorwaarden:

- **Monitoring:** bepalen of en hoe de aanpak bijdraagt aan veranderingen in het hele systeem. Monitoring voedt het leren, het agenderen, het vergaren van kennis over werkzame onderdelen, het vieren van succes en het continueren van de aanpak. De gemeente dient er als opdracht- en regelgever voor te zorgen dat alle relevante beleidsterreinen betrokken worden bij de uitvoering, zowel in de zorg en de sociale sector als op het gebied van wonen, woonomgeving en inkomen. Het is belangrijk dat indicatoren worden gemonitord die zicht geven op de voortgang van de aanpak. Een volledige evaluatie en monitoring biedt inzicht in de opbrengsten in relatie tot de doelen, het geeft inzicht in opbrengsten met betrekking tot het proces, in de werkzaamheid van de strategie en in de uitkomsten op gezondheid (Haker, Hosper en Loenen, 2019).
- **Financiering:** het samenvoegen van budgetten uit verschillende gemeentelijke sectoren tot integrale financiering. Dit is noodzakelijk om de gezamenlijke doelen en inspanningen te realiseren. Om een effect te zien in het terugdringen van gezondheidsverschillen is een langdurige aanpak nodig. Dit is alleen mogelijk als er langdurig en voldoende financiering is voor de aanpak (World Health Organization, 2012).

- **Borging:** het betrekken van het management en het opnemen van de aanpak in regulier beleid en reguliere uitvoering om te voorkomen dat de aandacht tijdelijk is. Het uitvoeren van projecten van gezondheidsbevordering is een proces dat lang moet worden volgehouden om succesvol te kunnen zijn (Saan en Haes, 2005). Inbedding van een project in de bestaande structuur kan de continuïteit waarborgen. Om dit te realiseren zijn langetermijnafspraken nodig met alle betrokken partners (RIVM, 2006).
- **Communicatie.** Dit is noodzakelijk om het besef van urgentie voor de aanpak van gezondheidsverschillen te vergroten, zowel bij politici en bestuurders als bij publieke en private organisaties en burgers, en om de coalitie te positioneren als samenwerkingsverband van partijen die ergens voor staan.

### 3.8.2 De praktijk

#### **Monitoring**

Monitoring van de voortgang, of van de aard en omvang van (economische) gezondheidsverschillen, blijkt bij een groot deel van de coalities niet goed op gang gekomen te zijn. De middelen om te monitoren worden onvoldoende benut. Het is voor een aantal coalities zoeken geweest hoe ze op een juiste manier de monitoring konden opzetten. Door een aantal coalities werden tips en handvatten gemist voor het opzetten van goede monitoring, en is er behoefte geweest aan meer ondersteuning hierbij. Met name het koppelen van verschillende gegevens en vraagstukken rondom privacy bleken in de praktijk taaier dan verwacht. Ook hebben coalities monitoringtools vanuit het programma afgewacht.

Monitoring kan helpen om helder te krijgen of de juiste dingen gedaan worden. De coalities geven aan niet puur op meetbare resultaten te willen monitoren, maar ook op merkbare factoren en veranderingen alsmede op verhalen van de doelgroep. Dit maakt het vervolgens mogelijk om proactief te interveniëren op signalen over samenwerking tussen de partijen en mogelijke knelpunten. Vanuit de resultaten die naar voren komen, kunnen partijen met elkaar de leerpunten omarmen zodat het te bereiken resultaat beter wordt.

Een aantal aspecten komt naar voren die helpen om de monitoring goed neer te zetten. Coalities die effecten meten aan de hand van ervaren effecten bij professionals en de doelgroep, alsmede op effecten binnen complexe casuïstiek, boeken duidelijke vooruitgang. Een goede samenwerking met de GGD is belangrijk voor de monitoring van de aard en omvang van gezondheidsverschillen. Ook een goede samenwerking en relatie met alle coalitiepartijen draagt bij aan de bereidheid tot kennisdeling.

#### **Financiering**

Financiën zijn een belangrijke randvoorwaarde om aan de slag te gaan. De tekorten in het sociaal domein bij gemeenten zijn een belemmering, waardoor er weinig financiële ruimte is voor leer- en verandertrajecten. Om voldoende financiering te krijgen is betrokkenheid van het management van essentieel belang; deze betrokkenheid werd echter juist vaak gemist binnen de coalities. Bij meerdere coalities was dan ook onvoldoende financiering en daarmee ook onvoldoende capaciteit beschikbaar.

Een integrale financiering was niet altijd makkelijk te realiseren. Het blijkt dat de bestaande systeemwereld waarin de coalities opereren weinig financiële ruimte geeft om het anders te doen op de werkvloer.

Coalitiepartijen hielden vast aan hun bestaande budgetstructuur en er werd geen ruimte gevonden voor het budgetteren van een leer- en verandertraject dat afwijkt van reguliere werkzaamheden. Het omarmen van een adaptieve aanpak is hierin niet altijd vanzelfsprekend. Voldoende bestuurlijk draagvlak helpt ook om financiën los te krijgen en een project goed te borgen in een organisatie. Een knelpunt hierbij kan zijn dat men graag concreet wil zien wat de inzet op preventie oplevert. Deze vraag is niet makkelijk te beantwoorden, omdat het lastig kan zijn het effect in beeld te brengen. Daarmee is het ook lastig om geld vrij te maken. Veel coalities hebben aan de hand van hun gezamenlijke vraagstuk, ambities en doelen wel een overzicht gemaakt van wie welke financiering en uren kan bijdragen. Hierbij hielp de TripleWin-methodiek. Eén coalitie heeft een budget waarover die autonoom mag beslissen. Echter, dit budget komt volledig vanuit de gemeente, waardoor het de vraag is in hoeverre er sprake is van gedeeld eigenaarschap en welk effect dit heeft op de integrale samenwerking.

### **Borging**

Veel coalities worstelen met continuïteit en voldoende capaciteit; er zijn veel wisselingen binnen de coalities en gemeenten. Het kost tijd om het te borgen in reguliere werkzaamheden, terwijl stevige inzet op een integraal project nodig is om gezondheidsverschillen terug te dringen. Bestuurlijk draagvlak draagt bij aan een goede borging. Als bijvoorbeeld een wethouder de aanpak hoog op de agenda heeft staan, wordt intern sneller ruimte en tijd vrijgemaakt. De voortgang van coalities is sterk afhankelijk van bepaalde personen. In veel coalities hebben wisselingen van personen gespeeld, wat een goede continuïteit lastig maakt. De juiste mensen met overzicht over domeinen heen zijn nodig om een project te borgen. Hierom is het van belang om bij het aantrekken van een trekker te kijken of diegene de aanpak kan borgen in reguliere werkzaamheden van de coalitiepartijen. Om een aanpak goed beleidsmatig in te bedden helpt het als het management is betrokken, er voor een projectleider tijd wordt vrijgemaakt, en als dit bij iemand intern in de gemeente wordt belegd. Ook blijkt dat de kans voor een goede borging groter is als de coalitie het proces goed samen oppakt.

Andere voorbeelden van borging uit het traject:

- Een coalitie slaagde erin om een ministructuur op te zetten die behouden blijft als iemand uitvalt of weggaat. De structuur draait niet om één trekker, maar er is vanuit drie organisaties een team van vier personen opgezet die zich gezamenlijk verantwoordelijk voelen voor het behalen van resultaten.
- Duaal leiderschap of duo-trekkers helpen ook, zo blijkt uit de praktijkverhalen, met trekkers uit verschillende partijen of op verschillende niveaus. Een voorbeeld is een projectleider in het ziekenhuis en een projectleider in de gemeente, of een op ambtelijk niveau en een op strategisch niveau.

### **Communicatie**

Een aantal coalities is aan de slag gegaan met het vergroten van de bekendheid van het project. Door meer zichtbaarheid en bekendheid werd het voor sommige partners aantrekkelijker om zich aan te sluiten bij het project. Een eigen slogan, logo, afkorting en een verhaal naar buiten leverden aandacht in de media op, en daarmee ook bestuurlijk draagvlak.

Gezamenlijk communiceren wordt bevorderd door het besef dat er een samenwerkingsverband is en dat men dat naar buiten wil uitdragen. Eén coalitie heeft hiervoor een website gecreëerd met alle belangrijke documentatie en updates.

### 3.8.3 Conclusie

Op basis van analyses wordt duidelijk dat, hoewel dit element essentieel is om de aanpak in reguliere werkzaamheden te borgen, de deelnemende coalities dit nog te weinig hebben ingezet om er vernieuwende inzichten over op te doen.

Het volgende is wel duidelijk:

- De randvoorwaarden monitoring, borging en financiën zijn belangrijk. Het valt op dat dit bij veel coalities niet goed van de grond is gekomen, en dat ze worstelen met bijvoorbeeld het rondkrijgen van financiën, het goed borgen in reguliere werkzaamheden en het opstarten van monitoring.
- Financiering en daarmee gepaarde capaciteit is vaak een knelpunt; mede door de grote tekorten in het sociaal domein is het lastig om dit rond te krijgen.
- Het bleek lastig om monitoring op te zetten; ondersteuning hierbij werd gemist.
- Borging is teveel afhankelijk van de mensen die aan tafel zitten, en of het daarmee lukt om op het netvlies van de wethouder of gemeenteraad te komen, om zo het project te borgen in een bestaande organisatie- of projectstructuur.

## 4 Algemene analyse

Om een wicked problem als gezondheidsverschillen aan te pakken, is een integrale en adaptieve aanpak nodig. Om dat te bewerkstelligen is het nodig om op verschillende werkzame elementen in te zetten. Deze zijn in het voorgaande hoofdstuk eerst vanuit de theorie beschreven. Vervolgens is gekeken hoe deze werkzame elementen in de praktijk hun weerklank vonden binnen de 14 coalities. In dit hoofdstuk beschrijven we of en hoe deze waardevolle elementen binnen de coalities hebben bijgedragen aan het vormgeven en ten uitvoer brengen van een integrale en adaptieve aanpak. Hierbij moet worden vermeld dat deze analyse, en deze gehele rapportage, geen wetenschappelijke status heeft. Vanuit de geleerde lessen van dit programma en deze analyse blijven nog veel vragen openstaan, en behoeven veel redeneringen nadere onderbouwing. Deze publicatie moet worden gezien als een theoretische grondslag en een weergave van de weerbarstige praktijk rondom het terugdringen van gezondheidsverschillen en de aanpak van een wicked problem. Dit biedt aanknopingspunten voor bestuurders, beleidsmakers en professionals, maar laat ook de noodzaak zien van meer wetenschappelijk en praktijkonderzoek naar deze thema's.

### 4.1 Integrale aanpak

Om gezondheidsverschillen terug te dringen is een integrale aanpak nodig die (1) vertrekt vanuit de leefwereld van inwoners, (2) domeinoverstijgend is en (3) samenhang heeft op bestuurlijk, ambtelijk en uitvoeringsniveau.

#### 4.1.1 Leefwereld van inwoners

Het perspectief van de doelgroep is onvoldoende naar voren gekomen; dit is een moeilijkheid die breder speelt dan alleen binnen dit programma. Vaak worden er wel kinderen, (aanstaande) moeders of gezinnen betrokken aan het begin van het traject, waarover coalities vaak tevreden zijn. Echter, de doelgroep is nog niet structureel ingebed in het lerende proces of heeft te weinig invloed op de daadwerkelijke ondersteuning vanuit de integrale aanpak.

Het perspectief van doelgroep centraal stellen werkt vaak wel goed op het niveau van de uitvoering als er wordt gewerkt met concrete casussen. De gezamenlijke aanpak wordt concreet op dit niveau. Op bestuurlijk niveau is het moeilijker om de doelgroep centraal te stellen en hier eenduidig over te besluiten, vanwege concurrerende belangen en financiële gevolgen.

#### 4.1.2 Domeinoverstijgend

Het is geen verrassing dat het een complexe opgave is om een domeinoverstijgende coalitie te vormen die vanuit een integrale blik adaptief samenwerkt aan het terugdringen van gezondheidsverschillen. Het traject om gezondheidsverschillen terug te dringen laat zien dat er veel uitdagingen zijn te overwinnen om dat te bereiken. In dat licht is het dan ook een mooie opbrengst dat partners uit verschillende domeinen elkaar hebben gevonden, met elkaar aan tafel zitten en eerste stappen zetten om elkaar beter te leren kennen en gezamenlijke ambities te formuleren. Bij veel coalities heeft dit programma belangrijke doorbraken geboekt: het probleem van gezondheidsverschillen staat (hoger) op de lokale agenda, er is aandacht voor een nieuwe aanpak van complexe problemen, en het is gelukt om verschillende partijen uit verschillende domeinen

(sociaal, medisch, ruimtelijk) aan tafel te krijgen en met elkaar in gesprek te laten gaan. Tegelijkertijd blijkt in de praktijk dat het moeilijk is voor deze partijen om individuele belangen los te laten en elkaars taal en werelden te begrijpen. Op het niveau van het kind en de ouders is er echter maar één taal en één leefwereld.

Veel coalities hebben in dit programma het sociaal domein en het medisch domein bij elkaar gebracht. Voor veel coalities was dit de eerste keer dat beide domeinen gezamenlijk in gesprek gingen. Hierbij liepen zij aan tegen de (leerzame) verschillen tussen beide entiteiten, met ieder een eigen geschiedenis, clientbeeld, financiering, etc. Samenwerking tussen deze domeinen blijkt niet makkelijk te zijn en het is de vraag of een coalitie dit op lokaal niveau voor elkaar kan krijgen.

Het programma rondom gezondheidsverschillen heeft de coalities en de betrokken kennisinstututen in staat gesteld om te oefenen met integraal en adaptief werken. Veel coalities hebben eerste stappen gezet, maar er zijn nog veel meer stappen te zetten. Bij enkele coalities is voldoende benodigde kennis en ervaring beschikbaar om vanuit de lens van systemisch veranderen en integraal en adaptief samenwerken hun lokale processen verder te brengen. Hoe gaan de coalities na afloop van dit programma zelf verder met deze adaptieve mindset en ideeën over integraal werken? Dit sluit aan op de borging van de lessen uit het programma bij zowel de coalities als de kennisinstututen en opdrachtgevers.

Centrale gedachte van dit programma is dat voor een effectieve aanpak van gezondheidsverschillen een systeemverandering nodig is. Deze gedachte is slechts door enkele voorlopers binnen de coalities in haar volle totaliteit overgenomen. Coalities zijn ook zoekende waar te beginnen en hoe deze systeemverandering aan te jagen. Een goed voorbeeld zijn de G4-gemeenten en zorgverzekeraars die buiten het programma een landelijk overleg hierover zijn gestart. Lokaal kan deze centrale gedachte goed werken bij het op poten zetten van een intensieve samenwerking en financiering. De vraag blijft hoe die vervolgens gemeente- of regiobreed doorgevoerd moeten worden. Voorbeelden hiervan zijn wij in het programma niet tegengekomen.

Gemeenten hebben het meeste zicht op het hele speelveld in hun lokale omgeving. Zij zijn de aangewezen partij om het doel van het terugdringen van gezondheidsverschillen verder te brengen en de regierol hierop op zich te nemen. Hiervoor is er een andere manier van denken nodig – in termen van wicked problems en integrale aanpakken. In dit programma zijn hier eerste stappen in gezet, en enkele voorlopers doorvoelen deze manier van denken steeds beter. Veel coalities moeten hiervoor echter nog veel stappen zetten. Voor veel coalities is het aanjagen van en het boeken van concrete resultaten in een systeemverandering binnen deze programmaperiode een brug te ver. Ze zetten kleinere stappen door prioriteiten te leggen bij enkele onderwerpen, persoonlijke contacten en organisaties waar lokaal de benodigde energie aanwezig is. Van duidelijke (eerste) resultaten in systeemverandering is dan nog geen sprake.

De praktijk laat zien dat verschillende belangen van betrokken partijen niet onoverkomelijk zijn, zolang partijen er maar transparant over zijn. Wel werken perverse prikkels rondom doorverwijzing en financiering een integrale aanpak in de praktijk tegen. Dit komt het duidelijkst naar voren bij de concurrerende belangen en afhankelijkheden van coalitiepartijen binnen de Kansrijke Start-coalities. Op sommige vlakken zijn eerste stappen gezet (zoals tijdelijke financiering van zorgprofessionals via GIDS-gelden), maar tot vernieuwende en duurzame oplossingen heeft dit nog niet geleid.



Kortom, we zien nog geen *Health in All Policies* (HiAP) terug bij de coalities. Wel is te zien dat coalities urgentiebesef aan het kweken zijn en (eerste) stappen zetten, bijvoorbeeld door af te spreken dat gezondheid een vereist thema wordt in alle college- en raadsvoorstellen en beleidsplannen van een gemeente. Maar van HiAP zoals verondersteld in de literatuur (zoals beschreven in het theoretisch kader) is in de praktijk nog geen sprake.

#### 4.1.3 Bestuurlijk, ambtelijk en uitvoeringsniveau

Ook lukt het de coalities niet om verandering te bewerkstelligen op zowel bestuurlijk en ambtelijk als uitvoeringsniveau. Met name in de uitvoering of op wijkniveau wordt integraal en adaptief samengewerkt. Op beleidsniveau zijn eerste zichtbare veranderingen waarneembaar bij enkele voorlopers, waarbij ambities zijn gevormd of financiering wordt gezocht over domeinen heen. Op bestuurlijk niveau zijn geen veranderingen waar te nemen.

Een voorbeeld zijn coalities die elkaar sterk hebben gevonden op wijkniveau, maar in mindere mate op bestuursniveau. Dit wordt nu niet als onoverkomelijk ervaren, aangezien de energie bij uitvoerende partners duidelijk aanwezig is en men vanuit daar belangrijke stappen kan zetten. Vastgesteld is wel dat het gebrek aan draagvlak en betrokkenheid op bestuursniveau op een later moment een probleem kan worden voor deze coalities.

## 4.2 Adaptief

Een adaptieve manier van samenwerken is nodig om een complex vraagstuk als gezondheidsverschillen aan te pakken. Dat betekent dat verschillende oplossingsrichtingen worden geprobeerd, experimenteren en leren centraal staan en succesvolle strategieën worden versterkt. Het samen bouwen aan een integrale aanpak, via leren en veranderen, kost tijd. Dit blijkt in de praktijk een traag proces waarbij kleine stapjes worden gezet. De mindset waarop aan het begin van het programma nadruk is gelegd voor deelname (systeemverandering, breed en integraal werken en al reflecterende en lerende adaptief samenwerken) stelt de coalities duidelijk in staat om hun huidige praktijk goed te herijken.

De coalities reflecteren met deze mindset doelbewust op hun huidige manieren van samenwerken, door een stap terug te zetten en op een ander niveau en met een andere blik naar het lokale veld te kijken. Dit geeft hun een nieuw overzicht van partijen en interventies, waardoor de aanwezigheid van dubbelingen en leemtes in de uitvoering en mogelijke nieuwe samenwerkingspartners beter zichtbaar worden.

## 4.3 Algemene waarnemingen

Voor veel startende coalities – coalities zonder een bestaand netwerk dat al aan de slag was met het thema gezondheidsverschillen – heeft het programma hen goed op weg geholpen. Zij zijn geholpen bij het vormen van een coalitie, het formuleren van een gezamenlijke ambitie en doelen en het inrichten van een uitvoeringssystematiek. Sommige startende coalitie zijn blijven hangen bij de eerste stap: het vormen van een coalitie en een gezamenlijke ambitie. Deze coalities zijn ‘rondjes blijven lopen’ en wisten hier niet uit te breken door een gebrek aan daadkracht en leiderschap. Vanuit het programma is geprobeerd om doorbraken hierin te bewerkstelligen, met wisselende resultaten. Vanwege de diverse startposities en/of ondersteuningsbehoeften van de coalities is dan ook geen eenduidig analyse te maken over het effect van dit programma op de deelnemende coalities.

De mate waarin coalities hebben ingezet op de waardevolle elementen verschilt. Dit ervaren de coalities niet als negatief, terwijl vanuit de literatuur bekend is dat een aanpak alleen effectief is als aan alle elementen aandacht wordt besteed. Het zogeheten 'cherry-picking' ('dit element doen we wel en dat niet') vanwege budget of expertisetekort werkt niet (Koperen et al., 2018). Echter, de coalities zoeken naar wat qua thema's en taken past binnen de mogelijkheden in hun lokale situatie en binnen de fase van het proces van systeemverandering.

De waardevolle elementen hebben in hun totaliteit niet geholpen als instrument voor de coalities om systeemverandering in gang te zetten. Vaak werkten de hoeveelheid en complexiteit van de aangedragen kennis juist contraproductief voor het in gang zetten van het adaptieve proces naar een integrale aanpak. De hoeveelheid onderwerpen en het systemisch en veranderkundige denken werkten overweldigend en sloten vanwege hun abstracte karakter onvoldoende aan op de praktijk. Wel hebben de waardevolle elementen de coalities geholpen als denkraam van waaruit op een andere manier en met andere partners nagedacht kon worden over de aanpak van gezondheidsverschillen. Het gaf hen overzicht over alle elementen die uitgewerkt moeten worden om daadwerkelijke verandering te bewerkstelligen.

#### 4.4 Aanbevelingen

Op basis van de onderbouwende theorie en de geleerde lessen uit de praktijk van dit programma kan geconcludeerd worden dat de meest effectieve manier om integraal gezondheidsbeleid te stimuleren is om actoren van gemeenten en partners:

1. op strategisch niveau (bijvoorbeeld wethouders en gemeentesecretarissen) voor te lichten, ze te overtuigen en te belonen om te investeren in integraal gezondheidsbeleid;
2. op tactisch niveau (bijvoorbeeld managers en afdelingshoofden) voor te lichten, ze te trainen en voorbeelden te geven over hoe ze de ontwikkeling van integraal gezondheidsbeleid kunnen stimuleren en faciliteren;
3. op operationeel niveau (bijvoorbeeld ambtenaren publieke gezondheid of ruimtelijke ordening) te trainen, het voor hen haalbaar (kansrijk) te maken om integraal beleid te formuleren, en hun omgeving (bijvoorbeeld de organisatiestructuur) te herstructureren.

Gepleit kan worden om voor het onderzoeken van integraal gezondheidsbeleid vooral te investeren in geïntegreerde, 'holistische' systeemperspectieven. Wetenschappelijke invalshoeken die van elkaar verschillen kunnen elkaar aanvullen, in plaats van met elkaar concurreren. Het is te verwachten dat door integratie van politieke, beleids- en gedragswetenschappen nieuwe inzichten ontstaan die de ontwikkeling van integraal gezondheidsbeleid een stap verder brengen. (Hendriks, 2016).

#### 4.5 Discussie

Vanuit de geleerde lessen van dit programma zijn de volgende discussiepunten opgesteld:

- De dualiteit van een brede, allesomvattende integrale aanpak versus behapbare en concrete doelstellingen komt vaak naar voren binnen dit programma. Er is een keuze gemaakt om coalities te vormen rondom twee thema's: Kansrijke Start en Gezond Gewicht. Werkt dit de integraliteit juist niet tegen aangezien hiermee mogelijk niet de gehele leefwereld van het kind en gezin wordt beschouwd? Dit verdient nadere reflectie.
- In dit programma komt naar voren dat de waan van de dag en urgente politieke of financiële kwesties dominantier blijven dan de duurzame verandering op gezondheidsverschillen die

beoogd is. De coronacrisis maakte dit duidelijk, doordat veel coalitieleden hier tijd voor vrij moesten maken en daardoor geen ruimte meer hadden voor het leer- en verandertraject. Dit valt op omdat gezondheidsverschillen van essentieel belang zijn om ook in de toekomst het hoofd te kunnen bieden aan de gevolgen van gezondheids crisissen zoals een pandemie. Wellicht maken de complexiteit en het abstractieniveau van dit wicked problem het moeilijk om dit onderwerp continu hoog op de agenda te houden.

- Te bediscussiëren valt of er teveel verwacht wordt van gemeenten en hun partners in het aanpakken van een wicked problem zoals gezondheidsverschillen. Veel problematiek speelt (boven)regionaal, alsmede bij belangrijke partners in het medisch domein. Wethouders hebben vaak niet de kennis, het gewicht en/of de bestuurskracht om alle partners mee te krijgen. Lokale aanpakken zijn ook kwetsbaar vanwege het gebrek aan inzet van medewerkers vanuit gemeenten en partners, personele wisselingen en de relatief geringe financiële mogelijkheden van de partijen in een lokale coalitie.
- Daarnaast bestaat de vraag of gemeenten het thema 'gezondheidsverschillen' wel als dusdanig hoge prioriteit zien om hiervoor de benodigde grote capaciteit vrij te maken. Dit zien we ook terug in het gebrek aan bestuurlijke en managementbetrokkenheid, het gebrek aan mandaat of doorzettingsmacht, de inzet van (te) onervaren projectleiders, en het gebrek aan continuïteit en capaciteit van coalitieleden. We zien deze capaciteit eerder ingezet worden op onderwerpen waarover veel financiële of politieke spanning bestaat (zoals de tekorten voor de jeugdzorg) of waarbij de actualiteit een rol speelt (de coronacrisis).
- Het beleid van de Rijksoverheid blijft in deze analyse buiten beeld, behalve bij de invloed van het landelijke programma Kansrijke Start op de coalities. Wel valt op dat het organiseren van een integrale aanpak met alle verschillende perspectieven en manieren van organiseren en financieren ingewikkeld blijkt in de praktijk. Voor een bredere analyse moet wellicht ook gekeken worden naar het al dan niet integraal werken van de Rijksoverheid. Die heeft met alle verschillende beleidsterreinen, actieprogramma's en landelijke nota's mogelijk deze complexe verschillen tussen de beleidsdomeinen mede gecreëerd. Het is daarmee de vraag of gemeenten en regionale partners überhaupt in staat zijn die verschillen wezenlijk te slechten.
- Discussiepunt kan ook zijn of het Rijk en de landelijke kennisinstututen niet alleen aanjager van dit soort programma's moeten zijn, maar ook partner in de uitvoering ervan. Wat kunnen we daarin landelijk betekenen? Voor het realiseren van een integrale en adaptieve aanpak moeten landelijke partijen zelf ook dingen anders doen. Hoe kunnen we gemeenten en partners daarbij breed ondersteunen?
- In lijn met de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) hebben diverse coalities aangegeven hun preventiebeleid een nieuwe impuls te willen geven door niet langer de gezondheidsverschillen centraal te stellen, maar het gezondheidspotentieel van hun inwoners (Broeders et al., 2018). Hoe kan zoveel mogelijk gezondheidswinst worden behaald, en hoe kan gezondheidsverlies zoveel mogelijk worden voorkomen? Deze benadering kan tot nieuwe interventies leiden. Vervolgonderzoek kan zich richten op de effecten hiervan.

## 5 Bronnenlijst

- Agyemang, C., Goosen, S. et al. (2012) 'Relationship between post-traumatic stress disorder and diabetes among 105,180 asylum seekers in the Netherlands.' *Eur J Public Health* 2012;22(5):658-662.
- Bestuur NPHF. Nationaal Platform Gezondheid: NPHF; 2004.
- Boutellier, H. (2011). 'De improvisatiemaatschappij.' Boom, Den Haag/Amsterdam.
- Broeders, D., Das, D., Jennissen, R., Tiemeijer, W. en de Visser, M. (2018). 'Van verschil naar potentieel: Een realistisch perspectief op de sociaaleconomische gezondheidsverschillen.' WRR-Policy Brief 7.
- Dahlgren, G., Whitehead, M. (1991) 'Policies and strategies to promote social equity in health.' Stockholm: Institute for Future Studies.
- Delden van, P. (2014) 'Wicked problems: Venijnige vraagstukken als vuurproef voor de publieke dienstverlening.' Utrecht, maart 2014.
- Dolphin, T. en Nash, D. et al. (2012). 'Complex new world. Translating new economic thinking into public policy.' Institute for Public Policy Research: Londen.
- Dückers, M., Wagner, C. (2005) 'Inventarisatie van de mate waarin de opzet van het programma Sneller Beter pijler 3 voldoet aan eisen ontleend aan literatuur.' Utrecht: NIVEL, 2005.
- Gunsteren, H. van (2006). 'Vertrouwen in de democratie, over de principes van zelforganisatie.' Uitgeverij Van Gennep, Amsterdam.
- Haker, F., Hosper, K., Loenen van, T. (2019) 'Gezondheidsverschillen duurzaam aanpakken. De negen principes voor een succesvolle strategie.' Pharos Expertisecentrum gezondheidsverschillen, Utrecht.
- Heifetz, R. A., Laurie, D. L. (2001). 'The work of leadership.' *Harvard Business Review*, 79 (11), 132-141.
- Hekkink, C.F. et al. (2007) 'Onderzoek naar indicator-ontwikkeling voor gezondheidsbevordering.' eindverslag Pilot Referentiekader Gezondheidsbevordering 2007, NIGZ: Woerden.
- Hilderink, H.B.M en Verschuuren, M. (2018) 'Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018: Eengezond vooruitzicht'. Synthese, Bilthoven: RIVM.
- Hunter, D. (2009). 'Leading for health and wellbeing: the need for a new paradigm'. *Journal of Public Health*, 31(2), 202-204.
- Jansen, M. (2017) 'Sociaal-economische gezondheidsverschillen: een venijnig probleem', *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen* 95: 142-143.
- Kickbusch, I. en Buckett, K. (2010). 'Health in all policies: The evolution of the concept of horizontal health governance.' *Implementing health in all policies: Adelaide 2010* (pp. 11-24). Adelaide: Department of Health, Government of South Australia.
- Kickbusch, I., en Gleicher, D. (2011). 'Governance for health in the 21st century: a study conducted for the WHO Regional Office for Europe'. Copenhagen: WHO Europe.
- Kickbusch, I., McCann, W., & Sherbon, T. (2008). 'Editorial. Adelaide revisited: from healthy public policy to Health in All Policies'. *Health Promotion International*, 23(1), 1-4.
- Klijn, E.H. (2008). 'Complexity theory and public administration: what's new?' *Public Management Review* 10 (3): 299-317.

- Koperen van M. et al (2018). 'Amsterdamse Aanpak Gezond Gewicht: kansrijk?', Nederlands Jeugdinstuut, Vrije Universiteit en Cuprifère Consult.
- Lucht van der, F. en Polder, J.J. (2010) 'Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010: Van gezond naar beter'. Kernrapport, Bilthoven: RIVM.
- Mackenbach, J. (2012) 'The persistence of health inequalities in modern welfare states: the explanation of a paradox', *Social Science & Medicine* 75: 761-769.
- Mackenbach, J. et al. (2016) 'Changes in mortality inequalities over two decades: register based studies of European countries', *The British Medical Journal* 353: i1732.
- Mannheimer, L., Gulis, G., & Östlin, P. (2007). 'Introducing health impact assessment: an analysis of political and administrative intersectoral working methods.' *European Journal of Public Health*, 17(5), 526-531.
- McEwen, B. (1998) 'Protective and damaging effects of stress mediators.' *New England Journal of Medicine*. 1998;338(3):171-9.
- McQueen, D., Wismar, M., Lin, V., & Jones, C. en Davies, M. (2012). 'Introduction: Health in All Policies, the social determinants of health and governance.' *Intersectoral governance for Health in All Policies* (pp. 3-21). Copenhagen: World Health Organization.
- Michie, S., Van Stralen, M., & West, R. (2011). 'The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions.' *Implementation Science*, 6, 1-12.
- Ministerie van Economische Zaken (2017) 'Sturen in een verweven dynamiek.' *Perspectieven op complexiteit en oriëntaties voor beleid*, pagina 7, Den Haag, 2017.
- Muijsenbergh van den, M., Teunissen, E. et al. (2016) 'Giving voice to the voiceless: how to involve vulnerable migrants in healthcare research.' *The British journal of general practice*. 2016;66(647),284-5.
- Nagelhout, G.E., Verhagen, D. et al. (2018) 'Belangrijke randvoorwaarden bij de ontwikkeling van leefstijlinterventies voor mensen met een lage sociaaleconomische status. Een Delphi-onderzoek.' *Tijdschrift Gezondheidswet*. 2018;96: 37.
- O'Mara-Eves, A., Brunton, G. et al. (2013) 'Community engagement to reduce inequalities in health: a systematic review, meta-analysis and economic analysis.' Southampton (UK): NIHR Journals Library. 2013.
- Peters, D. T. J. M. (2016). 'Policy networks across portfolio boundaries: An analysis of integrated public health policy in Dutch municipalities.' *Faculty of Medicine, AMC-UvA*.
- Pykkönen, A.J., Räikkönen, K. et al. (2010) 'Stressful life events and the metabolic syndrome.' *Diabetes Care*. 2010; 1;33(2):378-384.
- Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (2020). 'Gezondheids verschillen voorbij'. Geraadpleegd op 13 januari 2021, van <https://adviezen.raadrvs.nl/gezondheidsverschillen-voorbij/>.
- Ravensbergen, J., Zandvliet, J. (2006) 'Dat verandert de zaak! Geleerde implementatielessen van ZonMw.' Assen: Koninklijke Van Gorcum; 2006.
- Rittel, H., Weber, M., (1973) 'Dilemmas in a General Theory of Planning.' *Policy Sciences*, Vol. 4, pp. 155-69.
- RIVM (2006) 'Preventie in soorten.' *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Gezondheid, preventie en zorg in Nederland*, 23 juni 2006. Bilthoven.

- Rudolph, L., Caplan, J., Ben-Moshe, K., & Dillon, L. (2013). 'Health in All Policies: A Guide for State and Local Governments'. Washington, DC and Oakland, CA: American Public Health Association and Public Health Institute.
- Saan, H., de Haes, W. (2005) 'Gezond effect bevorderen.' Woerden: NIGZ.
- Teisman, G., van Buuren, A., en Gerrits, L. et al. (2009). 'Managing complex governance systems.' Dynamics, self-organization and coevolution in public investments. Routledge, London.
- Termeer, C.J.A.M, Dewulf, A., Breeman, G. en Stiller, S.J. (2015). 'Governance capabilities for dealing wisely with wicked problems.' Administration & Society 47 (6): 680-710.
- Yperen, T van; Hageraats, R. (2018). Leiding geven aan transformatie. Nederlands Jeugdinstituut: Utrecht.
- Wartna, J. et al. (2012) 'Er is geen enkel werkzaam principe dat altijd werkt. Een eerste verkenning naar het begrip 'werkzame principes'' Leerstoelgroep Gezondheid en Maatschappij, Departement Maatschappijwetenschappen, Wageningen University: Wageningen.
- Weger de, E., Vooren van, N. et al. (2018) 'Achieving successful community engagement: a rapid realist review.' BMC health services research. 2018:18(1):285.
- Westley, F., Zimmerman, B. en Patton, M.Q. (2006). 'Getting to Maybe, how the world is changed.' Vintage, Canada.
- World Health Organization (2012) 'Population-based approaches to childhood obesity prevention.' 2012, WHO Document Production Services: Geneva, Switzerland.
- WRR & RIVM (2018) CBS Statline via Volksgezondheidszorg.info.

Het Nederlands Jeugdinstituut is een onafhankelijk en betrokken kenniscentrum dat actuele kennis over jeugd, vakmanschap en de organisatie van het jeugdveld verzamelt, verrijkt, duidt en deelt.

© 2021 Nederlands Jeugdinstituut, JOGG, Pharos en Deloitte

Alle informatie uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt worden. Graag de bron vermelden.

**Meer informatie [www.nji.nl](http://www.nji.nl).**

Daar vindt u ook de contactgegevens van medewerkers waarbij u met uw vragen terecht kunt.

**Auteur: Nederlands Jeugdinstituut**

**Redactie: Mark Snijder**