

Preventie van welvaartsziekten

Het perspectief van gemeente en gezondheidsdienst

mevrouw drs. M.E.M. Huijben

Achtergrondstudie uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg bij het advies Preventie van welvaartsziekten

Den Haag, 2012

Inhoud

Samenvatting	5
1 Inleiding	12
1.1 Vraagstelling	12
1.2 Begripsomschrijving	15
1.3 Informatiebronnen en leeswijzer	18
2 De gemeente en de regio	7
2.1 De gemeente en haar preventietaken	7
2.2 Samenwerking in de regio	11
2.3 Conclusies	20
3 Doelgerichtheid	24
3.1 Het formele beleidskader	24
3.2 Urgentie	32
3.3 Conclusies	38
4 Kennis, kunde, middelen	42
4.1 Ondersteuningsinfrastructuur	42
4.2 Kennis	44
4.3 Kunde	48
4.4 Bevordering van expertise	54
4.5 Middelen	59
4.6 Conclusies	64
5 Taakverdeling en coördinatie	67
5.1 Het lokale preventiewerk	67
5.2 Coördinatie	76
5.3 Gemeente en verzekeraar	82
5.4 Conclusies	85
6 Conclusies	88
6.1 Inleiding	88
6.2 De beleidspraktijk van de gemeente	89
6.3 De rol van de GGD	90
6.4 Het functioneren van de organisatie	93
Bijlagen	
1 Werkbezoeken en expertmeeting	105
2 Lijst van afkortingen	110
3 Literatuurlijst	113

Samenvatting

Probleemstelling

Er is nog (te) weinig aandacht voor de preventie van welvaartsziekten. Dat geldt zeker ook op het lokale niveau; de plek waar alle inspanningen samenkomen. Het gevolg is dat mensen steeds vaker en ook eerder in hun leven worden geconfronteerd met vermijdbare ziekten en beperkingen. Dit heeft belangrijke consequenties voor mensen zelf én voor de maatschappij als geheel. Het leidt namelijk tot minder maatschappelijke participatie en verlies van arbeidsproductiviteit, tot meer hulpvragen en hogere overheidsuitgaven voor onder meer zorg en uitkeringen.

Waarom geen prioriteit?

Inzicht in het ontstaan van welvaartsziekten is van recente datum. Onduidelijk was lange tijd welke determinanten daarbij een rol spelen en welke instrumenten kunnen worden ingezet. De aanpak blijkt complex en vergt de betrokkenheid van vele actoren uit diverse sectoren en op verschillende niveaus. Veel actoren voelen zich echter nog onvoldoende verantwoordelijk; het probleemeigenaarschap en de regie op de betrokken deel-terreinen zijn niet duidelijk belegd. De investeringen zijn zowel absoluut als verhoudingsgewijs laag en onduidelijk is vaak tot welke resultaten zij leiden.

Vraagstelling

Deze studie gaat in op de rol van de gemeente en de Gemeentelijke gezondheidsdienst (GGD) bij de preventie van welvaartsziekten. Zij zijn de hoofdrolspelers in de organisatie op het lokale niveau. De studie is uitgevoerd in het kader van de voorbereiding van een RVZ-advies over een efficiënter en effectiever organisatie en uitvoering van de preventie van welvaartsziekten.

Vragen in deze studie zijn:

1. Wat is de beleidspraktijk van de gemeente op het terrein van preventie van welvaartsziekten en hoe kan deze worden versterkt?
2. Hoe kan de preventie van welvaartsziekten op het lokale niveau effectiever en efficiënter worden georganiseerd?
3. Welke veranderingen in de functie en positionering van de GGD zijn nodig om beiden te ondersteunen?

Taakverdeling gemeente/ GGD

De rol van de gemeente bij de preventie van welvaartsziekten wordt vooral geregeld in de Wet publieke gezondheid (Wpg) en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Beide wetten geven de gemeente de functie van poortwachter richting de burger en bieden bovendien de mogelijkheid om burgers met specifieke prikkels te stimuleren tot het maken van de keuze voor gezond gedrag. Hoewel de focus in deze studie ligt op de Wpg en in mindere mate op de Wmo, heeft de gemeente ook nog andere instrumenten om de determinanten van welvaartsziekten te beïnvloeden. Te denken valt aan het inrichten van een prettige leefomgeving en het verbeteren van de sociaal-economische omstandigheden van bepaalde groepen burgers. Richting veldpartijen is de gemeente regisseur, aanjager en opdrachtgever voor dit hele domein van de publieke gezondheid.

De Wpg beschrijft de belangrijkste verantwoordelijkheden van de gemeente op het terrein van collectieve preventie. Drie daarvan richten zich op de preventie van welvaartsziekten: (1) gezondheidsbevordering, (2) de uitvoering van jeugdgezondheidszorg (JGZ) en (3) de uitvoering van ouderengezondheidszorg. De gemeente dient bovendien zorg te dragen voor de instelling en instandhouding van de gemeentelijke gezondheidsdienst (GGD).

De Wpg en het daarop gebaseerde besluit publieke gezondheid geven aan voor welke gemeentelijke taken de GGD kan of moet worden ingezet; de gemeente kan hieraan ook taken toevoegen. De gemeenten kan zo voor een deel zelf bepalen voor welk deel van de uitvoering en/of coördinatie van het lokale beleid zij de GGD verantwoordelijk maakt; let wel: uitsluitend op professioneel niveau, want bestuurlijk blijft de verantwoordelijkheid bij de gemeente.

Een GGD werkt in principe voor meerdere gemeenten in de regio. De dienst kan daardoor lokale en regionale dwarsverbanden leggen. Tegelijkertijd betekent dit ook een afstand tot het lokale niveau, zowel richting gemeente als richting lokale samenwerkingspartners. Bovendien kan een GGD met elk van de gemeenten binnen zijn regio een andere relatie onderhouden. Dit is vaak afhankelijk van de omvang en functie van de gemeente, de positie van de wethouder(s), die gezondheid en maatschappelijke ondersteuning in portefeuille heeft, en de contacten met beleidsambtenaren. De GGD heeft speelruimte en kan per fase van het beleidsproces en afhankelijk van zijn

positie in de regio en ten opzichte van de gemeente kiezen uit verschillende rollen: onderzoeker, informatieverstrekker, adviseur, coördinator of uitvoerder. GGD'en verschillen hierdoor in taken en werkwijze sterk van elkaar en hun invloed varieert eveneens. Belangrijk is, dat de dienst aanhaakt bij lokale issues, gebruik maakt van de kracht van zijn bestuur en nauw samenwerkt met lokale en regionale partijen.

Beleidspraktijk

Er is een aantal tekortkomingen gesignaleerd in het gemeentelijke beleid:

- Het beleid bevat weinig concrete en haalbare doelen en wordt slecht uitgewerkt in concrete en haalbare acties.
- De probleemanalyse is vaak ontoereikend; de gegevens, waarop zij is gebaseerd, zijn onvoldoende specifiek, eenduidig en betrouwbaar.
- Er ontbreekt vaak een evaluatie van de voorgaande beleidsperiode of de uitgevoerde interventies, zodat het effect niet zichtbaar wordt.
- Er wordt weinig aandacht besteed aan het verkrijgen van draagvlak en het betrekken van andere beleidssectoren en externe partijen.
- Er is weinig samenhang tussen het lokale beleid en het (speerpunten)beleid van het rijk, tussen lokale aanpak en landelijke maatregelen.

Dit alles betekent dat het lokale gezondheidsbeleid een lage prioriteit heeft. De GGD kan met zijn expertise en contacten het gevoel van urgentie verhogen door het thema te agenderen en aan het College van B en W de juiste informatie en bouwstenen voor een beleidsvisie aan te leveren. De dienst heeft de expertise om te adviseren en ondersteunen bij het voorbereiden van de beleidsnota en het uitvoeringsprogramma. De dienst dient dan ook eerder en in alle gevallen te worden ingeschakeld om advies te geven bij gemeentelijke besluiten die belangrijke gevolgen kunnen hebben voor de publieke gezondheidszorg. Hierdoor kunnen de kwaliteit van het beleid, de visieontwikkeling en de belangenafweging, maar ook de realisatie van de beleidsdoelen worden verbeterd. Voor vergroting van de effectiviteit van de inzet is een beperkte uitbreiding van het basistakenpakket van de GGD gewenst. De GGD moet zich ook meer profileren, zich meer naar buiten richten en zich vraaggericht opstellen.

Voor een gedegen probleemanalyse zijn op lokaal niveau betrouwbare en gespecificeerde gegevens nodig over de gezond-

heidstoestand en gezondheidsdeterminanten. Voor de vergelijking tussen gemeenten en het verkrijgen van een landelijk beeld is er behoefte aan gestandaardiseerde en op uniforme wijze verkregen lokale gegevens. Er zijn flinke stappen gezet de monitoring te verbeteren, maar de minister van VWS kan dit verder stimuleren. Met een AmvB op basis van artikel 4 Wpg kan hij ervoor zorgen dat de beschikbare gegevensbronnen worden gekoppeld en de informatie centraal toegankelijk wordt gemaakt. RIVM heeft daarin een belangrijke rol en kan kennisinstituten faciliteren en samenbrengen en relevante informatie ontsluiten.

Efficiencywinst kan worden bereikt door op Zowel landelijk als lokaal niveau in te zetten op meer samenhang tussen aanpalende beleidsterreinen en het gebruik maken van parallel lopende of op elkaar aansluitende belangen. Hierbij moet ook de particuliere (zorg)sector worden betrokken. Een eerste stap is de overheveling van gezondheidsbevorderende taken uit de Wpg naar de Wmo. Dit zorgt voor ontschotting en maakt de gemeente verantwoordelijk voor de doelgerichtheid van preventie. Het verplicht de gemeente om zowel burgers als externe belanghebbende partijen te betrekken bij de beleidsvoorbereiding en biedt meer mogelijkheden voor publiekprivate samenwerking.

Een andere effectieve vorm van integraal beleid is het armoedebeleid gericht op het terugdringen van sociaaleconomische verschillen. Door bundeling van maatregelen op het terrein van onderwijs, wonen, werk en inkomen voor mensen met een lage sociaaleconomische status kan veel ongezondheid worden voorkomen; door gezondheidsbevorderende maatregelen kan achterstand worden vermeden.

Organisatie

De gemeenteraad stelt het lokale gezondheidsbeleid vast en stuurt daarmee de organisatie, die de preventie van welvaartsziekten uitvoert. De gemeente bepaalt nu voor een belangrijk deel de personele, organisatorische en financiële inzet. Maar de gemeente heeft voor de uitvoering ook partners nodig; een effectieve aanpak vergt samenwerking tussen vele partijen die vanuit verschillende invalshoeken het onderwerp benaderen en oppakken. Taakverdeling en coördinatie zijn dan cruciaal, maar dat vereist sturingsinstrumenten.

Waar schiet de organisatie nu tekort?

1. Gemeente en regionaal werkende GGD'en werken regelmatig onvoldoende samen. Ze beschikken over weinig doorzettingsmacht en sturingsinstrumenten.
2. De prioriteit van gezondheidsbevordering is laag; er worden verhoudingsgewijs weinig financiële middelen toegewezen aan dit thema en aan de GGD. Dit frustrereert het functioneren van de GGD.
3. De beschikbare kennis, deskundigheid en financiële middelen worden onvoldoende efficiënt benut.
4. Het gebruikte netwerk is onvoldoende multidisciplinair en omvat te weinig organisaties die in direct contact staan met burgers.

De toename van het aantal taken van de gemeente en de beperkte beschikbaarheid van deskundige gemeenteambtenaren geeft de GGD ruimte om naast of in plaats van een uitvoerende rol, een regisserende rol op zich te nemen. Dit vereist andere competenties van medewerkers en aanpassing van de samenwerkingsrelatie met de gemeente en de veldpartijen. Tegelijkertijd leidt gebrek aan urgentie ertoe dat er flink wordt bezuinigd op de toch al beperkte budgetten van preventie van welvaartsziekten. Daarmee staat de werkzaamheden van de GGD op dit terrein onder druk. Heldere afspraken zijn nodig tussen gemeente en GGD over de taak- en budgetverdeling op basis van expertise en beïnvloedingsmogelijkheden.

De effectiviteit van het preventiebeleid is er bij gebaat wanneer gemeente en GGD samen optrekken en selectief hun samenwerkingspartners en interventies kiezen. Zij kunnen elkaar in dit proces aanvullen, maar dit gebeurt nog onvoldoende. Visie en referentiekader sluiten dan niet op elkaar aan. Zo zijn gemeenten op zoek naar interventies die toepasbaar en effectief zijn in de specifieke lokale situatie en bij voorkeur op korte termijn geld en resultaat opleveren. Veel GGD'en streven ernaar om kosteneffectieve en wetenschappelijk onderbouwde interventies toe te passen. Ze zijn samen met RIVM en de kennisinstituten bezig de effectiviteit van beschikbare interventies in kaart te brengen. Extra aandacht is nu nodig voor de ondersteuning bij de implementatie. Daartoe dient de GGD – meer dan nu het geval is – te worden geëquipeerd voor de functie van front-Office van de gemeente en ondersteund door de gezondheidsbevorderende instellingen.

Preventie van welvaartsziekten betekent vooral inzetten op het bevorderen van gezond gedrag van burgers. Dit moet gebeu-

ren in de wijk, het onderwijs, het werk en de zorg. Dit vereist een effectieve inzet van alle actoren die kunnen bijdragen, maar nu soms meer concurreren dan samenwerken. Daarvoor is een stevige invulling van de regiefunctie nodig. De rijksoverheid kan dit faciliteren door wetgeving te harmoniseren, financiële en bestuurlijke schotten te verwijderen en administratieve lastendruk te verminderen. Ten slotte moeten gemeente en GGD een modus vinden om publiekprivate samenwerking vorm te geven en de hele eerste lijn te betrekken.

Samenwerking met de eerste lijn blijkt nu lastig, vooral vanwege de versnippering en de variëteit in organisatievormen en professionals die er werkzaam zijn. De afstemming van publieke gezondheidszorg met de curatieve zorg, zoals verplicht in artikel 2 Wpg, wordt nu belemmerd door verschillen in werkwijze, taakopvatting en bekostigingssystematiek. De GGD moet hier zijn expertise meer aanwenden en werken aan het beter benutten van schakelfuncties, zoals de regionale ondersteuningsstructuur (ROS). Bovendien is meer structurele financiering gewenst van andere schakels in de uitvoering, zoals praktijkondersteuners in de huisartsenpraktijk en wijkverpleegkundigen in de thuiszorg. Belangrijk is dan het bundelen van collectieve en individuele preventie. Zo kan het aandeel dat de curatieve sector aan preventie levert, worden vergroot door bijvoorbeeld het opnemen van meer vormen van geïndiceerde preventie in het basispakket van de zorgverzekering. Effectiever is echter wanneer gemeente en zorgverzekeraar meer samen optrekken. Er zijn voor beiden echter onvoldoende prikkels om hierin te investeren. De Wpg stelt geen duidelijke verplichting en dus ook geen financieel kader voor gezondheidsbevordering. Hetzelfde geldt voor de Zorgverzekeringswet. Bovendien slaan investeringen van de gemeente vooral neer bij zorgverzekeraars; zorgverzekeraars zijn beducht voor onderlinge concurrentie en stemmen met de voeten door de verzekerde, vooral als hun marktaandeel in een gemeente of regio beperkt is. Met wisselend succes zijn overeenkomsten over preventie tussen zorgverzekeraars en gemeenten afgesloten. Deze weg is vol hobbels en een meer structurele, landelijk aangestuurde oplossing is dan ook gewenst.

1 Inleiding

1.1 Vraagstelling

Gezondheid is voor ieder individu een belangrijk goed. Het verhoogt de kwaliteit van het leven en de levensverwachting. Ongezondheid betekent op het individuele niveau dat mensen te maken krijgen met beperkingen en zich minder fit voelen. Ze zijn dan minder in staat een actieve rol te vervullen in de maatschappij. Maar het is niet de individuele burger die de kosten van zijn ongezondheid draagt; hij declareert immers zijn rekeningen voor zijn zorggebruik bij de zorgverzekeraar en krijgt zijn uitkering voor arbeidsongeschiktheid via de rijks-overheid en voor ziekte via zijn werkgever. Ongezondheid raakt dan ook aan het maatschappelijke of algemene belang: het is een voorwaarde voor het voortbestaan van de gemeenschap. Ongezondheid zorgt voor productiviteitsverlies, leidt tot een grotere vraag naar en hogere kosten van zorg en heeft een negatieve invloed op de economie. Kortom: ongezondheid of ziekte zijn ongewenst. Het is de maatschappij als geheel, die betaalt.

Dit is één van de verklaringen voor de verschuiving van de aandacht van bestrijding van ziekte door zorg naar het werken aan gezondheid door beïnvloeding van het gedrag (RVZ, 2010). Juist in tijden van crisis en bezuiniging wordt er immers naar gestreefd de vraag naar relatief dure langdurige en specialistische zorg te verminderen. Er wordt gezocht naar efficiënte inzet van beperkte middelen en versterking van de eigen verantwoordelijkheid van iedere burger. In dat licht is de RVZ gevraagd te adviseren over een efficiënter en effectiever organisatie en uitvoering van het preventiebeleid. Deze studie ligt in het verlengde van dit advies (RVZ, 2011B).

Waarom nog een advies over preventie? Er is immers al jarenlang geïnvesteerd in het voorkomen van ziekten. Het belang van gezondheid voor de totale bevolking werd onderkend en aangepakt. Enkele resultaten van de investeringen die hebben geleid tot een wereldwijde stijging van de gemiddelde levensverwachting, zijn het verbeteren van de hygiëne en de ontdekking van entstoffen en antibiotica. Hierdoor zijn levensbedreigende ziekten als pokken en de pest uitgebannen en komen andere ziekten die tot ernstige beperkingen, verminkingen of gezondheidsschade kunnen leiden, zoals tbc en lepra in welvarende landen nauwelijks meer voor. Dergelijke overdraagbare

ziekten bleken door de toepassing van gezondheidsbeschermende maatregelen vermijdbaar; hun ontstaan bleek door menselijk ingrijpen te kunnen worden voorkomen of uitgesteld en de gevolgen ervan beperkt. De strijd tegen dergelijke infectieziekten is echter niet gewonnen. De veroorzakers van deze infectieziekten - bacteriën, schimmels en virussen - kunnen zich uiterst vernuftig ontwikkelen en zich bovendien snel verspreiden door middel van het drinkwater, het voedsel en de lucht die we inademen, maar ook via het onderlinge, fysieke contact tussen mens en dier. Aandacht van overheid, zorg en wetenschap blijft dus geboden.

Minder aandacht was en is er voor de preventie van vermijdbare, niet-overdraagbare ziekten, die - ondanks de wetenschappelijke vooruitgang - in opkomst zijn. Te denken valt aan hart- en vaatziekten, allergieën, longziekten, diabetes en kanker. Ontstaan en verloop van aandoeningen in deze categorie, ook wel aangeduid met de term “welvaartsziekten”, was lange tijd niet bekend. Een aantal oorzaken, dat vaak gecombineerd voorkomen zijn naast erfelijke aanleg, in ieder geval ook beïnvloedbare factoren als leefstijl, sociaaleconomische omstandigheden, de sociale en fysieke omgeving.

RIVM (Baan & Schoemaker, 2009) verwacht bij ongewijzigd beleid een stijging van het aantal mensen met diabetes van 200% in 2025. Naar schatting is ruim de helft hiervan toe te schrijven aan de groei van het aantal mensen met overgewicht en andere beïnvloedbare risicofactoren, zoals lichamelijke inactiviteit en ongezonde voeding (met te veel verzadigd vet en onvoldoende voedingsvezels) en - in geringere mate - roken en overmatig alcoholgebruik. Deze risicofactoren komen juist veel voor bij mensen met diabetes in de familie, mensen met een lagere sociaaleconomische status (SES), allochtonen, vrouwen die zwangerschapsdiabetes hebben gehad, en mensen wier glucosehuishouding al is verstoord. Door preventieve maatregelen kan Diabetes - meer dan nu het geval is - worden voorkomen of uitgesteld. Dat is belangrijk want de ziekte veroorzaakt aanzienlijke ziektebelasting en vasculaire complicaties (hartziekten of beroerte, blindheid, aantasting van de nieren en het zenuwstelsel).

Het gedrag van ieder individu, zijn omstandigheden en directe leefomgeving blijken belangrijke voorspellers van welvaartsziekten. Er is nog veel onderzoek nodig naar het mechanisme achter het ontstaan van deze aandoeningen. Er moet gewerkt worden aan ontwikkeling en toepassing van preventiemaatregelen gericht op het individu. De burger is verantwoordelijk voor zijn eigen keuzes, maar om welvaartsziekten te voorkomen is er ondersteuning nodig om hem te helpen kiezen. Pre-

ventie is echter niet alleen een individueel belang van de burger. Het is ook een publieke zaak. De gemeente als vormgever van de leefomgeving van het individu speelt een belangrijke rol en kan eraan bijdragen dat zorg en preventie zo dicht mogelijk bij de burger wordt georganiseerd. Die gemeentelijke rol bij de preventie van welvaartsziekten staat centraal in deze studie.

Ondanks de extra stimulansen die de laatste vijftien jaren aan gemeenten zijn gegeven, staat preventie van welvaartsziekten op het lokale niveau vaak nog in de kinderschoenen.

- Het gemeentelijke preventiebeleid en bijbehorende uitvoeringsprogramma zijn in veel gevallen nog niet goed onderbouwd en bevatten weinig concrete en haalbare doelen (IGZ, 2010).
- Preventie van welvaartsziekten wordt vooral aangepakt vanuit de publieke gezondheidszorg, maar vereist inzet vanuit verschillende disciplines en sectoren op het lokale niveau (RVZ, Onderwijsraad en ROB, 2009).
- Het onderwerp vraagt om de betrokkenheid van veel partijen uit verschillende sectoren, maar hun positie en rol staat ter discussie (RVZ, 2006).
- Het probleemeigenaarschap en de regie op de betrokken deelterreinen zijn niet duidelijk belegd (Vaandrager et al, 2011).
- De investeringen in preventie van welvaartsziekten zijn zowel absoluut als verhoudingsgewijs laag (RVZ, 2011B). Bovendien is onduidelijk waartoe zij hebben geleid.

De vraagstelling van deze studie spitst zich toe op twee thema's en luidt als volgt:

1. Wat is de beleidspraktijk van de gemeente op het terrein van preventie van welvaartsziekten en hoe kan deze worden versterkt?
2. Hoe kan de preventie van welvaartsziekten op het lokale niveau effectief en efficiënt worden georganiseerd?
3. Welke veranderingen in de functie en positionering van de GGD zijn nodig om beiden te ondersteunen?

Hierbij gaat de aandacht vooral uit naar de beleidsdomeinen van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport: preventieve gezondheidszorg, maatschappelijke ontwikkeling, curatieve en langdurige zorg.

In de volgende paragraaf worden de termen die in deze vraagstelling een rol spelen kort toegelicht. In de laatste paragraaf worden de gebruikte informatiebronnen en de indeling van de studie beschreven.

1.2 Begripsomschrijving

Welvaartsziekten

De term "welvaartsziekten" scheidt nogal eens verwarring. Het gaat om een categorie aandoeningen die frequent voorkomen in landen met een hoog inkomen per hoofd van de bevolking, met ruime toegang tot voedsel en genotmiddelen en een hoge technologische ontwikkeling. Dit kan onder meer leiden tot consumentisme en genotzucht met het risico van verslaving. Sommige groepen zijn voor dit gedrag extra gevoelig. Dat geldt bijvoorbeeld voor de jeugd, die in deze "snelle" wereld nog zijn plek moet vinden.

In deze nieuwe samenleving is de dynamiek groot en dit vraagt een groot aanpassingsvermogen van ieder van haar burgers. Het belang van virtuele netwerken, sociale vaardigheden en het verwerken van informatie neemt toe. Echter niet iedereen beschikt over de kwaliteiten en mogelijkheden om zich aan te passen. Dit geldt vooral voor diegenen die onderaan de welvaarts ladder staan, zij die psychisch of mentaal kwetsbaar zijn en/of weinig opleiding hebben genoten.

Opleiding en inkomen blijken veel invloed te hebben op de keuzes die mensen maken en de omstandigheden waarin zij leven en werken; tegelijkertijd zijn leef- en werkomgeving van invloed op het vermogen te presteren en een opleiding te volgen. Het zijn communicerende vaten; een zichzelf in standhoudende cyclus op het individuele of groepsniveau. Daarom betekent een investering in het terugdringen van welvaartsziekten door een combinatie van beïnvloeding van de leefstijl, verbetering van opleiding en leefomstandigheden eveneens een bron van economische groei. Meer mensen zullen in staat zijn langduriger en hoger gekwalificeerd werk te verrichten en dan minder gebruik maken van sociale voorzieningen. Hoewel uiteindelijk voor iedereen na een productief leven de ouderdom komt die gepaard kan gaan met gebreken en bijbehorende hogere zorgkosten, wordt de kans op een langer leven in gezondheid groter en bovendien beter verdeeld over de verschillende bevolkingsgroepen.

Preventie

Een deel van de welvaartsziekten ontstaan door beïnvloedbare factoren, zoals het individuele gedrag, de fysieke en sociale omgeving. Ze kunnen dan ook op verschillende manieren worden voorkomen en bestreden. De zorg lijkt het aangewezen instrument, maar ook het verbeteren van het opleidingsniveau, werkgelegenheid en bevordering van andere vormen van maatschappelijke participatie, veiligheid, huisvesting en arbeidsomstandigheden kunnen helpen welvaartsziekten te voorkomen.

In deze studie staat de preventieve gezondheidszorg centraal. Preventie is hier gericht op het (vroegtijdig) opsporen en voorkomen van gezondheidsproblemen en het voorkomen of beperken van gevolgen daarvan. Afhankelijk van het stadium van de aandoening waarin wordt ingegrepen kan preventie worden onderscheiden in primaire, secundaire en tertiaire preventie. Bij primaire preventie gaat het om het voorkomen van ziekten of gezondheidsproblemen. Acties worden ingezet om ziekteoorzaken, risicofactoren en blootstelling te verminderen of weg te nemen. Dat kan gericht op de persoon (zoals in een vaccinatieprogramma) of via gedragsverandering gericht op een collectief. Secundaire preventie is het in een vroegtijdig stadium opsporen van risicofactoren en predispositie, bijvoorbeeld via bevolkingsonderzoek of screening. Ook het behandelen hiervan is onderdeel van secundaire preventie. Bij tertiaire preventie gaat het om monitoren van complicaties en gevolgen van bestaande ziekte. Het is gericht op het opheffen, reduceren of compenseren van gevolgen van gezondheidsproblemen, zoals lichamelijke of verstandelijke beperkingen, en het behoud of verwerven van kwaliteit van leven.

Collectieve preventie

Bij collectieve preventie is er (nog) geen ervaren gezondheidsprobleem. De zorg wordt zonder voorafgaande individuele vraag verleend. De effecten van deze vormen van preventie zijn individueel niet direct aantoonbaar, maar voor derden kunnen ze wel duidelijk zijn: infectiegevaar, hoge behandel- en zorgkosten en minder productiviteit. Primaire en secundaire preventie zijn doorgaans vormen van collectieve preventie. Het CVZ onderscheidt binnen collectieve preventie: (1) universele preventie, gericht op de algemene bevolking die niet gekenmerkt wordt door het bestaan van verhoogd risico op ziekte, en (2) selectieve preventie, gericht op (hoog)risicogroepen in de bevolking.

De verantwoordelijkheid voor de collectieve preventie ligt bij de overheid. Dit is in verschillende wetten te vinden. Op het terrein van preventie van welvaartsziekten zijn de Wet publieke gezondheid (Wpg) en de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo) het meest bepalend. Zij benoemen de belangrijkste spelers, rijk en gemeente, en beschrijven de verantwoordelijkheidsverdeling tussen beiden. De systeemverantwoordelijkheid ligt bij de rijksoverheid. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) borgt de publieke belangen, zoals kwaliteit en betaalbaarheid. De gemeente is verantwoordelijk voor het lokale beleid. Ze regisseert en financiert de uitvoering van het beleid.

De uitvoering van veel van de werkzaamheden die voortvloeien uit de gemeentelijke taken zoals omschreven in de Wpg ligt in handen van de gemeentelijke gezondheidsdienst (GGD). Voor de overige preventietaken kan de gemeente bij de ontwikkeling en uitvoering van het beleid ook andere lokale of regionaal werkende publieke of private organisaties betrekken. Organisaties als thuiszorgorganisaties, scholen, vrijwilligersorganisaties zoals sportverenigingen, buurt- en jongerenwerk, de politie, het UWV, het maatschappelijk werk en opvangcentra, maar steeds vaker ook ondernemers en werkgevers kunnen helpen een effectieve uitvoering van preventieve activiteiten te realiseren.

Individuele preventie

Deze vorm van preventie richt zich op het individu. Het CVZ onderscheidt geïndiceerde en zorggerelateerde preventie. De geïndiceerde preventie is gericht op individuen die veelal nog geen gediagnosticeerde ziekte hebben, maar wel risicofactoren of symptomen. Zorggerelateerde preventie richt zich op individuen met een ziekte of een of meerdere gezondheidsproblemen.

Voorbeelden in het publieke domein en als onderdeel van de publieke gezondheidszorg zijn onderdelen van de jeugd- en ouderengezondheidszorg. Op het lokale niveau wordt deze vooral uitgevoerd door artsen en verpleegkundigen op scholen en consultatiebureaus. Individuele preventie wordt echter vooral in de particuliere sector geleverd bij de curatieve en langdurige gezondheidszorg. Hoewel de curatieve zorg zich voornamelijk richt op behandeling en - zo mogelijk - genezing van ziekten of verwondingen en de langdurige zorg zich vooral bezig houdt met verpleging en verzorging, dringt meer dan

ooit het besef door dat individuele preventie in beide typen zorg een belangrijke plaats inneemt. Vooral professionals in de eerste lijn, zoals huisartsen, medewerkers van de thuiszorg, paramedici en eerstelijnspsychologen dragen bij aan preventie van welvaartsziekten. Maar ook ziekenhuizen, revalidatiecentra, verzorgings- en verpleeghuizen erkennen dat zij een eigenstandige rol hebben. Het gaat hier allereerst om tertiaire preventie. Verder helpen zorgaanbieders ziekten op te sporen en/of te voorkomen voordat ze tot ontwikkeling komen en ze te behandelen als ze zich openbaren (ziektepreventie).

De curatieve en langdurige gezondheidszorg, zoals wettelijk geregeld in de Zorgverzekeringswet (Zvw) en resp. de algemene wet bijzondere ziektekosten (Awbz), worden gefinancierd uit verzekeringspremies. De zorgverzekeraars zijn voor hun verzekerden de toegangspoort naar deze zorg en de individuele preventie.

Gezondheidsbevordering

Preventie van welvaartsziekten ligt vooral op het terrein van gezondheidsbevordering. Bij gezondheidsbevordering (promotie) wordt gewerkt aan een gezonde leefstijl door beïnvloeding van gedrag.

¹ Hiervoor worden instrumenten als gezondheidsvoorlichting, advies op maat of aanpassing van de leefomgeving ingezet. Deze kunnen gericht zijn op het individu of collectief van aard zijn. Een andere aanpak van preventie is de gezondheidsbescherming of protectie. Hier wordt met behulp van regelgeving en handhaving gestreefd naar vermindering van de blootstelling aan gezondheidsbedreigende factoren. Dat is dus collectieve preventie. Een derde vorm van preventie is de eerder genoemde ziektepreventie, die zowel een component van individuele preventie (screening) als ook componenten van collectieve preventie (bevolkingsonderzoek en vaccinatie) omvat. Hier werken publieke en particuliere partijen vaak samen.

1.3 Informatiebronnen en leeswijzer

Vertrekpunt van deze studie is een helder beeld van de huidige situatie. Dit is onderzocht op basis van literatuur, maar vooral door gesprekken, werkbezoeken en discussiebijeenkomsten (zie bijlage 1 en de brochure “De rol van GGD’en bij de preventie van welvaartsziekten” op de website van de RVZ², waarin de bevindingen zijn samengevat). De informatie die dit

heeft opgeleverd is ook gebruikt bij de voorbereiding van het preventieadvies van de RVZ (RVZ, 2011B).

Er zijn gesprekken gevoerd met vertegenwoordigers van verschillende belanghebbende partijen, zoals VNG, GGD Nederland, RIVM, IGZ en NPCF. Daarnaast is een werkconferentie bezocht van GGD Rivierenland, waarin beleidsambtenaren en wethouders van de tien gemeenten in het werkgebied aan de hand van presentaties van projectleiders hun preventiebeleid van de afgelopen jaren bespraken.

Werkbezoeken

In april en mei is aan vijf GGD'en een werkbezoek gebracht. Voor de selectie van de GGD'en zijn de volgende criteria gehanteerd:

- Verdeling van GGD'en die voor één gemeente werken en GGD'en die voor meerdere gemeenten werken (gemeentelijke regelingen).
- Variatie in werkwijze of resultaten.
- Spreiding over het land, waarbij wordt gekeken naar de gezondheidssituatie van de bevolking in de regio.

Uiteindelijk is gekozen voor:

- een kleine GGD die alleen voor kleinere gemeenten werkt (GGD Rivierland);
- een provinciaal werkende GGD, die onderdeel is van de gebundelde hulpverleningsdiensten in de veiligheidsregio (GGD Fryslân);
- een regionaal werkende GGD die recent door fusies is ontstaan (GGD Gelre-IJssel);
- een GGD die uitsluitend voor één gemeente werkt (GG&GD Utrecht);
- een Randstedelijke GGD, die zowel voor een G4-gemeente als een regio werkzaam is (GGD Rotterdam-Rijnmond).

Op 31 mei 2011 werd een expertmeeting georganiseerd. Hier waren naast GGD'en ook vertegenwoordigers van eerstelijnsorganisaties, verzekeraars en gemeenten aanwezig. De bijeenkomst behandelde twee thema's. Allereerst ging het over de verhouding tussen het rijk en de gemeente. Hoe is de bevoegdheids- en verantwoordelijkheidsverdeling bij de preventie van welvaartsziekten? Hoe wordt het lokale en landelijke beleid afgestemd? Ten tweede werd besproken of de GGD haar taken en rollen wel op een effectieve en efficiënte manier uitvoert c.q. kan uitvoeren onder de huidige voorwaarden.

Op 23 juni was er een debat waarin werd gepeild hoe de aanwezigen denken over een efficiënte en effectieve organisatie van gezondheidsbevordering in al haar aspecten op het lokale niveau. Aan de orde kwam onder andere de vraag of preventiedoelen door het rijk centraal zouden moeten worden vastgesteld of dat lokaal moet worden gewerkt aan een sense of urgency voor dit thema. Een andere vraag had betrekking op de interventies. Is het wenselijk om eisen te stellen aan de interventies die gemeenten en de uitvoerende partijen toepassen bij de preventie van welvaartsziekten of leidt dit juist tot beperking van innovatiekracht? Is op lokaal niveau regie of sturing nodig vanuit een regionaal of landelijk werkende organisatie?

Leeswijzer

De studie gaat in op die aspecten die een organisatie maken tot een effectief en efficiënt werkend geheel. Dit zijn (1) doelgerichtheid; (2) kennis, kunde, middelen; (3) taakverdeling en coördinatie. In alle hoofdstukken is specifieke aandacht voor de functie en positionering van de GGD. Steeds wordt de vraag gesteld of diens rol dient te veranderen en hoe dit kan worden gerealiseerd. Achtereenvolgens worden de volgende thema's besproken:

- Hoofdstuk 2 behandelt de verantwoordelijkheden van de gemeente op het terrein van de preventie van welvaartsziekten en de regionale samenwerking. In dit hoofdstuk wordt veel aandacht besteed aan de positie en rol van de GGD.
- Hoofdstuk 3 gaat in op de wettelijke verankering van het gemeentelijke beleid. Beschreven wordt de beleidspraktijk en de doelgerichtheid van de organisatie.
- Hoofdstuk 4 gaat in op de ondersteuningsstructuur voor gemeenten. Deze draagt bij aan de randvoorwaarden voor een gedegen beleidsvoorbereiding, besluitvorming en beleidsuitvoering. In dit hoofdstuk gaat het om de doeltreffendheid en doelmatigheid van de instrumenten "kennis", "kunde", en "middelen".
- Hoofdstuk 5 is gewijd aan de beleidsuitvoering. Het gaat hier om taakverdeling coördinatie. Het hoofdstuk geeft een beschrijving van de meest betrokken lokale actoren, de onderlinge samenwerkingsverbanden en de wijze waarop gemeente en GGD hun sturende functie vervullen.
- Hoofdstuk 6 ten slotte verbindt de conclusies van de studie aan de aanbevelingen uit verschillende RVZ-adviezen, die erop zijn gericht de preventie van welvaartsziekten op het lokale niveau efficiënter en effectiever aan te pakken.

Mensen met een lager inkomen en opleidingsniveau blijken gemiddeld genomen beduidend korter te leven dan mensen met een hoger inkomen en opleidingsniveau (Lucht en Polder, 2010). Zij ervaren meer beperkingen, ziekten en ongezondheid. Dit heeft verschillende oorzaken. Lager opgeleiden verrichten vooral fysiek belastend werk, werk dat nu grotendeels is geautomatiseerd. In plaats daarvan worden informatieverwerking en communicatie gevraagd; kwaliteiten die zij vaker missen. Voor hen is het dan lastig passend werk te vinden; hun inkomen is en blijft dan laag, vaak op basis van een uitkering in verband met arbeidsongeschiktheid of werkloosheid. Er is dan weinig zicht op verbetering.

Bovendien leidt het tot andere ongunstige omstandigheden. Zo zorgt de beperkte opleiding ervoor dat ze moeite hebben gebruik te maken van de nieuwe, digitale informatiestromen en greep te houden op een steeds complexer economisch systeem. Ze wonen in tochtige, slecht onderhouden en kleinere woningen. Hun omgeving is vaak minder veilig, lawaaierig en minder schoon; belangrijke voorzieningen ontbreken.

Een lager opleidingsniveau en beperkt besteedbaar inkomen zijn bepalend voor de keuzes van mensen. Ze kiezen eerder goedkopere en gemakkelijk verkrijgbare producten, dan een duurder, gezonder alternatief. Het gevolg is dat mensen die sociaaleconomisch minder goed af zijn, meer last hebben van overgewicht. Tenslotte nemen ze minder deel aan de maatschappij en ervaren meer eenzaamheid.

Dit blijkt uit enquêteonderzoek van SGBO en BMC Onderzoek in 2011 onder 15.745 volwassen personen, wonend in 15 gemeenten (Van Beek et al., 2011). De laagste inkomensgroepen met een netto maandinkomen van minder dan 700 euro en 700-1000 euro bedroegen 5% respectievelijk 6% van de totale onderzoekspopulatie. Tweederde van de lage inkomenshuishoudens ervaart één of meer belemmeringen bij maatschappelijke participatie. De belangrijkste belemmeringen zijn gezondheid en financiën. Uit het onderzoek bleek ook dat eenzaamheid in deze groep veel voorkomt, namelijk in een vijfde deel van de bevolkingsgroep met een laag inkomen.

2 De gemeente en de regio

2.1 De gemeente en haar preventietaken

Dit hoofdstuk beschrijft de wettelijke verantwoordelijkheden van de gemeente op het terrein van preventie van welvaartsziekten. Daarnaast komt haar positie aan de orde: gemeenten werken in de regio – soms verplicht – samen. Gemeenten staan bovendien in een hiërarchische verhouding tot andere bestuurslagen, zoals provincie en rijksoverheid. Deze verhouding wordt gekarakteriseerd door de huidige sturingsfilosofie³: decentraal wat kan, centraal wat moet. Het Rijk beperkt zich zoveel mogelijk tot die taken waarvan wenselijk is dat die door het Rijk worden uitgevoerd, bijvoorbeeld uit het oogpunt van rechtsgelijkheid, effectiviteit of doelmatigheid. Als een taak aan een bestuurslaag wordt toebedeeld, krijgt deze de grootst mogelijke vrijheid de taak naar eigen inzicht uit te voeren. Wet- en regelgeving moeten op de uitvoeringspraktijk aansluiten en de verantwoordingslast wordt zoveel mogelijk beperkt. In principe moeten taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden over maximaal twee bestuurslagen zijn verdeeld.

De Gemeentewet geeft het wettelijk kader voor de bestuurlijke verhoudingen binnen de gemeente en van de gemeente met andere overheden. De wet verplicht gemeenten de gezondheid te beschermen en geeft in artikel 149 de gemeenteraad regelgevende bevoegdheden. De raad mag verordeningen maken in het belang van de gemeente, onder meer op het terrein van gezondheid.

De Wpg geeft de gemeente specifieke verantwoordelijkheden gericht op de publieke gezondheidszorg. Volgens artikel 1 sub C Wpg is de publieke gezondheidszorg, ook wel aangeduid met de term openbare gezondheidszorg (OGZ): “de gezondheidsbeschermende en gezondheidsbevorderende maatregelen voor de bevolking of specifieke groepen daaruit, waaronder begrepen het voorkómen en het vroegtijdig opsporen van ziekten.” Op het terrein van preventie van welvaartsziekten wordt de gemeente (het college van B&W) verantwoordelijk gesteld voor drie taakgebieden.

1. De bevordering van de publieke gezondheidszorg (Artikel 2 Wpg). De gemeente moet bevorderen dat de organisatie van publieke gezondheidszorg tot stand komt en

voldoet aan een aantal eisen: continu, intern samenhangend en in afstemming met enerzijds de curatieve gezondheidszorg en anderzijds de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen. Het gaat hier niet om een prestatieverplichting, maar een bevorderingstaak. Deze is niet duidelijk omschreven.

2. De uitvoering van de jeugdgezondheidszorg (JGZ). Dit is de publieke gezondheidszorg ten behoeve van personen tot negentien jaar (art. 5 Wpg jo. Art 1 Wpg). Het doel van de JGZ is het bevorderen, beschermen en bewaken van de lichamelijke, psychische, sociale en cognitieve ontwikkeling van kinderen. Deze taken en werkzaamheden zijn helder omschreven. Artikel 3 van het besluit publieke gezondheid deelt de werkzaamheden in de JGZ (het basistakenpakket) in tweeën:
 - A. Een uniform deel dat gemeenten aan alle jeugdigen moeten aanbieden.
 - B. Een maatwerkdeel dat wordt afgestemd op de behoeften van de jeugdigen en op lokale of regionale demografische en epidemiologische gegevens.
3. De uitvoering van de ouderengezondheidszorg. Dit is de publieke gezondheidszorg ten behoeve van personen boven de vijftien jaar (art. 5A Wpg jo. Art. 1 Wpg). Dit onderdeel is nog volop in ontwikkeling. Net als de JGZ is ook dit een uitvoeringstaak.

Een groot deel van de Wpg is niet gewijd aan de preventie van welvaartsziekten. Dit is de algemene infectiebestrijding. De verantwoordelijkheidsverdeling tussen rijk en gemeente is gedetailleerd vastgelegd. Volgens artikel 6 Wpg gaat het zowel om (1) het nemen van algemene preventieve maatregelen, (2) het bestrijden van tuberculose en seksueel overdraagbare aandoeningen inclusief bron- en contactopsporing en (3) bron- en contactopsporing bij meldingen zoals in artikelen 21 22 25 en 26 Wpg. Omdat deze studie gericht is op de welvaartsziekten, zal deze laatste taak die gericht is op gezondheidsbescherming, buiten beschouwing blijven.

Voor veel van de preventiedoelen die de gemeente op basis van de Wpg wil realiseren kan ze gebruik maken van bevoegdheden en taken op basis van andere wetgeving. De belangrijkste is de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo). Maatschappelijke ondersteuning wordt in artikel 1 sub G van de Wmo gedefinieerd aan de hand van een negental beleidsdo-

meinen waarop de gemeente dient te presteren om burgers indien nodig te helpen in hun bijdrage aan de samenleving, hun zelfredzaamheid te herstellen en/of hen toe te rusten om maatschappelijk te participeren. In deze negen prestatievelden wordt preventie met zorg, welzijn en dienstverlening verbonden. Voor de preventie van welvaartsziekten gaat het om verschillende voorzieningen, bijvoorbeeld als onderdeel van de informatie- en adviesfunctie, in de openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ) of de preventie van verslavingsproblemen, maar ook om de zogenaamde compensatieplicht van gemeenten (artikel 4). Ten slotte is ook op preventiegerichte ondersteuning van jongeren en hun ouders belangrijk voor de preventie van welvaartsziekten.

Andere bevoegdheden en taken die het rijk aan gemeenten heeft overgedragen en kunnen bijdragen aan preventie van welvaartsziekten liggen op het vlak van veiligheid, ruimtelijke ordening, huisvesting, onderwijs, werk en inkomen. Deze mogelijkheden worden hier kort aangestipt maar komen in deze studie slechts zijdelings aan bod. Grofweg zijn er drie overkoepelende clusters: (1) omgeving, (2) jeugd en (3) sociale vangnetten.

- Omgeving. Gemeentelijke bemoeienis is er met zowel de sociale als de fysieke omgeving waarin mensen wonen, werken en recreëren. De gemeente heeft taken om de veiligheid te waarborgen en de gezondheid te beschermen. Voorbeelden zijn de Wet hygiëne en veiligheid badinrichtingen en zwembaden die ziet op de veiligheid van specifieke openbare voorzieningen, en de voedsel- en warenwet of de drinkwaterwet, gericht op de veiligheid van producten die beschikbaar zijn voor consumptie of dagelijks gebruik. Gezondheidsbevorderende maatregelen in de sociale en fysieke omgeving waarmee de gemeente het individuele gedrag kan beïnvloeden kan binnen de Wmo op het prestatieveld "leefbaarheid in wijken, buurten of dorpen. Andere voorbeelden liggen op het terrein van de openbare orde (gemeentewet), de ruimtelijke ordening en milieubeheer binnen de gemeentegrenzen en de huisvesting van de ingezetenen.

- Jeugd. Op het terrein van jeugd verplicht de Wpg de gemeente zich in te zetten voor de JGZ; de Wmo vraagt inzet voor preventief jeugdbeleid en opvoedingsondersteuning. Gemeenten hebben daarnaast of gelijktijdig ook taken op het terrein van onderwijs, vrijetijdsbesteding, kindveiligheid (verkeersveiligheid en voorkomen van misbruik) en jeugdcriminaliteit. Met

de voorgenomen stelselwijziging zal dit takenpakket worden uitgebreid naar jeugdzorg en het verzorgen van passend onderwijs voor kinderen met "een rugzakje". Op al deze terreinen is preventie een belangrijk instrument om kinderen kansen op gezondheid te bieden en problemen op latere leeftijd te voorkomen.

- Vangnetten. Het cluster "Sociale vangnetten voor kwetsbare mensen" kan in tweeën worden gedeeld.

1. Verhoging van de levensstandaard. Werk, inkomen en opleiding zijn belangrijke determinanten voor een langer leven en bovendien een leven met minder ziektebelasting. Voor mensen zonder werk kan de gemeente de levensstandaard verhogen op een directe manier - door het verstrekken van inkomen bijv. in de vorm van een uitkering of door toeleiding naar werk - of op indirecte wijze via opleiding of alfabetisering. Voorbeelden zijn de bijstandsuitkering voor mensen die gedurende langere tijd geen inkomen uit werk genereren en het onderwijs aan volwassenen, zodat zij in staat zijn te lezen of een basiskwalificatie te behalen en daarmee betere keuzes te maken en/of een geschikte werkkring te vinden en hun eigen inkomen te verwerven. Artikel 9, eerste en tweede lid van de Wet structuur uitvoeringsorganisatie werk en inkomen (SUWi) bevat bovendien een opdracht tot samenwerking van diensten, instellingen en bestuursorganen, die op aanpalende terreinen taken uitvoeren.
2. Het voorkomen dat kwetsbare mensen door allerlei tegenslag, zoals schulden, sociale problematiek, verslaving of (seksueel) geweld kopje onder gaan en buiten de maatschappij komen te staan. Allereerst moeten gemeenten de openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ) en de niet op behandeling gerichte verslavingszorg inrichten. Verder gaat het om het bevorderen van maatschappelijke participatie en zelfredzaamheid van ouderen, chronisch zieken en mensen met psychosociale problematiek of met een verstandelijke of lichamelijke beperking. Het taakveld ouderengezondheidszorg uit de Wpg sluit hierbij aan. Deze inzet kan voorkomen dat hun gezondheid onnodig schade oploopt of zwaardere zorg noodzakelijk maakt. Dit gebeurt bijv. door het aanbieden van voorzieningen, waarmee – onder voorwaarden - die beperkingen worden gecompenseerd die het participeren in de weg staan.

De lokale pijlers "omgeving", "jeugd" en "vangnetten" bestaan veelal niet in de organisatie zelf. Op zowel rijks- als gemeente-

lijk niveau zijn afdelingen of diensten georganiseerd naar beleidsdomein, vaak gekoppeld aan specifieke wetten. Elk domein is ieder voor zich een eigenstandige organisatorische eenheid, verticaal gegroepeerd in kolommen (verkokering). Zo stond in de openbare gezondheidszorg de directie publieke gezondheid van het ministerie van VWS aan de wieg van de Wpg en ontwikkelen ambtenaren volksgezondheid binnen de gemeente het lokale beleid op dit terrein. Dit speelt ook bij de Wmo met een aparte Directie Maatschappelijke Ondersteuning bij het Ministerie van VWS en een gemeentelijke afdeling of dienst die het beleid op dit terrein vorm geeft. Dit belemmert de afstemming en samenwerking tussen afdelingen of beleids-terreinen.

Nu wordt de één-loketgedachte in een aantal gemeenten uitgewerkt door bundeling van gemeentelijke sociale dienst en Wmo-loket in één toegangspunt waar burgers met hun hulpvragen terecht kunnen. Ook in beleid wordt dit nu opgepakt: met de toename van het aantal taken en verantwoordelijkheden van gemeenten bijvoorbeeld in de jeugdzorg (met de Wet Zorg voor jeugd), in onderwijs (met de Wet passend onderwijs) en sociale zekerheid (via de Wet werken naar vermogen), wordt afstemming gestimuleerd.

Afhankelijk van wetgeving en taakveld heeft de gemeente een specifieke combinatie van rollen, variërend van beleidsmaker, financier, opdrachtgever en/of handhaver. Op het terrein van preventie van welvaartsziekten heeft de gemeente veel vrijheid bij het voorbereiden en invullen van haar beleid (hoofdstuk 3); de gemeente genereert kennis en zet deskundigheid en financiële middelen in bij de voorbereiding en uitvoering van haar beleid (hoofdstuk 4). Bovendien is de gemeente regisseur, opdrachtgever en soms uitvoerder; ze werkt daarbij nauw samen met verschillende lokale partners of betreft regionale of landelijke stakeholders, die lokaal invloed of belangen hebben (hoofdstuk 5).

2.2 Samenwerking in de regio

Gemeenten staan niet op zich. Er vindt veel verkeer plaats tussen gemeenten. Mensen wonen in de ene gemeente maar werken of recreëren in een andere en hun kinderen gaan weer bij een volgende buurgemeente naar school. Investerings in een gemeente komen dan ook regelmatig ten goede aan inwoners van een andere gemeente.

Veel gemeenten werken samen; kleinere gemeenten kiezen vaak voor samenwerking, wanneer zij de verzwaren van het takenpakket niet zelfstandig kunnen behappen. Er zijn verschillende vormen van samenwerking mogelijk: in regioverband of met andere (kleinere) gemeenten. Op Wmo-gebieden als opvoedingsondersteuning, aanbesteding van huishoudelijke hulp e.d. werkte in 2008 67% van de gemeenten uit vrije wil formeel samen met andere gemeenten (Klerk, Gilsing & Timmermans (reds), 2010). Soms wordt deze samenwerking verplicht gesteld zoals op het terrein van de OGGZ. Hier ontvangen 43 centrumgemeenten financiering van het rijk. Zij moeten samen met andere gemeenten uit de regio de zorg en ondersteuning vorm geven.

Op het terrein van de publieke gezondheidszorg worden gemeentelijke taken gebundeld en neergelegd bij de gemeentelijke gezondheidsdienst (GGD).⁴ De mate van samenwerking tussen gemeenten is per regio verschillend, maar het gaat steeds alleen om de uitvoering, die op bovengemeentelijk niveau wordt vormgegeven; de bestuurlijke en financiële verantwoordelijkheid blijft bij de afzonderlijke gemeenten liggen.

Gemeentelijke gezondheidsdienst (GGD)

Gemeenten zijn verplicht op basis van artikel 14 lid 1 Wpg een gemeentelijke gezondheidsdienst in te stellen om een aantal werkzaamheden uit te voeren, die zijn omschreven in de Wpg en het besluit publieke gezondheid. Op het terrein van gezondheidsbevordering gaat het slechts om een beperkt aantal werkzaamheden en bevoegdheden.

De regionaal werkende GGD wordt door meerdere gemeenten met een gemeenschappelijke regeling ingesteld.⁵ Een gemeenschappelijke regeling is een publiek rechtelijke vorm van samenwerking. Op deze manier kunnen - aanvullend aan de regeling van de Algemene Wet Bestuursrecht (Awb) - gemeentelijke bevoegdheden van regeling en bestuur worden overgedragen die aan de besturen van de aan de regeling deelnemende gemeenten toekomen (artikel 30 jo. 8 WGR). De inhoud van de gemeenschappelijke regeling bepaalt de speelruimte van de GGD en daarmee ook de mogelijkheid om maatwerk te leveren.

De GGD is een openbaar lichaam met de bevoegdheden van een rechtspersoon. Hij kan zelfstandig deelnemen aan het rechtsverkeer en bijvoorbeeld overeenkomsten sluiten. In dat

geval kan de GGD beschouwd worden als een met andere aanbieders concurrerende partij op een zorgmarkt. Het staat gemeenten vrij om in de gemeenschappelijke regeling beperkingen aanbrengen in de bevoegdheden die de GGD van rechtswege bezit om aan het maatschappelijk verkeer deel te nemen (artikel 31 WGR).

In 2011 waren er nog 28 GGD'en; in 2012 moeten het er 25 worden. De diensten verschillen onderling enorm, niet alleen in taken en functie, maar ook in werkgebied, omvang en werkwijze. De meeste GGD'en werken regionaal, maar GGD Den Haag en GG&GD Utrecht werken van oudsher uitsluitend voor één gemeente en waren letterlijk onderdeel van het organisatorische verband van die gemeente. Beiden zullen samengaan met een GGD die werkt voor de omliggende gemeenten. De kleinste GGD is die van Rivierenland. Deze GGD werkt slechts voor 10 kleine, zogenaamde plattelandsgemeenten, waarvan geen enkele een centrumgemeente is. Deze GGD moet vanaf 1 januari 2012 samengegaan met GGD Nijmegen e.o. De grootste GGD qua bereik is GGD Rotterdam-Rijnmond. Sommige GGD-regio's vallen samen met de provinciegrenzen, zoals GGD Fryslân.

Samengevat zijn er verschillende bronnen voor de taken van de GGD.

1. Wettelijke taken zoals vastgelegd in de Wpg en uitgewerkt in het besluit publieke gezondheid (basistaken).
2. Extra taken die gemeenten hebben vastgelegd in een gemeenschappelijke regeling.
3. De extra taken zoals vastgelegd in overeenkomsten met (individuele) gemeenten.

De taken die de GGD krijgt en de manier waarop de dienst deze uitvoert, kunnen dus variëren per gemeente of regio.

Op het terrein van gezondheidsbevordering zijn de verplichte, wettelijke werkzaamheden van de GGD beschreven in artikel 2 tweede lid Wpg en artikel 2 van het besluit publieke gezondheid. Het zijn:

- a. Het verwerven van, op epidemiologische analyse gebaseerd, inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking als geheel en van diegenen die door een ramp worden getroffen.
- b. Het elke vier jaar, voorafgaand aan de opstelling van de nota gemeentelijke gezondheidsbeleid op landelijk gelijkvormige wijze verzamelen en analyseren van gegevens over deze gezondheidssituatie.

- c. Het bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen.
- d. Het bijdragen aan opzet, uitvoering en afstemming van preventieprogramma's, met inbegrip van programma's voor de gezondheidsbevordering; daartoe behoort ook het in stand houden van een structuur voor de samenwerking tussen instellingen die taken vervullen op het gebied van gezondheidsbevordering.
- e. Het bevorderen van medisch milieukundige zorg. Hieronder wordt begrepen: (1) het signaleren van ongewenste situaties; (2) het adviseren van de bevolking over risico's, inclusief gezondheidskundig advies over gevaarlijke stoffen, in het bijzonder bij (dreiging van) rampen; (3) het beantwoorden van vragen uit de bevolking en het geven van voorlichting; (4) het verrichten van onderzoek.
- f. Het bevorderen van technische hygiënezorg met inbegrip van:
 - (1) het bijhouden van een lijst met instellingen waar, gezien de aard van de doelgroep en de omstandigheden waaronder de activiteiten worden verricht; en verhoogd risico bestaat op de verspreiding van pathogene micro-organismen; (2) het adviseren van de onder a bedoelde instellingen over de mogelijkheden op het gebied van bouw, inrichting en organisatie van de activiteiten om de risico's op verspreiding van pathogene micro-organismen te verkleinen; (3) het signaleren van ongewenste situaties; (4) het beantwoorden van vragen uit de bevolking en het geven van voorlichting.
- g. Het bevorderen van psychosociale hulp bij rampen.
- h. Het geven van prenatale voorlichting aan aanstaande ouders.

Niet al deze werkzaamheden zijn gericht op de preventie van welvaartsziekten. De milieukundige werkzaamheden (E en F) en G zijn voor een belangrijk deel gekoppeld aan de bestrijding van infectieziekten en rampen. Ze vallen buiten het bereik van deze studie.

De werkzaamheden op het terrein van jeugd- en ouderengezondheidszorg lopen in de Wpg grotendeels parallel en zijn vastgelegd in artikel 5 tweede lid en artikel 5A tweede lid. Ze omvatten:

- a. Het op systematische wijze volgen en signaleren van ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van jeugdigen en ouderen en van gezondheidsbevorderende en -bedreigende factoren,

- b. Het ramen van de behoeften aan zorg.
- c. De vroegtijdige opsporing en preventie van specifieke stoornissen, met uitzondering van enkele perinatale onderzoeken en het aanbieden van vaccinaties voorkomend uit het Rijksvaccinatieprogramma.
- d. Het geven van voorlichting, advies, instructie en begeleiding.
- e. Het formuleren van maatregelen ter beïnvloeding van gezondheidsbedreigingen.

De taken op het terrein van de JGZ kunnen aan de GGD worden opgedragen, maar ook aan andere zorginstellingen zoals de thuiszorg (art. 14 lid 2 Wpg). Dit gebeurt voornamelijk voor de jeugdigen tussen 0 en 4 jaar (consultatiebureaus). De JGZ-taken zijn in het besluit publieke gezondheid verder gespecificeerd en omvatten het basistakenpakket (artikelen 3 – 9 besluit publieke gezondheid).

De preventie van welvaartsziekten op basis van de Wpg is binnen de GGD maar een klein onderdeel waar weinig budget tegenover staat. Ook wanneer andere preventieve werkzaamheden worden meegenomen die de GGD uitvoert in het kader van de Wmo, betreft het slechts een beperkt deel van het totale takenpakket. Het gaat hier vooral om taken op het terrein van OGGZ, dat oorspronkelijk deel uitmaakte van de voorloper van de Wpg⁶ en om die reden tot het werkkerrein van de GGD werd gerekend, en het preventief jeugdbeleid, dat aansluit op de taken op het terrein van de JGZ.

De omvang van de GGD zit vooral in de gezondheidsbescherming, zoals de infectieziektebestrijding en de preventie van (gevolgen van) rampen. Het onderstaande overzicht laat zien welke werkzaamheden een GGD zoal kan vervullen.

Uit dit overzicht en de opsomming van de wettelijk geregelde werkzaamheden blijkt al dat de GGD verschillende rollen heeft, namelijk onderzoeker, adviseur, uitvoerder en voorlichter. De adviesrol wordt nog eens extra onderstreept door de wettelijke verplichting van het college van B en W om de GGD advies te vragen bij besluiten die belangrijke gevolgen kunnen hebben voor de publieke gezondheidszorg (artikel 16 Wpg). GGD'en kiezen er soms voor zich te richten op een specifieke rol. Zo liet GGD Gelre-IJssel weten zich te willen ontwikkelen naar een expertisecentrum. GGD Rivierenland stelt zich op als bruggenbouwer in de regio.

Verder ontwikkelen vel GGD'en zich van uitvoerder tot regisseur. GG&GD Utrecht en GGD Rotterdam-Rijmond nemen hier het voortouw.

Categorieën	Onderwerpen	Thema's/projecten
Jeugd	Jeugdgezondheidszorg Kinderopvang	Centra Jeugd en Gezin Intergale JGZ, Overheveling Jeugdzorg, Uitvoering JGZ, Hygiëne- en veiligheidscontrole
Kennis & Innovatie	Innovatie	Innovatie bij de GGD'en Academische werkplaatsen
	Kennis	Gezondheidsmonitor, Epidemiologie, Regionale Gezondheidsinformatie, Publieksinformatie,
	Kwaliteit	Benchmark
Openbare gezondheidszorg (OGZ)	Gemeentelijk Gezondheidsbeleid Gezondheidsbevordering OGGZ	Wijkgericht werken, Integraal werken, Samenwerking preventiezorg – welzijn (ouderengezondheidszorg en Wmo) Depressiepreventie Gezondheidsachterstanden Leefstijlthema's zoals overgewicht, sport en bewegen, roken, alcohol, verslaving, drugs. Social marketing Sociale Veiligheid Diverse steunpunten
Zorg en veiligheid	Gezondheid en Milieu	Project Bewustwording Binnenmilieu basisscholen,

	Infectiebestrijding en preventie	Organisatie medische milieukundige zorg, Richtlijnen, Modellen Rijksvaccinatieprogramma bestrijding van o.a. Soa en TBC, Zoönosen, Antibiotica resistentie, Technische Hygiënezorg, Reizigerszorg
	Opgeschaalde Zorg	GGD rampen opvangplan Opleiden, trainen, oefenen, Project Samen Beter Voorbereid
	Publieke Gezondheidszorg Asielzoekers (PGA) Sociale Veiligheid	Landelijke Zorginhoudelijke taken Forensische Geneeskunde

Veiligheidsregio

Een andere, verplichte vorm van samenwerking tussen gemeenten is de veiligheidsregio. Ook dit openbare lichaam is door de gemeenten die behoren tot een dergelijk regio, ingesteld via een gemeenschappelijke regeling. De basis is de Wet Veiligheidsregio's die sinds 1 oktober 2010 van kracht is. Deze wet beoogt een efficiënte en kwalitatief hoogwaardige organisatie van brandweezorg, rampenbestrijding, crisisbeheersing en geneeskundige hulpverlening onder één regionale bestuurlijke regie te realiseren. De organisatie van deze functies is een verantwoordelijkheid van de gemeente (artikel 2 WVR). De Wvr (artikel 10) bepaalt welke taken en bevoegdheden gemeenten overdragen aan het bestuur van de veiligheidsregio.

Er zijn 25 veiligheidsregio's en vanaf 1 januari 2012 moet hun werkgebied samenvallen met dat van de GGD (congruentie). De veiligheidsregio's zijn vastgelegd in de bijlage bij de wet veiligheidsregio's (WVR). Om dit te realiseren moesten nog enkele incongruenties worden opgelost. Zo moest in Noord-Brabant behoorlijk worden geschoven om congruentie tussen veiligheidsregio en GGD te realiseren. Ook moeten in veiligheidsregio's met meerdere GGD'en, zoals in veiligheidsregio Gelderland-Zuid, GGD'en samengaan. GGD Rivierenland en

GGD Nijmegen en omstreken zoeken, net als het geval was bij het ontstaan van GGD Rotterdam-Rijnmond, naar creatieve oplossingen om de eigenheid van GGD'en en de relatie met hun gemeenten te behouden.

GHOR

Binnen de veiligheidsregio werkt de GGD nauw samen met de eveneens regionaal werkende GHOR (geneeskundige hulpverleningsorganisatie bij rampen). De GHOR is belast met de coördinatie, aansturing en regie van de (voorbereiding op) geneeskundige hulpverlening bij rampen en crises en met de advisering van andere overheden en organisaties op dat gebied (artikel 1 Wvr). Bij de GHOR zelf werken géén hulpverleners. De GHOR werkt dus nauw samen met geneeskundige hulpverleners. Alleen de aangewezen instellingen, zorgaanbieders, ambulancevervoerders en de GGD zijn verantwoordelijk voor de zorg bij rampen en tijdens crises. In die situaties zijn zij door tussenkomst van een meldkamer beschikbaar als onderdeel van een gecoördineerde inzet van diensten en organisaties.

De GHOR richt zich uitsluitend op de hulpverleningsprocessen rondom de opgeschaalde spoedeisende medische hulpverlening (SMH), de psychosociale hulpverlening bij ongevallen en rampen (PSHOR) en de preventieve openbare gezondheidszorg (POG). De GGD heeft, naast de dagelijkse gezondheidsbevorderende en –beschermende taken, belangrijke taken in de uitvoerende coördinatie van twee van de GHOR-processen - de bestrijding van infectieziekten en de psychosociale hulpverlening. De organisatie van de GGD is er op ingericht dat zij bij calamiteiten onmiddellijk capaciteit beschikbaar heeft om de juiste (coördinerende) maatregelen te nemen. Daarmee is de GGD één van de belangrijkste partners van de GHOR.

Uit de inventarisatie van het bureau veiligheidsberaad blijkt dat geen enkele veiligheidsregio op exact dezelfde wijze georganiseerd is (Hartkamp, 2011). In 2010 bleek dat de gemeenten in vijf veiligheidsregio's een gezamenlijke gemeenschappelijke regeling afgesloten hebben voor de veiligheidsregio en GGD. Hulpverleningsdienst Fryslân is hier een voorbeeld van. Twintig veiligheidsregio's hebben een aparte gemeenschappelijke regeling voor de veiligheidsregio en één of twee voor de GGD. Een voorbeeld is de regio Rotterdam-Rijnmond. In vier van deze regio's heeft de GGD een meervoudige gemeenschappelijke regeling: behalve de GGD taken maken ook andere gemeentelijke taken onderdeel uit van de regeling. In 14 regio's zijn de GHOR-taken ondergebracht bij een GGD in

de veiligheidsregio. In 13 regio's zijn GHOR en GGD gezamenlijk gehuisvest.

Leiding en sturing

De samenwerking tussen GHOR en GGD is zó belangrijk, dat artikel 32 WVR bepaalt dat de directeur van de GHOR tevens deel uit moet maken van de directie van de in het gebied van de veiligheidsregio gelegen gemeentelijke gezondheidsdienst. Met de tweede tranche van de Wpg is geregeld dat vanaf 1 januari 2012 GHOR en GGD onder leiding zullen staan van één directeur publieke gezondheid. Zolang de verantwoordelijkheid voor de leiding van de GGD en de GHOR maar bij één directeur ligt, kan ook dan nog voor een meerhoofdige directie worden gekozen. De directeur wordt benoemd door het algemeen bestuur van de GGD, in overeenstemming met het bestuur van de veiligheidsregio en is belast met de operationele leiding van de geneeskundige hulpverlening. Dit is bij grootschalige branden, rampen en crises een belangrijke coördinerende en aansturende functie.

Een gemeenschappelijke regeling met een openbaar lichaam kent drie verplichte bestuursorganen: een algemeen bestuur, een dagelijks bestuur en een voorzitter, die beiden voorzitter (art. 12 WGR). Het algemeen bestuur wijst over het algemeen de voorzitter aan. Het dagelijks bestuur van het openbaar lichaam bestaat uit de voorzitter en twee of meer andere leden.

Als er een aparte gemeenschappelijke regeling is voor de GGD, zullen de wethouders volksgezondheid in het algemeen bestuur zitting hebben, eventueel aangevuld met raadsleden of andere collegeleden. Is de GGD ondergebracht in een gemeenschappelijke regeling van de veiligheidsregio, die ook andere taken uitvoert, dan bestaat het algemeen bestuur uit de burgemeesters van de deelnemende gemeenten. Om de portefeuillehouders volksgezondheid invloed te geven op het reilen en zeilen van de GGD, kan een adviescommissie worden ingesteld, die het bestuur adviseert, of een bestuurscommissie, waaraan het algemeen bestuur alle taken en bevoegdheden ten aanzien van de GGD overdraagt, met uitzondering van het vaststellen van de begroting en de jaarrekening.

Door de regionale positionering van de GGD hebben gemeenten, en vooral de kleinere, nauwelijks rechtstreekse sturingsmogelijkheden op hun GGD. In de handreiking "regie gezondheidszorg" wordt gemeenten de volgende opties voorgesteld om er voor te zorgen dat de dienstverlening van de GGD (meer) wordt toegespitst op hun lokale doelen:

- *Medebestuurders van andere gemeenten en de GGD (-directie) overtuigen dat het gewenst is te komen tot een beleid dat meer gericht is op dienstverlening op maat.*
- *Investeren in goede samenwerkingsrelaties met de GGD op verschillende niveaus. Het is belangrijk dat de (medisch georiënteerde) professionele wereld van de GGD contact maakt met de politiek-bestuurlijke wereld van de gemeente.*
- *De GGD overtuigen van het belang van een andere werkvijze door voorbeelden van GGD'en die proberen in hun dienstverlening en advisering diensten 'op maat' te leveren, 'hun' gemeenten als klant/opdrachtgever te beschouwen en rekening te houden met verschillende lokale contexten.*
- *Investeren in gesprekken tussen gemeenteraden en GGD. Dit is van belang om het primaat van de politiek te benadrukken en het commitment van gemeenteraden vast te houden voor gezondheidsbeleid.*
- *Het portefeuillehoudersoverleg zo in te richten dat de GGD nadrukkelijk en alleen uitgenodigd wordt in de rol van adviseur/deskundige. Hierdoor wordt het primaat van de politiek en de bepalende rol van bestuurders duidelijk.*

Uit de werkbezoeken blijkt dat de verhouding tussen bestuur en directie van de GGD per regio varieert. Ook binnen een regio kunnen gemeenten zich verschillend ten opzichte van hun GGD opstellen: er bestaan soms directe lijnen tussen directie en gemeentelijke bestuurders, waardoor de GGD met elke gemeente een eigen relatie kan opbouwen. Binnen de regio kunnen ook hierdoor verschillen zijn in rolverdeling en taakopvatting.

2.3 Conclusies

De gemeentelijke taken op het terrein van de preventie van welvaartsziekten zijn vastgelegd in de Wpg en de Wmo maar ook in verschillende andere wetten die hier buiten beschouwing blijven. Op zowel het landelijke als het lokale niveau zijn deze wetten tevens de basis voor de verschillende beleidssectoren en bijbehorende afdelingen of diensten (GGD, Sociale Dienst, Wmo en Centrum Jeugd en Gezin). Het streven is dat de diensten meer samenwerken in bijv. één loket voor de burger. Tegelijkertijd krijgt de gemeente steeds meer taken, waardoor ook de complexiteit toeneemt. Dit kan samenwerking en integratie belemmeren. Bovendien noopt het kleinere gemeenten tot regionale samenwerking; lokaal maatwerk wordt dan lastiger.

De GGD is een belangrijke speler bij de preventie van welvaartsziekten. Hij kan de verbinding leggen tussen gemeenten en heeft regionale contacten. De dienst vervult werkzaamheden op verschillende beleidsterreinen en kan als (onafhankelijk) adviseur worden betrokken in de beleidsvoorbereiding, als uitvoerder van opgedragen projecten of als coördinator van programma's. Daarnaast kan de GGD per gemeente aparte opdrachten verkrijgen, als zijn diensten worden geprefereerd boven die van andere spelers op de markt. Hij concurreert dan met andere aanbieders en kan door aanvullende taken extra middelen en invloed op aanpalende beleidsterreinen genereren.

De diversiteit aan taken en relaties geeft de GGD de mogelijkheid om keuzes te maken in de wijze waarop men zich opstelt, profileert en handhaaft. De dienst vult de gemeente aan. De verschillende rollen en daarbij behorende belangen kunnen echter ook strijdig zijn en de positie van de GGD verzwakken. Als onduidelijkheid bij andere partijen het gevolg is, neemt de betrouwbaarheid en effectiviteit van de dienst af. Aandacht is vereist voor politiek-bestuurlijk vakmanschap.

De rolopvatting van GGD'en verandert. Ze gaan zich specialiseren en stellen zich meer autonoom op. Er zijn enkele voortrekkers die een voorbeeldfunctie zouden kunnen vervullen, maar het ontbreekt nog aan informatie-uitwisseling. Zo vroeg men zich af wat het oplevert om ervaringen te delen. Om elkaar te stimuleren en informeren is meer samenwerking tussen GGD'en met een specifieke deskundigheid nodig.

De regionale inbedding van de GGD kan strijdig zijn met haar lokale rol. De dienst werkt immers voor alle gemeenten in de veiligheidsregio en wordt door hen bestuurd. Tegelijkertijd is hij voor iedere gemeente afzonderlijk een eigen dienst. Lokale belangen kunnen verschillen van de regionale belangen. Tegelijkertijd kan de regionale positionering lokaal maatwerk belemmeren. De dienst is immers vaak gevestigd in een apart gebouw en niet in de gemeente waarvoor de dienst werkt. Dit beperkt het zicht op lokale omstandigheden en netwerken, zodat de communicatie tussen GGD-adviseurs en gemeente-ambtenaren extra inzet vraagt. Tenslotte is de GGD - afhankelijk van de vastgelegde gemeentelijke afspraken in de gemeenschappelijke regeling en de verhouding tussen gemeentelijke portefeuillehouder en directie - niet altijd vrij maatwerk te leveren.

Op weg naar congruentie van GGD- en veiligheidsregio hebben de laatste jaren verschillende fusies en reorganisaties plaatsgevonden. De opschaling van de GGD-regio's biedt kansen voor vergroting van de expertise en behoud van continuïteit. Tegelijkertijd heeft het voor individuele gemeenten moeilijker gemaakt om de besluitvorming te beïnvloeden en voor de GGD lastiger om het lokale niveau te beïnvloeden. Hierdoor kan de volksgezondheidsagenda van de GGD op de achtergrond raken. Regionale belangen van veiligheid nemen binnen GGD en gemeente aan belang toe. Niet alleen de veranderde organisatie van de publieke gezondheidszorg, maar ook de wetwijzigingen en de uitbraak van besmettelijke ziekten zijn hiervoor mede verantwoordelijk.

In Rivierenland zijn programmaraden ingesteld die het gezamenlijke, regionale beleid vormgeven. Op het terrein van gezondheid is in samenwerking met de GGD een regionale aanpak afgesproken. Speerpunten zijn (1) aanpakken van risicovolle (leefstijl) factoren en (2) Het terugdringen van de sociaaleconomische gezondheidsverschillen (SEGV). De aanpak, die tot 2012 geldt, is de basis van het lokale gezondheidsbeleid van Tiel, zoals dat in de programmabegroting 2011-2014 is beschreven onder het kopje "gezond en gelukkig leven". De gemeente voert intersectoraal beleid. Zo is het gezondheidsbeleid onderdeel van het onderwijs- en jeugdbeleid, het sport- en milieubeleid. De volgende beleidsthema's komen in de programmabegroting aan de orde.

- 1. bestrijding van de sociaaleconomische gezondheidsverschillen met integraal beleid rondom de speerpunten: alcohol, roken, overgewicht en de aanpak van gezondheidsproblematiek bij allochtonen.*
- 2. projecten op het terrein van breedtesport en bewegingsonderwijs gericht op jeugd.*
- 3. Projecten gericht op depressiepreventie vanuit een communitybenadering.*
- 4. Afronding van het project Versterking ouderenadvisering door onder meer huisbezoeken.*
- 5. Inspanningen op het terrein van openbare geestelijke gezondheidszorg, maatschappelijke opvang en verslavingsbeleid. In het programma zijn alleen voor de jeugd onder 2 concrete doelen geformuleerd op onderwerpen als ervaren gezondheid, overgewicht en een cluster van leefstijlfactoren. Verder wordt verwezen naar achterliggende programma's en projectplannen.*

3 Doelgerichtheid

3.1 Het formele beleidskader

Een organisatie is in het leven geroepen om een specifiek doel te dienen. De organisatie van preventie van welvaartsziekten heeft het doel gezondheidswinst te realiseren en is effectief als ze de last als gevolg van welvaartsziekten weet te voorkomen of beperken. Het beleid laat zien hoe de organisatie tot realisering van haar doel wil komen. Het beleid is effectief als de beoogde doelstellingen met de gehanteerde instrumenten worden bereikt en de effecten in voldoende mate aan het beleid kunnen worden toegeschreven.

In dit hoofdstuk wordt gekeken hoe de organisatie van de preventie van welvaartsziekten op het lokale niveau meer “doelgericht” kan worden. Spil in deze organisatie is de gemeente. Ze is gebonden aan het formele kader bestaande uit verschillende wetten. De belangrijkste daarvan is de Wpg, die aan gemeenten en Rijk gezamenlijke, complementaire verantwoordelijkheid voor de publieke gezondheidszorg geeft. Daarnaast spelen zich ook op het informele niveau allerlei processen af die van invloed zijn op de keuze van prioriteiten in het gemeentelijk beleid en de doelgerichtheid van de organisatie als geheel.

De inhoud van de gezondheidsnota

De laatste jaren zijn de eisen betreffende het lokale beleid behoorlijk aangescherpt. Nu is de gemeente verplicht elke vier jaar een beleidsnota over de publieke gezondheidszorg uit te brengen (artikel 13 lid 2 Wpg). Daarin dient de raad in ieder geval aan te geven hoe het College van Burgemeester en Wethouders de komende vier jaar uitvoering zal geven aan de taken die de Wpg aan gemeenten oplegt. Als het gaat om preventie van welvaartsziekten, betreft het die op het terrein van gezondheidsbevordering, jeugd- en ouderengezondheidszorg. De nota dient doelstellingen voor elk van de taken te vermelden, de acties die worden ondernomen om deze doelen te halen en de resultaten die de gemeente wenst te realiseren. Ten slotte moet zij aangeven hoe het college van B en W uitvoering zal geven aan de verplichting om de GGD advies te vragen bij besluiten die belangrijke gevolgen kunnen hebben voor de publieke gezondheidszorg (artikel 13 lid 2 jo. Artikel 16 Wpg).

Het gemeentelijke gezondheidsbeleid verloopt volgens een cyclus. De beleidscyclus kent volgens de handreiking “de gezonde gemeente” van RIVM vier fasen.

1. Beleidsvoorbereiding. Dit bestaat uit (1) een terugblik op de vorige beleidsperiode; (2) een analyse van de gezondheidsproblemen die lokaal en regionaal spelen; (3) afstemming in de regio, de zorgsector en andere beleidssectoren op het lokale niveau.
2. Beleidsformulering. Deze fase bestaat uit overleg met en advisering door derden. Het resultaat is de gemeentelijke of regionale nota gezondheidsbeleid.
3. Beleidsuitvoering. De start is het uitvoeringsprogramma met de vertaling van de beleidsdoelstellingen naar concrete interventies en de inzet van belanghebbenden.
4. Beleidsevaluatie. De evaluatie van de interventies en de bijdrage van het totale uitvoeringsprogramma aan de vooraf gestelde beleidsdoelen leveren informatie over de effectiviteit en efficiency van het beleid in de voorgaande periode. Dit is de input voor de nieuwe cyclus.

Daarnaast is het gemeentelijke gezondheidsbeleid onderdeel van de preventiecyclus⁷ en zijn gemeenten gehouden de landelijke beleidsprioriteiten als aangrijpingspunt voor hun beleid in hun nota's mee te nemen. De Minister kan hiermee het lokale beleid dus richting geven (artikel 13 lid 3). De landelijke beleidsprioriteiten worden vastgelegd in een nota op het terrein van de publieke gezondheidszorg die de minister van VWS volgens artikel 13 lid 1 Wpg elke vier jaar dient vast te stellen. Hieraan is tevens een landelijk uitvoeringsprogramma gekoppeld. Op 25 mei 2011 is de landelijke nota gezondheidsbeleid “gezond dichtbij” door minister Schipper uitgebracht.

De doelstellingen in de drie landelijke preventienota's van de afgelopen acht jaren zijn nauwelijks veranderd:

- toename van de levensverwachting;
- toename aantal gezonde levensjaren;
- verkleinen van vermijdbare gezondheidsachterstand (bij mensen uit lagere sociaaleconomische milieus).

In alle nota's was het hoofdthema “gezonde leefstijl” en ook de speerpunten kwamen overeen. Ging het in de eerste nota alleen over roken, overgewicht en diabetes; in de opvolgende nota's werden depressie en schadelijk alcoholgebruik toegevoegd.

De derde nota “Gezondheid dichtbij” besteedt bovendien speciale aandacht aan (de weerbaarheid van) de jeugd en bevordering van sport en bewegen. Er wordt de verbinding gelegd met het Olympisch plan 2028. In deze nota staan eigen verantwoordelijkheid en eigen kracht van mensen

centraal. Het uitgangspunt is de behoeften en wensen van de mensen, niet de stelsels of sectoren die zorg leveren. De prioriteit van de overheid ligt bij de gezondheidsbescherming; op leefstijlinterventies wordt flink bezuinigd. Het gaat erom burgers in staat te stellen zelf te beslissen over hun leefstijl. De gemeente dient de randvoorwaarden te creëren o.a. in de vorm van een veilige, gezonde leefomgeving; zowel zorg als sport moeten beschikbaar zijn dichtbij mensen, in de buurt. De gemeente heeft het voortouw om sterkere fysieke, organisatorische en inhoudelijke verbinding aan te brengen tussen de publieke gezondheid (Wpg), de basiszorg vanuit Zvw, Awbz en Wmo en andere beleidsterreinen. Daarbij moeten er afspraken komen met zorgverzekeraars en zorgverleners. Intersectorale en publiekprivate samenwerking zijn belangrijke instrumenten.

Monitoring

Ter voorbereiding van de lokale beleidsnota is naast de landelijke beleidsnota ook de input van de GGD belangrijk. De gemeente is wettelijk verplicht de GGD te belasten met het verzamelen en analyseren van gegevens over de gezondheidssituatie van de bevolking op landelijk gelijkvormige wijze (artikel 2 lid 2 Wpg jo. Artikel 14 lid 1). Vereist is inzicht dat is gebaseerd op epidemiologische analyse. Evenzo wordt in de artikelen 5 en 5A Wpg van gemeenten gevraagd, dat zij op systematische wijze zowel de ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van jeugdigen en ouderen volgen en signaleren evenals gezondheidsbevorderende en bedreigende factoren. Ook dient een gemeente de behoefte aan deze zorg te ramen. Voor de JGZ is in het besluit publieke gezondheid vastgelegd welke informatie verzameld en geanalyseerd dient te worden. Bij de JGZ kan het zijn dat de GGD deze gegevens betreft bij een andere zorginstelling, die op basis van artikel 14 lid 2 Wpg door het college van B&W is aangewezen.

De gegevens worden verzameld door middel van enquêteonderzoek. Dit onderzoek wordt per doelgroep vierjaarlijks herhaald (Brink et al., 2005). Er zijn vier monitors:

- een monitor gebaseerd op gegevens van ouders van 0-12-jarigen,
- een monitor onder scholieren uit het voortgezet onderwijs van 12-18 jaar (e-movo),
- een monitor voor volwassenen van 18-65 jaar,
- een ouderenmonitor onder 65plussers.

GGD'en en thuiszorgorganisaties brengen hun gegevens samen op de site voor de Lokale en Nationale Monitor (LNM) Volksgezondheid.⁸

Bovendien hebben RIVM en enkele GGD'en een regionale versie van de nationale VTV ontwikkeld. In deze regionale VTV worden lokale, regionale en landelijke gegevens over volksgezondheid en zorg verzameld, geanalyseerd en geïntegreerd op nationaal vergelijkbare wijze. De regionale VTV bestaat uit de volgende onderdelen:

- Regionaal rapport met bijbehorende deelrapportages.
- Gemeentelijke rapporten,
- Websites: het regionaal kompas volksgezondheid en/of de gezondheidsatlas.⁹

Tien GGD'en hebben inmiddels een regionale VTV (of VTV) uitgebracht.

Ondanks het wettelijke vereiste blijken gegevens in de monitoren niet altijd op uniforme wijze te zijn verkregen; het gaat ook niet steeds om gestandaardiseerde gegevens. RIVM, TNO, GGD NL10 en ActiZ werken al enige jaren aan de uniformering en standaardisering van de vragenlijsten. Voor verschillende indicatoren zijn inmiddels een vaste set van basisvragen ontwikkeld en een set van facultatieve vragen waaruit aanvullend kan worden gekozen. Toch gaven verschillende GGD'en tijdens de werkbezoeken aan hun gemeenten de ruimte te geven om vragen in hun enquêtes toe te voegen en de vraagstelling aan te passen. Dit is anders voor de JGZ. Hier geldt een digitaliseringsplicht (artikel 5 lid 3 Wpg): het college van B&W dient er voor te zorgen dat patiëntgegevens in de JGZ digitaal worden opgeslagen. Dit gebeurt in het Digitaal Dossier Jeugdgezondheidszorg (DDJGZ). Om de overdracht en uitwisseling van JGZ-gegevens te uniformeren en standaardiseren hebben GGD NL, ActiZ, onder regie van NCJ een standaard ontwikkeld: de Basisdataset JGZ (BDS). Deze landelijke registratieset voor de JGZ geeft aan welke kindgegevens worden geregistreerd voor zowel de individuele begeleiding van de kinderen als voor beleid, onderzoek en epidemiologie.

De verdere rol van de GGD bij de beleidsvoorbereiding is verschillend, zo bleek uit de werkbezoeken. GGD Fryslân geeft aan dat de dienst aan gemeenten vooral informatie levert over de gezondheidstoestand van de bevolking en de resultaten van werkzaamheden van de GGD. De dienst ziet verder een belangrijke taak voor zichzelf bij het agenderen van thema's voor het beleid. In de regio Gelre-IJssel wordt de GGD vaak gevraagd te helpen bij onderbouwing en soms visieontwikkeling die ten grondslag ligt aan de lokale beleidsnota. GG&GD Utrecht fungeert daarentegen als beleidsdienst voor de gemeente Utrecht; de dienst schrijft de nota zelf en

heeft ook veel invloed op andere lokale nota's. GGD Rotterdam-Rijnmond heeft een stevige rol in Rotterdam, zowel bij het schrijven van de nota over volksgezondheid als op andere beleidsterreinen, zoals op het terrein van maatschappelijke ondersteuning. Zijn rol in de overige gemeenten van de regio is beperkt. GGD Rivierenland heeft met gemeenten uit de regio samen een gedeelde visie ontwikkeld en een regionale nota volksgezondheid opgesteld, die aansluit bij de regionale sociale agenda. Uit de expertmeeting bleek dat ook in de GGD-regio Zuid Limburg tijdens deze beleidscyclus een regionale nota is uitgekomen, die later per gemeenten wordt uitgewerkt in een uitvoeringsprogramma.

Uit de IGZ-rapportage (2010) blijkt dat de inhoud en kwaliteit van de gemeentelijke gezondheidsnota's tekortschieten. Gegevens worden onvoldoende benut en beleidskeuzes worden onvoldoende onderbouwd en uitgewerkt. Dit heeft ertoe geleid dat de eisen die de Wpg aan het lokale beleid stelt, recent zijn aangescherpt.

Het onderzoek van SGBO (Dresen et al., 2009) naar de gemeentelijke gezondheidsnota's in de vorige beleidscyclus bestond uit een enquête (respons 65 gemeenten) en analyse van de nota's van 82 gemeenten).

- *De opdrachtgever voor de gezondheidsnota was is 43% van de onderzochte gemeenten het college van B en W, in 20% de gemeenteraad of commissie uit hun gelederen en in 14% het regionaal samenwerkingsverband.*
- *In 76% van de gemeenten heeft de gemeente zelf leiding gegeven aan het proces van het opstellen van de nota. In 11% is dit uitbesteed aan een GGD of extern bureau.*
- *Bijna alle gemeenten hebben de GGD om advies gevraagd bij het opstellen van de gezondheidsnota. Ruim 85% van de gemeenten had van hun GGD advies ontvangen.*
- *Zo'n 97% van de gemeenten heeft een gezondheidsprofiel ontvangen, maar slechts 5% op dorpsniveau en 5% op wijkniveau. In het grootste deel van de nota's (85%) was de beschreven gezondheidstoestand gebaseerd op eigen lokale/regionale cijfers.*
- *87% van de gemeenten hadden in hun gezondheidsnota een beschrijving van de epidemiologische gegevens meegenomen; voor de monitoring van de JGZ lag dit percentage op 83%. De raming van de zorgbehoefte of vraag naar jeugdgezondheidszorg was slechts in 46% van de gemeentelijke nota's meegenomen.¹¹*
- *De samenhang tussen de analyse van gezondheidsproblemen en de beleidsprioritering was in 69% van de nota's voldoende. De beleidsprioriteiten waren in 78% van de gemeenten (grotendeels) gebaseerd op de eigen lokaal/regionaal geconstateerde gezondheidsproblemen.*

- Maar 35% van de gemeenten had hun beleidsdoelen in hun nota smart geformuleerd.
- Slechts 4% van de gemeentelijke nota's bevat informatie over alle preventietaken die de Wpg de gemeente oplegt, inclusief infectieziektebestrijding. De taken op het terrein van gezondheidsbevordering scoorden hoog, behalve de afstemming tussen preventie en curatieve gezondheidszorg. Dit werd in slechts de helft van de nota's benoemd en zelden uitgewerkt in doelstellingen.
- Vier op de vijf gemeenten noemen alle speerpunten uit de tweede landelijke preventienota in hun gezondheidsnota; het bestrijden van overgewicht en depressiepreventie werd door bijna alle gemeenten als speerpunt gezien.
- In 80% van de ondervraagde gemeenten was de nota gekoppeld aan een plan van aanpak of actieplan. Slechts 45% van de gemeenten had een plan van aanpak toegezonden. Van deze gemeenten sloot het plan in 42% van de gevallen ook daadwerkelijk aan bij de inhoud van de nota en had 77% een begroting of budget.
- Slechts in 30% van de lokale nota's was beschreven welke procedure zou worden gevolgd rondom de advisering door de GGD bij besluiten over belangrijke veranderingen met consequenties voor de publieke gezondheidszorg. Uit de antwoorden van de gemeenten bleek echter dat zij dit in de praktijk wel vaker doen: 61% gaf aan advies te vragen en 37,1% deed dit soms.

De Wpg biedt geen basis voor betrokkenheid van of advisering door lokale partijen tijdens de beleidsvoorbereiding, maar de informele weg staat wel open. Het gaat om autonoom functionerende organisaties met een zekere mate van handelingsvrijheid en eigen prioritaire thema's en belangen. Betrokkenheid van deze belanghebbenden is nodig voor het verkrijgen van draagvlak en commitment. Hier gaat het vooral om de volgende belanghebbenden:

1. Gemeenteraad en diensten of afdelingen die in andere beleidssectoren werkzaam zijn, zoals de sociale dienst. Hun betrokkenheid in de vorm van informatie-uitwisseling en samenwerking is nodig om te komen tot een sectoroverstijgende aanpak van preventie.
2. De ingezetenen van de gemeenten of zij die er voor hun werk of onderwijs regelmatig verblijven, de burgers. Hoewel het bij publieke gezondheidszorg gaat om zorg die niet door burgers individueel wordt gevraagd, is gezondheid voor hen wel een belangrijk goed; het is een individueel belang. Bovendien is de burger de adressant van preventiemaatregelen. Gezondheidswinst is alleen te realiseren door verandering van individueel gedrag en dat vereist hun betrokkenheid.

3. Organisaties en professionals die vanuit hun functie een belang hebben bij preventie van welvaartsziekten. Het gaat om derden die daadwerkelijk (kunnen) bijdragen aan preventie of baat hebben bij preventie-inspanningen: zorgaanbieders, zorgverzekeraars, welzijnsorganisaties, maar ook werkgevers, arbodiensten, onderwijs, politie, woningcorporaties e.d..

Het SGBO deed onderzoek naar de betrokkenheid van belanghebbenden bij het gezondheidsbeleid (Dresen et al., 2009). Vooral de diensten/afdelingen Welzijn/Wmo, Onderwijs en Sociale zaken worden betrokken bij het gezondheidsbeleid. 19% van de gemeenten had één nota uitgebracht waarin zowel Wpg als Wmo-taken waren opgenomen. Zo'n 17% van de gemeenten had het gezondheidsbeleid in gezamenlijkheid met het Wmo-beleid ontwikkeld. 44% van de onderzochte gemeenten betrok hun burgers bij de beleidsvoorbereiding. Maar ongeveer een kwart van de gemeenten zegt dat er draagvlak is voor het beleid onder de uitvoerders en onder burgers. Onder de gemeentelijke afdelingen ligt dit draagvlak slechts op zo'n 4%.

Ook De Gouw (2012) analyseerde 247 gemeentelijke gezondheidsnota's, waarvan 18 nota's door meerdere gemeenten waren geschreven. Hij stelde vast dat het belang van de betrokkenheid van meerdere partijen en beleidsvelden bij de ontwikkeling van de nota in 71% van de nota's is genoemd. In de nota's werden genoemd:

- Beleidsvelden: onderwijs (7%), ruimtelijke ordening (6%), sport en recreatie (4%) en verkeer en vervoer (3%) welzijn en sociale zaken (21%) en GGD (48%).
- Veldpartijen: zorgaanbieders (35%), patiëntenorganisatie (22%), zorgkantoren (6%), scholen (7%), winkels (1%), sportverenigingen (8%) en horeca (0%).

Wet maatschappelijke ondersteuning

De Wmo heeft een eigen systematiek. De gemeente is verantwoordelijk voor het realiseren van de maatschappelijke doelen: maatschappelijke participatie en zelfredzaamheid, sociale samenhang en actief burgerschap. De gemeente heeft daarbij veel beleidsvrijheid¹². De Wmo verplicht gemeenten één of meerdere plannen uit te brengen, waarin de te nemen beslissingen en de hoofdzaken van het beleid op het terrein van maatschappelijke ondersteuning zijn verwoord. Er worden strenge eisen gesteld aan deze plannen (artikel 3 in het bijzonder lid 4). Zo dienen de plannen op alle onderdelen van de

maatschappelijke ondersteuning in ieder geval doelstellingen, acties en resultaten te bevatten. Ook moeten maatregelen betreffende de borging van de kwaliteit van de maatschappelijke ondersteuning onderdeel uitmaken van de plannen. In artikel 10 Wmo is vastgelegd dat de gemeente de werkzaamheden zo veel mogelijk dient uit te besteden of over te dragen aan particuliere derden; ook de GGD kan hiertoe behoren.

Artikel 9 Wmo bepaalt, dat gemeenten jaarlijks onderzoek moeten verrichten naar en gegevens publiceren over:

- De tevredenheid van vragers van maatschappelijke ondersteuning. Gemeenten kunnen kiezen onder welke doelgroep en via welke methode dit onderzoek wordt verricht. Dit maakt vergelijking lastig.
- De prestaties die zijn vastgelegd in het uitvoeringsbesluit maatschappelijke ondersteuning. Gemeenten gebruiken daarvoor de vragen uit de “Handreiking Prestatiegegevens Wmo” van het Ministerie van VWS, waardoor vergelijking mogelijk is en een landelijk beeld te geven is (Van beek et al., 2010).

Het gaat in beide gevallen echter vooral om procesindicatoren, die aangeven welke inspanningen gemeenten verrichten. Deze indicatoren laten niet zien welke uitkomsten of effecten het beleid heeft opgeleverd.

De gemeente moet op het lokale niveau zorgen voor draagvlak en verantwoording van het gemeentelijk beleid. De gemeente moet burgers en belanghebbenden bij haar planvorming betrekken *artikel 11) en is verplicht advies te vragen aan representatieve organisaties van 'vragers' van maatschappelijke ondersteuning (artikel 12). Uit de evaluatie van de Wmo over de periode 2007-2009, uitgevoerd door het Sociaal en Cultureel Planbureau blijkt, dat veel gemeenten organisaties betrekken bij de beleidsvoorbereiding (Klerk, Gilsing & Timmermans (REDS), 2010): cliëntenorganisaties (96%), organisaties op het gebied van wonen (92%) en welzijn (90%) en in mindere mate zorg (73%). Daarnaast hadden de meeste gemeenten in die periode (92%) gemeentelijke platforms, die zich inhoudelijk vooral richten op sociale samenhang en het beleid voor mensen met beperkingen.

De gemeentelijke beleidsnota als eindproduct

Gegevens zijn nodig voor een gedegen analyse van problemen en de omgeving en voor een inschatting van kosten en baten van de uitvoering. De informatie is onmisbaar om zich te krij-

gen op de haalbaarheid van het voorgestelde beleid en het verkrijgen van draagvlak. Ze zijn de basis voor de visie achter het beleid. Die visie kan op het gemeentelijke of regionale niveau worden ontwikkeld. Het kan gaan om een langetermijnvisie die een waardeoriëntatie bevat en basis voor ambities en inhoudelijke uitgangspunten voor het gezondheidsbeleid is, of een visie met een meer instrumenteel karakter. Tenslotte is dit de input voor de besluitvorming die uiteindelijk tot stand komt door onderhandelingen tussen de verschillende actoren over de doelstellingen en inhoud van het beleid, de financiering en organisatie en de beoogde effecten. De gemeente moet daarbij de verschillende belangen tegen elkaar afwegen en keuzes maken.

Gemeentelijke nota's laten zien of gekozen is voor een smalle of brede invulling van het gezondheidsbeleid. Gemeenten kunnen bijvoorbeeld een specifieke gezondheidsnota uitbrengen met uitsluitend aandacht voor de Wpg-taken of met dwarsverbanden met andere beleidssectoren die aan de volksgezondheid kunnen bijdragen. Steeds meer gemeenten geven ook in nota's over andere beleidsdomeinen aan welke maatregelen kunnen bijdragen aan de gezondheidsbevordering (facetbeleid¹³). Tenslotte kan het thema intersectoraal of integraal worden opgepakt. Integraal beleid veronderstelt gezamenlijke doelstellingen, een afgestemde, gezamenlijke aanpak en samenhang tussen de inhoud van de beleidsmaatregelen.¹⁴ De inspanningen op verschillende beleidsterreinen kunnen elkaar immers versterken en aanvullen bij het bereiken van gezamenlijke (overstijgende) doelen.

3.2 Urgentie

Er zijn verschillende knelpunten in de beleidsvoorbereiding, die consequenties hebben voor de kwaliteit van de lokale gezondheidsnota.

- De gemeente benut de informatie- en adviesfunctie van de GGD onvoldoende.
- Bij de voorbereiding van de gezondheidsnota worden burgers en externe partijen onvoldoende betrokken.
- In het gemeentelijke gezondheidsbeleid ontbreken vaak heldere doelen, uitgewerkte uitvoeringsprogramma's en te verwachten resultaten waarop de gemeente kan worden afgerekend.
- De verspreiding van gerelateerde thema's over Wpg en Wmo belemmeren intersectorale samenwerking bij be-

leidsvoorbereiding en uitvoering.

Een aantal knelpunten kan worden opgelost door het bijeen brengen van gelijksoortige taken op het terrein van preventie van welvaartsziekten in één wet. Dit gebeurt nu bij de koppeling van de JGZ aan het op preventiegerichte jeugdbeleid uit de Wmo en - op termijn - de taken uit de wet op de jeugdzorg. Het zou ook kunnen door de overheveling van gezondheidsbevorderende taken uit de Wpg naar de Wmo en ondersteunt daarmee de verschuiving van “Ziekte en zorg”, naar “Gezondheid en gedrag” (RVZ, 2010). Dit werd eerder bepleit in het RVZ-advies “Gemeente en zorg” (2003) en overgenomen in de contourenbrief uit 2004 en de memorie van toelichting bij de Wmo.¹⁵

De overeenkomsten tussen Wmo en Wpg-gezondheidsbevordering maken overheveling gemakkelijk. De Wmo geeft de gemeente aanzienlijke vrijheid bij de uitvoering van haar preventietaken. Dat geldt ook voor de Wpg op het terrein van gezondheidsbevordering, maar niet op het terrein van infectieziektebestrijding of JGZ. In Wmo en Wpg-gezondheidsbevordering ligt de bestuurlijke verantwoordelijkheid volledig bij de gemeente. Sinds het begin van dit jaar moet de gemeente op basis van beide wetten in haar lokale nota(?) aangeven wat haar beleidsdoelen, voorgenomen acties en verwachte resultaten zijn. De gemeenteraad stelt het beleid vast en het college van B&W zorgt er voor dat de uitvoering ter hand wordt genomen, vaak door derden.

Er zijn ook verschillen tussen beide wetten; sommigen daarvan pleiten voor overheveling, anderen bemoeilijken dit.

- Wetsstructuur. De Wpg is een uitwerking van artikel 22 lid 1 van de Grondwet, waarin het recht op gezondheidszorg is opgenomen.¹⁶ De Wpg is hierdoor onderdeel van het systeem van de gezondheidszorg. De Wmo is daarentegen gebaseerd op het derde lid van artikel 22. Dit artikel verplicht de overheid voorwaarden te scheppen voor maatschappelijke en culturele ontplooiing en voor vrijetijdsbesteding. Bij maatschappelijke ontplooiing gaat het om de zorg voor het maatschappelijk welzijn van de burger. Dit zijn verschillende beleidsdomeinen met een eigen beroepenstructuur en kwaliteitseisen. In grotere gemeenten vallen de beleidsvelden onder verschillende wethouders en afdelingen. Dit bemoeilijkt samenwerking.

- Publieke belangen. In de Wpg is het rijk verantwoordelijk voor kwaliteit en betaalbaarheid van de publieke gezondheidszorg; in de Wmo alleen voor de betaalbaarheid. De kwaliteits-

borging van besluiten op basis van de Algemene wet bestuursrecht (Awb) en de verantwoordelijkheid van de gemeente voor de kwaliteit van de ondersteuningsmaatregelen, wordt in de publieke gezondheidszorg als onvoldoende beschouwd.

- Ondersteuningsfuncties. De Wpg stelt in artikel 3 de minister van VWS verantwoordelijk voor een goede ondersteuningsstructuur voor de publieke gezondheidszorg; voor de maatschappelijke ondersteuning zijn de provincies (artikel 13) c.q. de G4-steden (artikel 14) aangewezen om beleid te voeren gericht op het steunfunctiewerk. Dit laatste is niet in lijn met de afspraak dat wordt gestreefd naar een spreiding van verantwoordelijkheden over maximaal twee bestuurslagen en wordt langzaamaan aangepakt.

- Verantwoordelijkheidsverdeling. De Wpg gaat ook na de wetwijziging nog steeds uit van een verticale en de Wmo van een horizontale verantwoordelijkheidsverdeling. In de Wpg zijn op het terrein van preventie van welvaartsziekten geen prestatieverplichtingen opgenomen, maar de gemeente dient wel in haar beleid bij te dragen aan de prioriteiten en het uitvoeringsprogramma van het rijk. In de Wmo zijn er resultaatsverplichtingen, waarbij de gemeenteraad de resultaten bepaalt. In deze wet gaat het om lokaal draagvlak en verantwoording aan burgers en er worden dan ook hoge eisen gesteld aan transparantie (artikel 3 lid 4 en artikel 9). Dit bevordert draagvlak, maar maakt beleid kwetsbaar als de burger het belang ervan niet onderkent. De Wmo sluit een verantwoordingsplicht naar de minister uit. Het rijk heeft nauwelijks sturingsinstrumenten.

- Advies. De Wpg kent maar één adviesplicht: die van de GGD. Gebrek aan betrokkenheid van de curatieve sector in de beleidsvoorbereiding belemmert bijvoorbeeld de afstemming tussen de publieke en curatieve gezondheidszorg (art. 2 Wpg). De Wmo echter kent een algemeen advies- en initiatiefrecht voor ingezetenen en natuurlijke – en rechtspersonen die een belang hebben in de gemeente en een adviesplicht voor vertegenwoordigers van representatieve organisaties van de kant van vragers op het gebied van maatschappelijke ondersteuning. De democratiseringsgedachte is hier ver doorgevoerd en betrokkenheid is meer geborgd.

Tijdens de werkbezoeken en de expertmeeting gaven GGD'en echter wel aan beducht te zijn voor het risico dat burgers hun belangen onvoldoende zouden behartigen. Verder vroegen zij

zich af of de kwaliteit en hun eigen adviseringsstaak door de overheveling van de gezondheidsbevordering naar de Wmo niet onder druk zou komen te staan. Als voordelen brachten GGD'en naar voren, dat het de organisatie van de ondersteunings- en zorgketen vergemakkelijkt, als preventie daar een integraal onderdeel van uitmaakt. Er ontstaan bovendien meer mogelijkheden voor integraal beleid gericht op participatie. De gemeente kan het beleidsproces zo meer sturen en ervoor zorgen dat verschillende gemeentelijke beleidsvelden aan haar gezondheidsdoelen bijdragen. Voor de vervulling van deze interne regiefunctie zijn er wel een aantal voorwaarden (BZK, 2006):

1. een duidelijke visie over de maatschappelijke opgaven en de oplossingen, ambities en mogelijkheden;
2. draagvlak bij bestuur en ambtenaren en betrokken politiek leiderschap (durf van wethouder of burgemeester);
3. een heldere positionering op basis van een krachtenveldanalyse en de beschikbare beleidsruimte;
4. capabel personeel met een helder mandaat.

Informatie en advies

De Wpg bepaalt weliswaar dat gemeenten ter voorbereiding van de lokale gezondheidsnota epidemiologische data dient te verzamelen en analyseren, maar de wet spreekt zich er niet over uit of deze gegevens leidend moeten zijn voor het vervolgens vast te stellen beleid. Het belang van deze gegevens wordt dan ook lokaal niet altijd onderkend, blijkt uit het onderzoek van De Goede (2011). Ze geeft aan, dat volgens beleidsmedewerkers op het lokale niveau de impact van het epidemiologische onderzoek op het beleid niet erg groot is. De gegevens blijken vooral te leiden tot inzicht, minder snel tot een daadwerkelijke beleidsverandering. De geschatte impact van epidemiologische gegevens op het beleid blijkt afhankelijk te zijn van:

- of het rapport in lijn is met het referentiekader, de persoonlijke en organisatorische visies en belangen;
- of men heeft bijgedragen aan het rapport: dataverzameling en analyse of voorbereidingsgroep;
- of het rapport bijdraagt aan de profilering van zichzelf of organisatie;
- of men vaker samenwerkt en bekend is met de werkwijze en presentatie;
- of de timing juist is;
- of de inhoudelijke breedte van het rapport voldoende aanknopingspunten/onderbouwing biedt.

De impact zal ook groter worden als de informatiewaarde van de beschikbare gegevens toeneemt. Dit heeft onder meer te maken met de betrouwbaarheid van gegevens. Gegevens die discussie oproepen, helpen niet een thema te agenderen of SMART-doelen te formuleren. Zijn vooraf gestelde doelen leidend geweest voor het verzamelen van gegevens, dan schaadt dit de effectiviteit van het beleid. Het is dan ook belangrijk de betrouwbaarheid te vergroten door indicatoren én enquêtevragen te uniformeren en standaardiseren. Daartoe zijn verschillende initiatieven in gang gezet, maar het vereist ook een positieve en op coöperatie gerichte houding van gemeenten: gemeenten kunnen immers zelf kiezen hoe zij het instrument inzetten en wat ze met de resultaten doen. Het blijkt dan ook een tijdrovend proces en kan wel een extra stimulans gebruiken.

De minister van VWS kan dit proces ondersteunen en gemeenten stimuleren relevante gegevens te verzamelen. Op basis van artikel 4 Wpg kan hij met een AmvB regels stellen voor het verstrekken door de gemeente van niet tot een persoon herleidbare systematische informatie aan de minister van VWS. Hiermee kan hij voorwaarden stellen voor het gebruik van de vereiste gegevens en regels stellen die gemeenten stimuleren zich meer inzetten om systematische informatie te verkrijgen en deze beschikbaar te stellen voor de landelijke database, die door RIVM VTV wordt beheerd. Op deze wijze dragen gemeenten - meer dan nu het geval is - bij aan het completeren van een landelijk beeld van de volksgezondheid. Uniforme, gestandaardiseerde gegevens vergemakkelijken bovendien vergelijking tussen gemeenten (met behulp van prestatie-indicatoren), bevorderen regionale afstemming en onderlinge uitwisseling.

In de Wpg is de adviesfunctie van de GGD vastgelegd, maar adviezen worden niet steeds ingewonnen. Ook wisselt de invloed van de advisering per gemeente of regio. Een belangrijke voorwaarde volgens De Goede (2011) is of de informatie en adviezen inhoudelijk is toegesneden op de ontvanger: in dit geval de wethouder en ambtenaar/ambtenaren met volksgezondheidsbeleid in hun portefeuille. Het is dan ook belangrijk dat er goede contacten en samenwerking is tussen ambtenaren op het gemeentehuis en de adviseurs van GGD'en die op lokaal niveau werken. In de werkbezoeken werden de volgende factoren genoemd die bepalend zijn voor de invloed van adviezen: (1) het moment van advisering, (2) de bruikbaarheid

van de adviezen voor de gemeente, en (3) de bereidheid van de gemeente om gebruik te maken van de adviezen. De GGD kan deze factoren beïnvloeden, maar dat heeft niet altijd effect. Met de GGD'en zijn opties besproken of er landelijke maatregelen te bedenken zijn waarmee de adviesrol in de beleidsvoorbereiding kan worden gestimuleerd. Aan de orde kwam een optie om gemeente niet alleen te verplichten adviezen in te winnen, maar ook dat ze er hun beleid daadwerkelijk op moeten baseren. Dat beperkt de beleidsvrijheid van de gemeente en de mogelijkheid tot het voeren van integraal beleid. Bovendien leert de ervaring dat bij wet opgelegde verplichtingen niet altijd leiden tot de gewenste resultaten. Een andere optie is het toedelen van meer bevoegdheden aan de GGD op het terrein van beleidsvoorbereiding. Dit betekent dat gemeenten bestuurlijk minder verantwoordelijk zijn en de GGD bestuursmacht krijgt. Er gaat bestuursmacht van de gemeente naar de regio; er ontstaat haast een extra bestuurslaag. Dit maakt het bestuur complexer en ondermijnt het decentralisatieproces dat al langere tijd wordt nagestreefd. Bovendien onttrekt deze constructie invloed aan de burgers.

Dit past niet in de huidige organisatie van ons openbaar bestuur en de democratische principes waarop deze is gebaseerd.

Urgentie

Gemeenten hebben grote vrijheid bij het bepalen van de lokale beleidsdoelen. Dit leidt ook tot grote verschillen tussen gemeenten.

De overeenkomst is - zo bleek uit alle gesprekken - dat het thema weinig prioriteit krijgt. GGD'en gaven allemaal aan dat het lastig is om de preventie van welvaartsziekten te agenderen; de prioriteiten liggen elders, bijvoorbeeld bij Wmo-thema's.

Er zijn verschillende redenen voor het gebrek aan gevoel van urgentie:

- De gegevens passen niet binnen de referentiekaders van beleidsambtenaren en bestuurders of sluiten onvoldoende aan bij de politieke agenda zoals die geldt aan het begin van de beleidscyclus.
- Het probleem is niet duidelijk. Gemeenten leiden uit de epidemiologische gegevens af dat de gezondheidstoestand niet zorgwekkend is. De consequenties van niet ingrijpen ook voor de productiviteit en inzetbaarheid van burgers wordt onvoldoende onderkend.
- Er zijn concurrerende belangen. Andere thema's krijgen

(incidenteel) meer media-aandacht of staan hoger op de politieke agenda. Soms ontstaat pas urgentie om effectief op te treden bij ongezondheid als op andere beleidsterreinen problemen ontstaan.

- De effectiviteit van de voorgestelde maatregelen of interventies is vooraf niet duidelijk of er is een aanzienlijk risico dat de juiste voorwaarden ontbreken die nodig zijn voor het welslagen van de aanpak.
- De investeringen zijn groot en hebben geen aantoonbaar effect of pas op de lange termijn. De baten van de vereiste investeringen zijn vooraf onzeker of komen ten goede aan anderen, zoals de zorgverzekeraar. In beide gevallen zijn de middelen politiek moeilijk te verkopen en verantwoorden. Het afbreukrisico is te groot.
- De verantwoordelijke wethouder is akkoord maar het draagvlak in de gemeenteraad ontbreekt. Men is te laat in het beleidsvormende proces betrokken, de onderbouwing of de argumentatie zijn onvolledig of onvoldoende overtuigend.

Daarom wordt een integrale en sectoroverstijgende aanpak voorgesteld. Deze bevordert een gedeeld gevoel van urgentie en kan helpen de positie van het thema op de politieke agenda te verbeteren. Dit kan ook zorgen voor meer middelen en menskracht, netwerkvorming en betere toepassing van beschikbare kennis. In een dergelijke aanpak wordt gebruik gemaakt van gelijklopende, parallelle belangen van verschillende belanghebbenden (RVZ, Onderwijsraad en ROB, 2009). Het vereist een andere manier van denken én een sturingssysteem zonder schotten tussen sectoren. Wel is het dan essentieel dat het gezondheidsvraagstuk ergens specifiek wordt belegd. De GGD is daartoe aangewezen. Deze dienst biedt een mogelijkheid voor gemeenten om regionaal samen te werken en gezamenlijk beleid te voeren. De dienst heeft bovendien een goede toegang tot de overige domeinen van de zorgketen.

3.3 Conclusies

Het rijk stelt zeer ruime kaders op het terrein van preventie van welvaartsziekten en geeft de gemeente vrijheid om haar beleid vorm te geven. Ondertussen wordt minder geïnvesteerd in ondersteunende maatregelen, maar verwacht het rijk een aanzienlijke bijdrage van de gemeente. Er is voorzien in een ondersteuningsstructuur, met als belangrijk adviseur de GGD. De manier waarop de dienst wordt betrokken is echter per

gemeente en/of regio verschillend. Regelmatig schiet de advisering van de GGD tekort en leveren de gegevens over de gezondheidstoestand van de bevolking aan gemeenten niet de informatie die nodig is voor het maken van helder lokaal gezondheidsbeleid. De advisering heeft dan ook niet altijd voldoende impact.

Op het terrein van gezondheidsbevordering worden externe partijen vaak niet betrokken bij het beleidsproces. Daartoe bestaat in de Wpg geen verplichting. Externe partijen nemen vaak niet zelf initiatief, bijvoorbeeld omdat ze geen direct belang hebben bij preventie van welvaartsziekten. Ook burgers zullen hun gemeente niet vragen concrete maatregelen te nemen om welvaartsziekten te voorkomen, hoe belangrijk zij hun gezondheid ook vinden.

De beleidsvoorbereiding eindigt met een belangenafweging en besluitvorming. Het belang van de gemeente bij gezonde burgers is zowel een welbegrepen eigen belang als een collectief gezondheidsbelang. Dit belang concurreert echter met andere belangen die de overheid moet afwegen. Als de probleemanalyse onvoldoende overtuigend is, de opbrengsten van de (voorgestelde) investeringen niet kunnen worden aangetoond en/of draagvlak ontbreekt, is prioritering lastig en krijgen andere belangen snel voorrang. Het gevolg is, dat urgentie van preventie van welvaartsziekten onvoldoende wordt gevoeld en doelgerichtheid in de organisatie ontbreekt. Dit heeft ook gevolgen voor de implementatie van het beleid, zoals vastgelegd in bijv. het uitvoeringsprogramma of plan van aanpak (zie hoofdstuk 5).

Om de doelgerichtheid te vergroten kan het rijk meer sturend optreden.

- Het rijk kan gemeenten wettelijk verplichtingen opleggen of de GGD een basistakenpakket voor gezondheidsbevordering geven. Bindende kaders, door het rijk opgelegd, ondermijnen echter de huidige sturingsfilosofie van decentralisatie en de autonomie van de gemeente. Ze bemoeilijken lokaal maatwerk en vernieuwing in samenwerking en afstemming. Bovendien kunnen ze het handelen van gemeenten een meer plichtmatig dan geïnspireerd karakter geven.
- Dergelijke bezwaren kleven niet aan een wetswijziging waarbij onderdelen van de Wpg (vooral gezondheidsbevordering) in de Wmo worden opgenomen. Preventie wordt een onderdeel van de ondersteunings- en zorgke-

ten en kan direct worden ingezet voor een breed maatschappelijk doel: participatie. Dit kan intersectoraal of integraal beleid stimuleren en preventie hoger op de agenda brengen.

- Door interdepartementale samenwerking te bevorderen (artikel 3 lid 2 Wpg) kan de minister van VWS ervoor zorgen dat preventie breed wordt ingezet. Zowel landelijk als lokaal is een integrale of intersectorale aanpak nodig met heldere prioriteiten en samenhangende programma's, die niet alleen gericht zijn op beïnvloeding van leefstijlfactoren, maar ook op de aanpak van sociaaleconomische factoren, de sociale en fysieke omgeving. Bovendien kan een erkenning van de gemeentelijke rol in het landelijk beleidsproces gemeenten motiveren om daadwerkelijk bij te dragen aan realisering van de landelijke doelstellingen.

Doelgerichtheid kan ook worden bereikt door meer samenwerking tussen gemeenten. De VNG als koepelorganisatie kan hierin een rol spelen. Zij kan afspraken maken met andere relevante landelijke spelers en zo de krachten bundelen. Ze kan ook - zo werd in de expertmeeting voorgesteld - landelijk richtlijnen vaststellen over bijv. criteria waaraan lokale doelen dienen te voldoen. Verder bestaan er ook nu al onderlinge afspraken tussen gemeenten door middel van convenanten of door in regionaal verband (intersectoraal) gezondheidsbeleid vast te stellen, zoals dat bijvoorbeeld in Rivierenland gebeurt.

Het opstellen van effectief beleid gericht op preventie van welvaartsziekten vraagt betrokkenheid van vele partijen: andere afdelingen binnen gemeenten, burgers, maatschappelijke organisaties, zorgorganisaties, zorgverzekeraars als private partijen. Het organiseren van hun invloed en betrokkenheid kan politieke druk creëren, het maatschappelijk en politiek draagvlak vergroten en de uiteindelijke implementatie bevorderen. Dit zijn voorwaarden voor effectief beleid en een doelgerichte organisatie.

Project Gezond Gewicht Overvecht

In 2005 startte het Project Gezond Gewicht Overvecht. Cumulus Welzijn, de samenwerkende gezondheidscentra, de gemeente/ GG&GD Utrecht en AGIS werkten daarin samen (De Gouw, 2012). Inmiddels is het een onderdeel van de gezonde wijkenaanpak en het actieplan "Gezond Utrecht". Doel was het terugdringen van overgewicht bij de jeugd tot en met 19 jaar in de wijk Overvecht. Vooral kinderen uit voorschoolse voorzieningen en de basisschool werden bereikt.

De interventies waren gericht op het veranderen van individueel gedrag: (1) dagelijks ontbijt, (2) aanbevolen hoeveelheid groenten en fruit en (3) sporten.

De resultaten uit het actieonderzoek laten zien dat doelstellingen op de laatste twee thema's zijn gehaald. Het percentage kinderen met overgewicht is gedaald van 26% tot 20%.

Daarnaast werd de communitybenadering toegepast en werd de wijk dusdanig veranderd dat hij kan bijdragen aan de bevordering van de gezondheid van de bewoners. Er werd een hecht netwerk in de wijk gecreëerd en nieuwe voorzieningen toegevoegd. Daardoor lijkt er kans op continuïteit.

Het project had een wetenschappelijk gefundeerde, projectmatige aanpak. De aanpak werd ingericht op basis van het referentiekader Gezondheidsbevordering. Door meer dan 30 organisaties zijn vijf soorten activiteiten uitgevoerd:

- 1. informatie, voorlichting en educatie;*
- 2. community-ontwikkeling;*
- 3. organisatieontwikkeling;*
- 4. pleitbezorging;*
- 5. samenwerking binnen en buiten de eigen sector.*

4 Kennis, kunde, middelen

4.1 Ondersteuningsinfrastructuur

Een andere voorwaarde voor het functioneren van een organisatie is de aanwezigheid van instrumenten als kennis, kunde en middelen. In dit hoofdstuk wordt gekeken of gemeenten de beschikking hebben over voldoende informatie, capaciteit, expertise en budget die nodig zijn om de juiste beleidskeuzes te maken, de beleidsdoelen te realiseren en de kwaliteit van de preventie te borgen.

Op het rijksniveau is de minister van VWS verantwoordelijk voor de bevordering van kwaliteit en doelmatigheid van de publieke gezondheidszorg en de verbetering van de landelijke ondersteuningsstructuur (artikel 3 Wpg). Om deze publieke belangen te borgen en de organisatie te versterken heeft hij enkele bestuursorganen in het leven geroepen met invloed op het lokale niveau.

- De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) is de uitvoerder van de in artikel 64 Wpg opgedragen taak: het toezicht op een adequate uitvoering van het gemeentelijk gezondheidsbeleid. Ook is de IGZ belast met het toezicht en de handhaving van de kwaliteit van de zorg die wordt geleverd door zorginstellingen en zorgaanbieders.
- Het RIVM is een agentschap, dat werkt aan de bevordering van de publieke gezondheid (artikel 3 Wpg) en een schoon en veilig leefmilieu door het verzamelen van kennis, verrichten van onderzoek, het ondersteunen van overheden en informeren van professionals en burgers. Het RIVM heeft ook coördinerende en regisserende functies. Zo is het Centrum Gezond Leven (CGL) in het leven geroepen voor de versterking van een doelmatige, samenhangende en effectieve lokale gezondheidsbevordering. Het CGL stimuleert het gebruik van (programma's van) best passende leefstijlinterventies. Het beoordeelt de ontwikkelde interventies op kwaliteit en samenhang en richt zich op deskundigheidsbevordering van professionals.

Daarnaast heeft de minister van VWS in samenwerking met de minister van OCW, verantwoordelijk voor de onderwijsinfrastructuur, een kennisinfrastructuur ontwikkeld op het terrein van de OGZ.

Deze infrastructuur bestaat uit een aantal componenten. Voor de preventie van welvaartsziekten is vooral ZonMw een belangrijk.

ZonMw is een zelfstandig bestuursorgaan en heeft een nauwe relatie met het bestuursgebied Medische Wetenschappen van NWO¹⁷. Het verricht (fundamenteel) gezondheidsonderzoek, financiert zorginnovatie en stimuleert het gebruik van de ontwikkelde kennis. Deze intermediair verbindt vele onderzoeks- en kennisinstituten met uitvoerende partners en laat hen op programmatische wijze onderzoek en ontwikkeling op het gebied van gezondheid, preventie¹⁸ en zorg uitvoeren.

Verder wordt kennis gegenereerd door onderzoeksbureaus (zoals het SCP en CBS) en ontsloten door adviesraden (zoals Onderwijsraad, RMO en RVZ), die aan de ministeries gelieerd zijn. Deze kennis wordt ingezet voor de beleidsvoorbereiding en de ontwikkeling van -vernieuwing. Belangrijke kennisinstituten uit het netwerk van het ministerie van OCW zijn NWO, universiteiten en hogescholen. Zij bevinden zich op het snijvlak van publieke en private samenwerking en financiering. Ze doen onderzoek, delen kennis en zetten hun netwerken in bij de vertaling van wetenschappelijke kennis naar toepassing in beleid en praktijk. Ze werken veel samen met TNO¹⁹. Andere instituten die kennis over preventie verzamelen en ontsluiten zijn NIVEL²⁰ en Nederlands Jeugd Instituut (NJI)²¹.

Het onderwijs en andere beroepsopleidingen leiden bovendien de professionals op die later gaan werken voor de preventie van welvaartsziekten. Specifiek op het terrein van preventie investeren meer landelijke organisaties in deskundigheidsbevordering. Dit zijn onder meer de Netherlands School of Public and Occupational Health (NSPOH)²² en koepelorganisaties als VNG, GGD Nederland, ActiZ²³, GGZ Nederland en beroepsverenigingen als NHG en NPHF²⁴ hebben hierin een rol. Koepels en beroepsverenigingen behartigen daarnaast ook de belangen van hun leden en vertegenwoordigen de achterban op het landelijke niveau. RIVM-CGL, het Nederlands Centrum JGZ (NCJ)²⁵, NIGZ²⁶, Movisie²⁷ en GGD NL richten zich op het delen van kennis, de deskundigheidsbevordering en de kwaliteitsborging.

Dan zijn er landelijke, regionale en lokale gezondheidsbevorderende instellingen (GBI's) die zich richten op gemeenten. (1) Landelijk is er een negental thema-instituten: Trimbos Instituut, Stivoro, SOA/AIDS Nederland, Rutgers WPF, Pha-

ros, Schorerstichting, NISB, Voedingscentrum en Consument en Veiligheid. Zij werken samen in de landelijke overlegstructuur voor thema-instituten LOT-I.²⁸ Elk instituut ontwikkelt en implementeert kennis over één of meerdere thema('s). Hiermee ondersteunt men het rijk en de lokale praktijk. Dit doen zij soms ook in samenwerking, waarbij vaak ook gezondheidsfondsen voor preventie, betrokken worden. (2) Op regionaal niveau zijn er de GGD, thuiszorginstellingen (TZ), centra voor verslavingszorg (VZ) en geestelijke gezondheidszorg (GGZ), de provinciale Bureaus Jeugdzorg, sportraden en de regionale ondersteuningsstructuur voor de eerstelijnszorg (ROS). Zij ontwikkelen en leiden programma's en projecten op regionaal en lokaal niveau of voeren ze uit. (3) De lokale organisaties komen aan de orde in het volgende hoofdstuk. Enkele voorbeelden: aanbieders van eerstelijnszorg, zorg- en welzijnsinstellingen en het Centrum Jeugd en Gezin (CJG)²⁹.

4.2 Kennis

Wil de kennisinfrastructuur effectief zijn, dan zal zij op het juiste moment en op de juiste plaats beschikbaar en bovendien bruikbaar moeten zijn. Zo heeft de gemeente aan het begin van haar beleidscyclus verschillende soorten gegevens nodig om te komen tot probleemanalyse en doelgericht beleid: (1) gespecificeerde informatie over de bevolkingssamenstelling en de gezondheidstoestand van de bevolking; (2) betrouwbare gegevens over de determinanten die gezondheid beïnvloeden; (3) gegevens over de effecten van de gebruikte beleidsmaatregelen in de voorgaande beleidsperiode. Voor het schrijven van een uitvoeringsprogramma is informatie nodig over mogelijke maatregelen en instrumenten die de gemeente kan inzetten om het beleid te realiseren.

Gegevens

In het vorige hoofdstuk werden kanttekeningen geplaatst bij de betrouwbaarheid en validiteit van gegevens. Bij gemeenten ontbreekt daarnaast ook nogal eens bruikbare informatie, zo blijkt uit de IGZ-rapportage, de werkbezoeken en expertmeeting.

Gegevens over de bevolkingssamenstelling op postcode-, wijk- of dorpsniveau of gespecificeerd naar bevolkingsgroepen zijn verkrijgbaar via bijv. CBS-Statline en de algemene gegevens uit de gemeentelijke basisadministratie (GBA). Ze ontbreken echter met betrekking tot de gezondheidstoestand van de be-

volking. Het SGBO-onderzoek laat zien dat in 2009 bij 91.2% van de onderzochte gemeenten gegevens over de gezondheidstoestand op het niveau van wijk of dorp ontbrak (Dresen et al., 2009). De gemeenten Rotterdam en Utrecht hebben hier een voorsprong.

Bij gemeenten ontbreekt ook gedetailleerde informatie over zorggebruik en de gezondheidsdeterminanten. Deze gegevens zijn wel aanwezig bij zorgverzekeraars, zorgaanbieders, arbo-diensten en scholen, maar GGD'en geven aan, dat ze voor hen niet toegankelijk zijn vanwege de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp). GGD'en en gemeenten proberen via individuele onderhandelingen afspraken te maken over het delen van informatie, maar dit blijkt lastig.

Zorgverzekeraars beschikken over gedetailleerde informatie over het zorggebruik van hun verzekerden en de kosten daarvan. Ze hebben op basis van de Zvw en de Regeling zorgverzekering uitgebreide mogelijkheden om een aantal gespecificeerde persoonsgegevens van hun verzekerden te verzamelen. Ze kunnen deze gegevens eisen van zowel verzekerden zelf als van andere instanties, waaronder zorgaanbieders. Het gaat om (1) gegevens die herleidbaar zijn tot een persoon of – zoals de Wbp het in artikel 1 formuleert – gegevens betreffende een geïdentificeerde of identificeerbare natuurlijke persoon; en om (2) persoonsgegevens die betrekking hebben op de gezondheid (artikel 16 jo. Artikel 21 23 en 24 Wbp).

Ook verscheidene andere particulieren kunnen uit hoofde van hun maatschappelijke functie en onder specifieke voorwaarden persoonsgegevens – ook die met betrekking tot de gezondheid - verwerken. Artikel 21 Wbp noemt onder meer hulpverleners, instellingen of voorzieningen voor gezondheidszorg of maatschappelijke dienstverlening, voor zover de gegevens nodig zijn voor verzorging, behandeling of voor het beheer van de instelling of beroepspraktijk, en scholen, in geval van speciale begeleiding van leerlingen of het treffen van bijzondere voorzieningen in verband met hun gezondheidstoestand. Juist het huisartsen Informatiesysteem (HIS) bevat nuttige informatie.³⁰ Een GGD mag onder voorwaarden persoonsgegevens verwerken voor o.a. statistische of wetenschappelijke doeleinden, zoals in de epidemiologische analyses. Aan de verwerking van persoonsgegevens, zeker als ze te maken hebben met de gezondheid, stelt de Wbp wel zeer strenge eisen (artikelen 9 jo. 23 Wbp). Zo moet in dit geval de GGD de nodige voorzieningen treffen om te verzekeren dat de verwerking uitsluitend geschiedt ten behoeve van deze specifieke doeleinden.

Om aan informatie over zorggebruik en specifieke gezondheidsproblemen te komen, is door NIVEL en NPCF de Vraag Aanbod Analyse Monitor (VAAM) ontwikkeld. De VAAM geeft een beeld van de zorgvraag voor verschillende disciplines in de eerstelijnszorg en ook van het zorgaanbod van de huisartsenzorg per gemeente of postcode (Bakker & Van Loon, 2011). Zo kan het aanbod van eerstelijnsvoorzieningen worden afgestemd op de vraag in geografische eenheden van 10.000 tot 15.000 inwoners. Bij gebrek aan lokale cijfers maakt de VAAM een schatting van de lokale zorgvraag via een rekenmodel, dat is gebaseerd op de samenhang tussen sociaaldemografische variabelen en zorgindicatoren. Daarbij wordt gebruik gemaakt van gegevens uit verschillende databases van NIVEL en gegevens over de bevolkingssamenstelling van het CBS-Statline, zodat kan worden gezocht op populatie gesplitst in clusters van aandoeeningen of woongebied.

Evaluatie

Ook evaluatiegegevens zijn binnen gemeenten beperkt aanwezig. GGD'en gaven tijdens de werkbezoeken en de expertmeeting aan dat gemeenten weinig waarde hechten aan evaluatie van beleid of interventies. Er wordt zelden budget beschikbaar gesteld om evaluatieonderzoek, zelfs in de vorm van procesevaluaties bij uitgevoerde interventies, mogelijk te maken. Beleideffecten moeten blijken uit de monitoring, maar die is te weinig specifiek om de gemeente duidelijkheid te geven. Bovendien bleek al, dat meer dan de helft van de gemeenten de beleidsdoelen in hun beleidsnota niet "smart" had geformuleerd (Dresen, 2010). Dit betekent dat inhoudelijke evaluatie van het beleid welhaast onmogelijk is.

Interventies

Er bestaan verschillende databanken met interventies die zijn ontwikkeld door een veelheid aan organisaties op verschillende niveaus.

1. Op de site van Movisie is een databank te vinden met effectieve sociale interventies. Naar verwachting zal deze eind 2012 ongeveer 80 interventies omvatten.³¹
2. Op de site van het Centrum Gezond Leven (CGL) zijn de gezondheidsinterventies verzameld, die goed zijn beschreven, onderbouwd en onderzocht op effectiviteit. Ze zijn geordend naar thema, doelgroep en setting.
3. De Databank Effectieve Jeugdinterventies³² is er voor met name de JGZ. Begin 2012 waren er ca. 140 toegelaten.

De Erkeningscommissie Interventies, die bij het CGL is aangehaakt, onderzoekt in samenwerking met GBI's, het NJI en NCJ de kwaliteit en effectiviteit van gezondheidsbevorderende interventies. De Erkeningscommissie Interventies bestaat uit deelcommissies, waarin deskundigen uit wetenschap, beleid en praktijk zitting hebben. Ze beoordelen interventies op het terrein van leefstijl, jeugdgezondheidszorg, jeugdzorg, jeugdwelzijn, ontwikkelingsstimulering en pedagogische preventie. De Erkeningscommissie geeft voor een periode van vijf jaar een oordeel. Er zijn drie niveaus van erkenning: theoretisch goed onderbouwd (1), waarschijnlijk effectief (2) en bewezen effectief (3). Bewezen effectief kan duiden op effecten in kennisvermeerdering, intentieverandering of gedragsverandering. Op 1 oktober 2011 hebben 135 interventies een erkenning ontvangen, waarvan slechts 4 het label "bewezen effectief". Een groep praktijkprofessionals van GBI's beoordeelt interventies en kan voor twee jaar aangeven of ze voldoen op het niveau "goed beschreven". 40 interventies voldoen aan de hiervoor vereiste criteria.

Ook hebben CGL en GBI's verschillende handleidingen "lokaal gezondheidsbeleid" ontwikkeld voor gemeenten. De handleidingen bevatten elk een overzicht met interventies die ingezet kunnen worden bij de preventie van overgewicht, roken, schadelijk alcoholgebruik en depressie, de zogenaamde leeflijnen. De handleidingen zijn gebundeld en op elkaar afgestemd in de handreiking "gezonde gemeente". Er wordt vaak een programmatische aanpak geadviseerd, waarin meerdere interventies in samenhang worden toegepast.

In de werkbezoeken gaven enkele GGD'en aan dat zij vaak weinig invloed hebben op de interventiekeuze van gemeenten. Gemeenten worden door verschillende partijen rechtstreeks benaderd met beschikbare interventies. Ze laten zich bij hun keuzes niet leiden door de (kosten)effectiviteit van de interventies. Er zijn wel grote regionale verschillen:

- Het gebruik van interventies uit de handreiking en databanken. Tijdens de werkbezoeken gaven enkele GGD'en aan dat gemeenten de handreiking niet vaak gebruiken. Van de meest gebruikte interventies blijkt een groot deel niet te behoren tot de lijsten van interventies die bewezen effectief zijn op het behalen van de preventiedoelen (Berg, 2010). Zo gaven GGD Gelre-IJssel en Rotterdam-Rijnmond aan, dat zij zelf of in samenwerking met andere partijen hun interventies ontwikkelen, terwijl GGD Rivie-

- renland juist gebruik maakt van die van andere organisaties.
- Toepassing van een programmatische aanpak. Bijvoorbeeld Utrecht en Rotterdam kiezen vaak voor een breder programma, maar veel (kleinere) gemeenten passen liever een selectie aan losse interventies toe: kleine projecten die snel, eenvoudig en goedkoop kunnen worden uitgevoerd, die bovendien media-aandacht genereren en waarmee een wethouder kan scoren. Voor het argument, dat de effecten op langere termijn en voor een grotere doelgroep beperkt zijn, is men dan niet gevoelig. Omdat veel GGD'en vraag- en klantgericht werken, stemmen zij hun aanbod af op deze vraag.
 - De bereidheid om informatie over interventies tussen kennisinstituten te delen. GGD'en zijn niet altijd op de hoogte van de interventies die in andere domeinen zoals GGZ, thuiszorg, eerste lijn, sport en onderwijs worden ingezet.

4.3 Kunde

De mate waarin beschikbare kennis landt, hangt ook samen met de aanwezigheid van voldoende deskundigheid op het terrein van zowel onderzoek, beleid als uitvoering. Sluiten kennis en kunde niet aan dan kan de organisatie niet optimaal functioneren en schiet de kwaliteit van de preventie tekort.

Capaciteit en deskundigheid

Uit het SGB0-onderzoek blijkt dat in 2009 bij gemeenten gemiddeld 0,5 FTE beleidscapaciteit beschikbaar was voor het opstellen van de gezondheidsnota. Naarmate gemeenten kleiner worden, neemt verhoudingsgewijs de beschikbare beleids-capaciteit voor het thema af. Vaak heeft een ambtenaar dan ook een breder takenpakket. Zowel beleidsambtenaren als wethouders hebben vaak meerdere beleidsterreinen in hun portefeuille. Er worden er combinaties gemaakt van thema's als volksgezondheid, Wmo, jeugd en sport. Dit betekent dat de specifieke expertise op een thema beperkt zal zijn. Verder speelt dat het salaris van een medewerker niet alleen afhankelijk is van het opleidingsniveau maar ook afneemt naarmate de gemeente kleiner is. Tot slot zijn er ook weinig doorgroeimogelijkheden voor het personeel. Hierdoor is er over het algemeen veel verloop. Consequentie is, dat de deskundigheid op een specifiek thema veelal niet groot is. Dit wordt nog versterkt doordat concrete kennis over oorzaken en aanpak van

vermijdbare ziekten versnipperd en moeilijk toegankelijk is voor beleidsmedewerkers.

Het SBGO (2010) constateert dat 75.8% van de onderzochte gemeenten zelf de leiding had bij het opstellen van de lokale nota volksgezondheid. Het komt wel steeds vaker voor dat GGD'en in dit proces worden ingeschakeld: soms voor het schrijven van een format (GGD Gelre-IJssel); dan weer door het schrijven van regionale beleidsnota's (GGD Fryslân, GGD Rivierenland en GGD Zuid Limburg). In bijvoorbeeld Utrecht neemt de GGD de hele beleidsvoorbereiding voor de lokale gezondheidsnota voor zijn rekening.

Bij de uitvoering van het preventiebeleid kan de gemeente een beroep doen op professionals uit verschillende beroepsgroepen en organisaties binnen de OGZ. Voorbeelden zijn de GVO-functionaris, preventiewerker, consulent voorlichting en preventie, communicatieadviseur of patiëntenvoorlichter. Volgens schattingen uit het trendonderzoek van NIGZ waren er in 2008 zo'n 1448 personen werkzaam bij de belangrijkste partijen die betrokken zijn bij preventie: GGD, GGZ, thuiszorg, verslavingszorg of een landelijke GBI's. Zij besteedden minimaal de helft, maar gemiddeld 66% van hun aanstelling aan taken op het gebied van de gezondheidsbevordering en preventie (Fransen et al., 2009). De medewerkers houden zich bezig met de ontwikkeling en uitvoering van campagnes, deskundigheidsbevordering of het verzamelen van gegevens op het gebied van gezondheidsbevordering. Wetenschappers die in onderzoeksinstituten werken en medewerkers met puur secretariële, administratieve of logistieke ondersteuningstaken zijn niet meegenomen in dit cijfer. Sinds 2004 bleek het aantal medewerkers en formatieplaatsen te zijn gestegen met 23%. Het aantal instellingen is gedaald, maar hun omvang is gegroeid.

Tabel 4.1 Samenvatting van enkele resultaten uit het trendonderzoek gezondheidsbevordering en preventie 2008 van NIGZ (fransen et al., 2009)

	GGD	GGZ	TZ*	VZ	GBI
Aantal medewerkers	527	396	134	179	212
Gem. aantal medewerkers per instelling	17	8	3	13	15
Range per instelling	0-80	1-35	1-26	1-38	4-48
FTE	383	301	106	149	176
Universitair opleidingsniveau	63%	54%	41%	32%	78%
Gem. aantal aanstellingsuren per week	27	28	29,5	30	31
Afdelingshoofd/manager	8%	12%5%	25%	10%	16%
Programmaleider/beleidsmedewerker	17%	7%	35%	4%	16%
Gezondheidsbevorderaar/preventiewerker					
Preventieassistent/voorlichter					
Praktisch onderzoeker/epidemioloog					

* Het onderzoek is in dit geval gehouden onder zorgmanagers.

Van de respondenten - 58% van de 1433 ondervraagden - was 81% vrouw. De gemiddelde leeftijd lag boven 40 jaar. Het takenpakket van de meeste respondenten was breed en omvatte het coördineren, implementeren en evalueren van interventies. De helft van de respondenten ontwikkelde nieuwe interventies, gaf voorlichting, lobbyde en/of bevorderde intersectorale samenwerking. Het gemiddeld aantal betaalde uren per week lag op 28,5. Men was hoog opgeleid: 57% van hen had een wetenschappelijke opleiding. 18% HBO+, 21% een hbo en 4% een MBO. Daarnaast had een hoog percentage (84%) een vaste aanstelling en werkte al meer dan 10 jaar in dezelfde functie. De tevredenheid onder de medewerkers was groot.

Informatie over de thuiszorg kan worden verkregen uit het onderzoek dat Trimbos aan het eind van het programma PreventieKracht Thuiszorg (2007-2009) van ZonMw uitvoerde (Van Bijsterveldt, 2011). De toegepaste interventies waren meestal niet gestandaardiseerd of onderzocht op effectiviteit, maar werden wel grotendeels in programma's aangeboden. De personele inzet voor organisatie en uitvoering van preventie varieerde tussen de 0,8 en 15 fte per thuiszorgorganisatie, met een gemiddelde van 4,5 fte. Gemiddeld 1 fte was extern aange-

trokken en voornamelijk werkzaam als docent en cursusleider. In de thuiszorg werkte maar een klein aantal gezondheidsconsultanten, meestal met een coördinerende en adviserende rol. De uitvoering van gezondheidsvoorlichting was grotendeels in handen van wijkverpleegkundigen en -verzorgenden, diëtisten en cursusleiders. De wijkverpleegkundige wordt weer van toenemend belang en heeft vroegsignalering en preventie in het takenpakket.

De Wpg en het daarop gebaseerde besluit publieke gezondheid stelt eisen aan de deskundigheid van een aantal beroepsgroepen binnen de GGD en de instelling die de JGZ uitvoert³³. De gemeente dient ervoor te zorgen dat aan deze vereisten wordt voldaan. Voor de GGD gaat het om deskundigen op terreinen als sociale geneeskunde, epidemiologie, sociale verpleegkunde, gezondheidsbevordering en gedragswetenschappen (art. 15 Wpg). De opleidingseisen en specifieke deskundigheid van deze professionals zijn verder uitgewerkt in artikel 17 van het besluit publieke gezondheid. Deze bepalingen dienen ertoe dat gemeenten de gestelde taken ter zake van de publieke gezondheidszorg naar behoren kunnen vervullen.

Het uniforme deel van het basistakenpakket JGZ³⁴ is een medisch professioneel takenpakket. Voor de uitvoering van deze taken geldt de Richtlijn contactmomenten. Daarnaast werken de beroepsbeoefenaren op basis van wetenschappelijk onderbouwde richtlijnen. Voor de ontwikkeling en implementatie is een Richtlijnadviescommissie (RAC) binnen het NCJ ingesteld. Hierin zitten naast de betrokken beroepsgroepen, ook deskundigen, adviseurs uit koepelorganisaties (ActiZ, GGD Nederland en VNG) en waarnemers vanuit IGZ, het Ministerie en ZonMw. ZonMw financiert de richtlijnontwikkeling en een gedeelte van de implementatie in haar programma "Richtlijnen Jeugdgezondheid". Twee jaar na publicatie van een richtlijn vindt, onder regie van het NCJ een systematisch onderzoek plaats van het gebruik van de richtlijn in de praktijk. Actualisering van ontwikkelde richtlijnen vindt plaats elke vijf jaar na de vaststelling van een richtlijn, maar tussentijdse bijstelling is ook mogelijk. Richtlijnen variëren in mate van wetenschappelijke bewijslast. TNO voert vaak onderzoek uit naar die activiteiten die nog te weinig of helemaal niet wetenschappelijk zijn onderbouwd.

Tabel 4.2 Overzicht van de professionals werkzaam in de kennisinfrastructuur (Vaandrager et al., 2010)

Thema	Instelling	Professionals	Opleiding	FTE	Ondersteuning
GGz	GGD, GGz VZ, Welzijn	Maatschappelijk werkers/HBO soc. Psych. Verpleegk.	750 HBO	GBI	
JGZ Basistaken Uniform	GGD, TZ	Artsen, logopedisten, soc. verpleegkundige, doktersass.	WO HBO HBO MBO	3500 90%	NCJ TNO
Maatwerk ³⁵	GGD, TZ	Artsen, Soc, verpleeg- kundigen, GB/P-ers	WO HBO HBO	10%	NCJ GBI TNO NJI
3 CJG	GGD TZ Welzijn, school jeugdzorg	Soc. Verpleegk. welzijnswerkers artsen	HBO HBO WO	i/o	NJI GBI NCJ
Gez. Bev.	GGD GGZ VZ TZ	GB/P-ers	WO HBO MBO	800	GBI CGL aw
Advisering	GGD	GB/p-ers wetenschappers	WO WO	100	GGD-NL GBI RIVM
Epidemiologie	GGD	Epidemiologen	WO	120	GGD-NL RIVM AW

De deskundigheid van zorgprofessionals, werkzaam in de preventie, is verder geregeld op basis van de wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG) en besluiten waarin de opleidingseisen zijn vastgelegd. De beroepsverenigingen zelf bepalen bovendien competentieprofielen voor hun professionals. Het CBO (Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg) en de beroepsgroepen hebben tientallen standaarden, richtlijnen en protocollen gepubliceerd, waarvan een groot deel van toepassing is op preventie door medici. Zij gelden niet voor niet-medische beroepsgroepen zoals binnen de gezondheidsbevordering vaak werkzaam zijn.

In tabel 4.2 is te zien hoe de expertise is verdeeld over de verschillende beleidsterreinen (Vaandrager et al., 2010). Het is gebaseerd op benchmarkgegevens van GGD NL over 2008, het trendonderzoek (Fransen et al., 2009) en schattingen van professionals die zich bezig houden met preventie van welvaartsziekten.

Kwaliteitsborging

De kwaliteit van zorg is geregeld in de Kwaliteitswet zorginstellingen. Zorgaanbieders, zoals ook de GGD³⁶, zijn zelf primair verantwoordelijk voor het leveren van “verantwoorde zorg”.³⁷ Zij doen dit door het opstellen van standaarden, richtlijnen en protocollen voor hun professionals, maar ook door te werken volgens kwaliteitssystemen en steeds vaker door het formuleren van indicatoren en normen.

De IGZ heeft in dit kader een sturende en controlerende rol. De IGZ kan op basis van haar bevindingen zowel de GGD als de gemeenten bevragen en aanspreken. De inspectie hanteert voor de publieke gezondheidszorg zowel gefaseerd toezicht - gekoppeld aan de preventiecyclus van het ministerie van VWS - als thematische toezichtbezoeken. Bij het gefaseerd toezicht maakt de Inspectie gebruik van een set van indicatoren, bestaande uit volksgezondheidsindicatoren – uitkomstmaten over de gezondheidstoestand van de bevolking – en procesindicatoren (IGZ, 2010). Voor de gezondheidsbevordering, de maatwerktaken van de JGZ en de ouderengezondheidszorg, die niet duidelijk in de Wpg zijn gespecificeerd, toetst de IGZ de uitvoeringsprocessen aan de HKZ-normen, die door de minister van VWS zijn vastgesteld. Er zijn nu negen HKZ-schema's voor taakgebieden als JGZ, gezondheidsbevordering, epidemiologie en beleid en OGGZ. De afspraak is dat alle GGD'en in 2011 HKZ-gecertificeerd zijn voor de negen HKZ-certificeringsschema's van de sector Publieke Gezondheidszorg, op straffe van een verscherpt toezicht. Dit geldt ook voor andere instellingen die de JGZ uitvoeren.³⁸

Het trendonderzoek van NIGZ (Fransen et al. 2009) laat zien hoe GGD, GGZ, TZ VZ en GBI scoren op de verschillende methoden waarmee de kwaliteit van de organisatie kan worden gemeten, bevorderd of geborgd.

- Certificering van de organisatie volgens kwaliteitsmethodieken als HKZ, ISO, INK en gecontroleerd via audits. HKZ-certificering is inmiddels verplicht, behalve bij GBI's. Hoewel men ook in 2008 al vaak werkte volgens

deze normen, is het onderwerp niet populair bij medewerkers.

- Controle op het realiseren van de gestelde doelen aan de hand van een beleidsplan, werkplan, vastgestelde procedure voor voortgangscntrole en audit. Deze methodieken zijn in opkomst, maar vooral in VZ en GbI. De thuiszorg loopt achter.
- Gebruik van kwaliteitsinstrumenten zoals Preffi, EKI, OPUS en Refka. Deze instrumenten waren met uitzondering van Preffi, weinig bekend en werden minder actief ingezet dan in 2004.
- Professionalisering met instrumenten zoals functionerings- en beoordelingsgesprekken, intervisie, opleiding (volgens plan) en gebruik van informatiebronnen. Medewerkers vinden scholing belangrijk; driekwart van hen volgt jaarlijks cursussen. Men bezoekt gemiddeld 4 à 5 congres- of themadagen. Websites en vakbladen worden niet veel gelezen, soms wel geraadpleegd.
- Toepassing van gecertificeerde interventies, protocollen en richtlijnen. Men hecht meer waarde aan het gebruik van gecertificeerde interventies dan aan het verkrijgen van certificering.

4.4 Bevordering van expertise

Kennis

De laatste jaren is gewerkt aan verbetering van kennis en kunde: er is samenhang gebracht in de infrastructuur; de expertise en kwaliteit van de uitvoering is gestimuleerd. Toch kan de gemeente niet vrijelijk over beiden beschikken. Veel gemeenten hebben namelijk hun kennistaken op afstand gezet of overgedragen aan derden. De GGD voert de monitoring uit; de kennis over interventies ligt bij vele partijen, waaronder de GGD.

In het vorige hoofdstuk kwam de betrouwbaarheid en vergelijkbaarheid van gegevens aan bod. In dit hoofdstuk gaat het over het gebrek aan detail in de gegevens die hun informatie-waarde aantast. Oorzaken zijn:

1. Gegevens over gezondheid en zorg die door verschillende belangrijke spelers op het terrein van de OGZ worden geregistreerd, worden nauwelijks gedeeld en gebundeld.
2. De uitwisseling van kennis tussen onderzoek, beleid en praktijk schiet tekort.

Aan de bundeling van informatie wordt hard gewerkt. Zo heeft het CBS gegevens bijeengebracht en toegankelijk gemaakt over verschillende aspecten van het leven van de jeugd (0-24).³⁹ Op 30 november 2011 is door RIVM CBS en GGD'en een convenant getekend om dit verder te verbeteren. Een ander voorbeeld is onderzoek naar de koppeling van de gegevens uit de VTV met die van de VAAM (Bakker en Loon, 2011). Vooral nog staan verschillen in doelgroep, de presentatiewijze van de informatie en de beschikbaarheid van data een goede koppeling in de weg.

In de werkbezoeken, de expertmeeting en het debat zijn verschillende opties besproken die zouden kunnen helpen om de kwaliteit van de gegevens te verbeteren. Dit zijn:

1. Invoering van een zogenaamde 'Weetplicht' voor gemeenten. Dit vereist een versterking van de wettelijke taken van de gemeente. Duidelijk moet worden vastgelegd op welke gegevens zij hun beleid dienen te baseren.
2. Creëren van de mogelijkheid van uitwisseling van gegevens tussen de GGD, verzekeraars en zorgaanbieders (zoals huisartsen en ziekenhuizen). De minister van VWS kan zijn bevoegdheid benutten de uitwisseling van relevante gegevens te faciliteren. In artikel 2 lid 3 Wpg is vastgelegd dat hij nadere regels kan stellen voor de verstrekking van niet tot een persoon herleidbare gegevens aan het college van burgemeester en wethouders door personen en instellingen, werkzaam op het terrein van de gezondheidszorg. Die regels, vastgelegd in een algemene maatregel van bestuur (amvb) zijn aan de orde in de situatie dat op basis van vrijwillige informatie-uitwisseling in kwalitatief of kwantitatief opzicht onvoldoende gegevens voorhanden zijn om de gezondheidsbevorderingstaak uit te voeren.
3. Inrichten van één landelijk datasysteem bijv. bij RIVM. Zo'n centraal informatieloket maakt het mogelijk gestandaardiseerd gegevens te verzamelen en gegevensbronnen geanonimiseerd met elkaar te combineren. De rol van de GGD wordt die van adviseur (frontOffice).
4. Een klimaat creëren waarin GGD, zorgverzekeraars en –aanbieders hun geanonimiseerde gegevens kunnen en willen uitwisselen. Dit marktsysteem moet gebaseerd zijn op wederzijdse voordelen bij het uitwisselen van informatie; informatie-uitwisseling is een parallel belang

- om eigen doelstellingen te verwezenlijken of dient een gezamenlijk belang.
5. GGD'en de middelen verstrekken zodat zij in staat zijn de geanonimiseerde gegevens van zorgverzekeraars en zorgaanbieders te verkrijgen. Persoonsgegevens kunnen wel geanonimiseerd worden uitgewisseld, maar dit vergt bewerking en is kostbaar. Dit vereist extra financiële middelen voor de GGD.

In hoofdstuk 3 werd al aangegeven wat belemmerend werkt in de relatie tussen epidemiologen en adviseurs van de GGD en de beleidsmakers van de gemeente. Verschillen in achtergrond, referentiekader en dagelijkse realiteit zijn enkele belangrijke aspecten. Vergelijkbare barrières zijn er ook in de communicatie tussen uitvoering en onderzoek. Daardoor wordt kennis onvoldoende benut. ZonMw is om die reden gestart met het programma "Academische Werkplaatsen Publieke Gezondheid" (AWPG). Doel van dit programma is academisering van de praktijkinstellingen, zodat zij meer evidencebased gaan werken, en vermaatschappelijking van de onderzoeksinstellingen, zodat zij meer vraaggestuurd onderzoek gaan uitvoeren. De werkplaatsen dragen bij aan meer en betere samenwerking tussen onderzoek, beleid en praktijk. In een werkplaats werken een of meerdere GGD'en met praktijkinstellingen en een universitaire afdeling samen op terreinen als epidemiologie, JGZ, gezondheidsbevordering en openbare geestelijke gezondheidszorg. Het eerste deel van het programma startte in 2006 en kende negen werkplaatsen. In 2009 is een vervolgprogramma gestart.

Interventies

Er worden veel interventies ontwikkeld, maar niet doorontwikkeld, geëvalueerd en verspreid. Volgens verschillende GGD'en die we hebben gesproken, vinden veel gemeenten de kosten hiervoor te hoog en besteden ze de middelen liever aan de uitvoering van interventies. Is er voor de dataverzameling nog een wettelijke basis, hoe beperkt ook; voor evaluatieonderzoek is dit er niet. GGD'en proberen te bewerkstelligen dat 5% van het totaalbedrag dat aan een project of programma wordt besteed, wordt bestemd voor evaluatie of begeleidend onderzoek bij de interventies die gemeenten toepassen. Vanwege de beperkte prioriteit die gemeenten over het algemeen aan evaluatie geven en de beperkte middelen die beschikbaar zijn voor interventies op het terrein van gezondheidsbevordering, lukt dit vaak niet.

Het is dus lastig zicht te krijgen op de effectiviteit van ingezet- te interventies. Bovendien, zo werd tijdens expertmeetings en werkbezoeken opgemerkt, kan een interventie weliswaar in een onderzoekssetting of in een specifieke lokale situatie bewezen effectief zijn, maar dat hoeft niet per definitie te betekenen dat deze interventie ook daadwerkelijk toepasbaar en effectief is onder andere omstandigheden. Iets vergelijkbaars speelt ook bij inhoudelijk goed onderbouwde richtlijnen in de JGZ. Door het ontbreken van de juiste randvoorwaarden zijn zij dan in de praktijk niet in te voeren. Landelijk moeten een helder imple- mentatieplan en bijbehorende middelen beschikbaar komen om de toepassing van richtlijnen en interventies mogelijk te maken. Een andere oplossing is de term “effectiviteit” van interventies en richtlijnen beter uit te werken.

Kennis over interventies is versnipperd, slecht toegankelijk en vooral aanbodgestuurd. De verspreiding van de kennis is nu inefficiënt zowel voor gemeente als GGD. De onderlinge concurrentie die nu bestaat tussen kennisinstututen, schaadt de effectiviteit van hun advisering. Instrumenten als handreikin- gen, modellen en interventies zijn niet altijd snel vindbaar, toegankelijk en centraal beschikbaar.

Het zou gemeenten dan ook helpen als zij één loket voor ken- nis en ondersteuning zouden hebben. Gezien de positie ten opzichte van de gemeente en zijn deskundigheid is dat de GGD als gemeentelijke dienst. Hij dient dan wel over de juiste informatie te beschikken en daar is o.a. de input vanuit organi- saties als NIGZ en de GBI's voor nodig. Het is dan ook posi- tief dat de GBI's in hun advies aan de Minister hebben aange- geven dat zij hun onderlinge samenwerking willen versterken en extra willen investeren in leefstijlprogramma's gericht op jeugd in ouders, social media en publiek private samenwerking (LOT-I, 2011). Ook het CGL zet zich al enige jaren in voor het stroomlijnen van dit proces. Het CGL maakt bijvoorbeeld inzichtelijk welke interventies effectief zijn en dus het best in de praktijk kunnen worden toegepast. Het beschikt echter nog over onvoldoende sturingsmogelijkheden.

De beschikbare kennis van de GGD en de positionering ten opzichte van de gemeente bepalen de effectiviteit van hun advisering. Besproken is welke positionering de GGD zou helpen haar functie als toegangspoort tot kennis te verbeteren. Daarin kwamen twee opties aan bod. Er kan worden gekozen

voor een GGD die door gemeenten wordt bestuurd (het huidige model) of een gedecentraliseerde rijksdienst, die rechtstreeks zou kunnen ressorteren onder het RIVM. Tijdens de gesprekken en discussies met gemeenten en GGD'en is duidelijk dat het laatste geval, waarin de gemeente haar sturing van de GGD zou verliezen, ongewenst is. De positie van de GGD, los van de gemeente, belemmert de verbinding met het lokale niveau, daar waar die verbinding juist verbetering behoeft om het thema beter te agenderen. Bovendien past het niet in de huidige sturingsfilosofie. Deze optie is dan ook onwenselijk.

Kunde

Kunde hebben gemeenten nodig voor de beleidsvoorbereiding en de sturing van de uitvoering. Zowel capaciteit als deskundigheid ontbreken vaak, maar vooral bij kleinere gemeenten. Tegelijkertijd is het voor deze gemeenten vaak wel eenvoudiger om intersectoraal beleid te maken: de afstemming ligt immers binnen één persoon of afdeling. Soms kiezen gemeenten ervoor deze taken aan de GGD over te dragen. Soms is dat aanleiding om samen te werken, ook met andere gemeenten, zoals in regio Rivierenland. Tijdens de werkbezoeken gaven enkele GGD'en echter aan dat gemeenten het lastig vinden om de GGD in de keuken te laten kijken. De eigen autonomie ook in de beleidsvoorbereiding geeft men niet graag uit handen. Er is onvoldoende een gevoel van gedeelde belangen. De inhoudelijke en bij sommige regionaal werkende GGD'en ook de reële afstand tussen gemeente en haar gezondheidsdienst blijkt te groot.

- De deskundigheid in de verschillende organisaties, die werkzaam zijn in de gezondheidsbevordering, lijkt groot. Toch vereist ook dit aandacht. De taken van gezondheidsbevorderaars en preventiemedewerkers zijn veranderd, onder andere doordat meer belang wordt gehecht aan integratie van preventie en curatie en het ontwikkelen van integraal gezondheidsbeleid. Er is andere expertise nodig. Dit vraagt opleiding, begeleiding en ondersteuning. Maar mogelijk moet er ook worden gekeken naar het takenpakket van de huidige GB/P-er. Dat is nu erg breed; mogelijk te breed om alle ontwikkelingen te kunnen volgen en toepassen op het eigen werkterrein. Meer differentiatie in de functie is dan nodig. NIGZ (2009) constateert bovendien in zijn trendonderzoek dat nog veel informatie ontbreekt over het functioneren van gezondheidsbevorderaars en preventiemedewerkers.

- Een overzicht van bestaande opleidingen en taak- en functieomschrijvingen voor niet-medische beroepen ontbreekt.
- De gegevens over de huidige capaciteit en de benodigde capaciteit van GB/P-ers zijn onvoldoende.
- Er is geen informatie verzameld over het gebruik van waardering of beloning van medewerkers op basis van prestaties of goed functioneren via bijv. salaris, bonussen of promotie. Dit zou één van de instrumenten kunnen zijn voor de verhoging van de professionaliteit.

4.5 Middelen

Om kennis en kunde in te kunnen zetten moet de gemeente beschikken over financiële middelen, de derde voorwaarde die voor het effectief functioneren van de organisatie nodig is. Naast de beschikbaarheid is ook een doelmatige aanwending van belang voor een effectieve organisatie. De vraag is dus hoeveel middelen zijn er beschikbaar voor gemeenten en welke keuzes worden gemaakt in de besteding.

Inkomsten

Gemeenten ontvangen financiering uit verschillende bronnen. De verdeling van de bronnen over 2010 en 2011 is te vinden in Tabel 3. Hieruit blijkt dat ongeveer een derde van de middelen afkomstig is uit uitkeringen van het rijk, exclusief de specifieke uitkeringen. Deze middelen zijn nauwelijks gestegen. Dit geldt ook voor de meeste posten onder eigen inkomsten van gemeenten. Uitzondering vormen de bron “specifieke uitkeringen van het rijk en de bijdragen uit provincie en EU” en de “eigen baten en opbrengsten”, die beiden zijn afgenomen. Per saldo is er een voortgaande trend, waarbij de inkomsten van gemeenten dalen.

Tabel 4.3 Overzicht van inkomstenbronnen van gemeenten in 2010 en 2011 (Periodiek onderhoudsrapport, 2011)

Bronnen	2010	2011
Uitkeringen van het rijk vooral via het gemeentefonds	€ 17,8	€ 17,9
Specifieke uitkeringen van het rijk en bijdragen vanuit de provincie en de EU	€ 18,4	€ 18,2
Eigen inkomsten uit:		
- onroerend zaakbelasting	€ 2,96	€ 3,06
- overige belasting	€ 0,87	€ 0,92
- gemeentelijke rechten en bestemmingsheffingen	€ 3,99	€ 4,04
Baten uit overige eigen middelen zoals grondexploitatie en opbrengsten uit geldleningen, beleggingen en nutsbedrijven	€ 10,1	€ 9,5

Het grootste deel van de middelen die gemeenten aan de publieke gezondheidszorg besteden, is afkomstig van het rijk. Een belangrijk deel is terug te vinden in het gemeentefonds, een onderdeel van de rijksbegroting. Het budget van dit fonds is gekoppeld aan de beleidsdoelstellingen van de rijksoverheid. De basis is te vinden in de financiële verhoudingswet (FVW). De Ministers van Binnenlandse zaken en Koninkrijksrelaties en Financiën voeren het beheer (artikel 3 FVW) en zijn systeemverantwoordelijk voor het gemeentefonds. Gemeenten zelf zijn verantwoordelijk voor de resultaten die zij met hun budget uit dit fonds realiseren. Ze zijn bovendien - met inachtneming van de wet- en regelgeving - autonoom in het voeren van hun beleid bekostigd uit dit fonds. De begroting van het gemeentefonds bevat dus geen output- en/of outcomegegevens; deze worden immers door de gemeenten in hun eigen begrotingen gepresenteerd.

In het gemeentefonds kunnen volgens artikel 5 FVW een vijftal verschillende soorten uitkeringen als rijksverplichting zijn opgenomen. De belangrijkste voor de preventie zijn de algemene uitkering, de integratie- en decentralisatie-uitkering.⁴⁰ De algemene uitkeringen, de hoofdmoot van het gemeentefonds, is voor gemeenten vrij besteedbaar.⁴¹ Integratie- en decentralisatie-uitkeringen worden bij AmvB vastgesteld en komen – net als de algemene uitkeringen - ten goede aan de algemene middelen van de gemeente. De integratie-uitkeringen zullen op termijn in de algemene uitkeringen worden opgenomen; de-

centralisatie-uitkeringen kennen nog niet zo'n vastgestelde termijn. Zo zijn de middelen voor de huishoudelijke verzorging van de Wmo door middel van een integratie-uitkering met langlopend karakter toegevoegd aan het gemeentefonds en kennen een eigen verdeelsleutel en een jaarlijks bepaalde groeivoet.

Tabel 4.4 Overzicht van decentralisatie-uitkeringen zoals begroot voor de jaren 2011-2014 (X 1000).

Onderwerpen	2011	2012	2013	2014
Jeugd (aan G31)	21,780	21,780	21,780	21,780
Centra voor Jeugd en Gezin	368,137	368,137	368,137	368,137
Maatschappelijke opvang (43 gemeenten)	307,228	298,528	298,528	298,528
Vrouwenopvang (35 gemeenten)	88,979	88,979	88,759	88,759
Gezond in de stad (31 gemeenten)	5,000	5,000	5,000	5,000
Nationaal Actieplan Sport en Bewegen				
Impuls Brede Scholen, Sport & Cultuur	28,334	28,334	28,334	28,334

Bron: memorie van toelichting bij de begrotingsstaat van het Gemeentefonds voor het jaar 2012.

Door de economische crisis is het gemeentefonds tussen 2009 en 2011 niet gegroeid. Vanaf 2012 zal het gemeentefonds even veel krimpen als de netto rijksuitgaven. De voorgestelde bezuinigingen in de rijksuitgaven vertalen zich dan in het budget van het gemeentefonds. Deze trend is niet zichtbaar in de decentralisatie-uitkeringen die grotendeels al eerder zijn vastgelegd.

Ook de rijksbijdrage op het thema gezondheidsbevordering wordt afgebouwd. In de landelijke nota gezondheidsbeleid wordt een daling van de inzet op leefstijlinterventies aangekondigd. Werd er in 2011 nog 64 miljoen aan uitgegeven, in 2012 zal dat structureel 59 miljoen zijn, in 2013 53 en in 2014 48 miljoen.

Uitgaven

De onderstaande tabel laat de financiële gegevens zien over de belangrijkste activiteiten van gemeenten gericht op preventie van welvaartsziekten. Meegenomen zijn vier categorieën:

- Openbare gezondheidszorg (alle taken van de GGD, met uitzondering van de jgz, maar dus inclusief de infectieziektebestrijding).
- Jeugdgezondheidszorg, zoals zichtbaar in de Centra Jeugd en Gezin (CJG).
- Centra Jeugd en Gezin (CJG) als onderdeel van de Wmo;
- Maatschappelijke dienstverlening, begeleiding en advies, zoals die in het kader van de Wmo door het algemeen maatschappelijk werk wordt verricht.

De gegevens over 2005, 2008, 2010 en 2011 maken zichtbaar, dat de uitgaven aan de openbare gezondheidszorg over het geheel zijn toegenomen. Een vergelijkbare trend is er ook voor de CJG-Jeugdgezondheidszorg. Deze cijfers zijn echter over de hele linie nog behoorlijk wat lager dan de uitgaven voor de maatschappelijke dienstverlening en hoger dan die voor de CJG als onderdeel van de Wmo.

Tabel 4.5 Gemeentebegrotingen; baten en lasten in Nederlandse gemeenten (CBS-Statline, oktober 2011). Gemeentelijke functies in mln euro/euro per inwoner

Onderwerpen	Categorie	Lasten 2005	Lasten 2008	Lasten 2010	Lasten 2011*	Saldo 2005	Saldo 2008	Saldo 2010	Saldo 2011*
Maatsch. Beg. & adv.	In mln euro	862	1002	1229	1284	-599	-774	-989	-1150
Maatsch. Beg & adv	Euro inwoner	53	61	74	77	-37	-47	-60	-69
Ogz	In mln euro	428	452	499	563	-296	-322	-370	-442
Ogz	Euro inwoner	26	28	30	34	-18	-20	-22	-27
CJG (jeugdgezondh.)	In mln euro	220	253	348	362	-47	-61	-93	-90
CJG (jeugdgezondh.)	Euro inwoner	14	15	21	22	-3	-4	-6	-5
CJG (ond. WMO)	In mln euro	28	38	129	147	-20	-27	-56	-55
CJG (ond. WMO)	Euro inwoner	2	2	8	9	-1	-2	-3	-3

* De cijfers uit 2011 waren in oktober 2011 nog voorlopig.

Gemeenten zijn veruit de belangrijkste financiers van de werkzaamheden van de GGD. Tijdens de werkbezoeken werd dan ook duidelijk, dat de financiële situatie van gemeenten belang-

rijke consequenties heeft voor de budgetten van GGD'en. Daling van inkomsten en stijging van uitgaven nopen gemeenten ertoe te bezuinigen. Ze heroverweging hun beleid en korten de budgetten. Weliswaar neemt het totale budget van de GGD eerder toe dan af, toch hebben GGD'en beduidend minder middelen voor het onderwerp gezondheidsbevordering. Er wordt dus meer ingezet op de bestrijding van infectieziekten of calamiteiten. Gemeenten hun beleidsruimte benutten om sterk te bezuinigen op de post gezondheidsbevordering.

Aanvullende financiering

In tijden van bezuiniging staan de gemeente drie wegen open om met minder eigen middelen meer te realiseren.

1. Efficiënter inzetten van de beschikbare middelen. (kosten)effectieve interventies en een programmatische aanpak zijn te prefereren boven incidentele maatregelen, waarvan het effect onduidelijk is. Een gemeente kan ook met een intersectorale aanpak of integraal beleid maatregelen treffen die gelijktijdig effect sorteren op meerdere thema's.
2. Samenwerking zoeken met partijen die voor de financiering van hun werkzaamheden niet afhankelijk zijn van gemeentelijke bijdragen. Zo worden premiegefinancierde zorgaanbieders extra interessant en zijn er ook allianties te sluiten met private partijen, die eigen middelen kunnen inbrengen. Ook kan de gemeente besparen door kennisinstituten in te schakelen, die door het rijk worden gefinancierd om de gemeente te ondersteunen.
3. Zoeken naar aanvullende financiering. De geijkte paden lopen via de EU en de provincie. Gemeenten benaderen nu ook zorgverzekeraars, die immers een taak hebben op het terrein van preventie van welvaartsziekten en bovendien profijt hebben van de effecten van maatregelen op dit terrein.

Gemeenten benaderen geldschieters zoals zorgverzekeraars en commerciële partners zoals bijv. de voedselindustrie of horecaondernemingen om zich in te zetten voor de preventie van welvaartsziekten (zie hoofdstuk 5). Deze inzet is eerder projectmatig dan structureel, zo meldden de GGD'en tijdens de bijeenkomsten. Daarmee is de financiering op de langere termijn - vooral in tijden van bezuiniging - kwetsbaar.

Bovendien ervaart de gemeente op het terrein van preventie van welvaartsziekten nauwelijks de effecten van haar investe-

ringen. Als gemeenten investeren in leefstijlinterventies of een gezonde leefomgeving, kan dat ertoe leiden dat burgers minder vaak een beroep doen op zorg (met name de zorgfunctie behandeling uit de (Zvw) of later minder behoefte hebben aan zwaardere voorzieningen (met name de Awbz-functie verblijf). Dit betekent minder kosten voor de zorgverzekeraar resp. extra kosten voor de gemeente. Een beloning voor de investeringen en/of een bijdrage van de verzekeraar zou op zijn plaats zijn (RVZ, 2011A). Een andere optie is het creëren van een financiële prikkel waardoor de gemeente wordt gemotiveerd tot het doen van een investering.

In de expertmeeting en het debat zijn deze alternatieven besproken. Bundeling van middelen, expertise en instrumenten van zowel verzekeraars als gemeenten is gewenst, maar blijkt lastig zo bleek uit enkele praktijkvoorbeelden. Het blijkt niet eenvoudig om tot onderlinge afspraken te komen. Vaak opereren meerdere zorgverzekeraars binnen één gemeente. Men voelt zich dan niet verantwoordelijk en is beducht voor concurrentie. Bovendien zijn de effecten van investeringen onvoldoende helder.

4.6 Conclusies

Er wordt gewerkt aan uniformering, standaardisering én specificering van gegevens, maar er zijn nog veel barrières. Één daarvan is de ondersteuningsstructuur. Het is cruciaal dat er een heldere, werkbare taakverdeling komt én een effectieve samenwerking allereerst tussen de gemeente en haar GGD, maar ook met de kennisinfrastructuur en lokale partners.

Bij het verzamelen van gegevens richt de GGD zich op het RIVM-VTV; gaat het om interventies dan komen de GBI's en CGL in beeld; voor innovatie- of effectiviteitsonderzoek zijn ZonMw, TNO en universiteiten aangewezen. De structuur lijkt helder en overzichtelijk, maar schijn bedriegt.

Bundeling van kennis bij het RIVM-VTV voor gegevens en RIVM-CGL voor interventies, lijkt een logische stap. Beiden hebben immers al een portaal of site waarmee ze snel en gemakkelijk kennis toegankelijk maken. Een stap verder is het om ze meer instrumenten te bieden om de kennis daadwerkelijk uit de markt te trekken. Het gaat in beide gevallen om bevoegdheden en een officiële functie in het proces.

- RIVM-VTV moet een centrale rol krijgen in de analyse

van de gegevens van zorgverzekeraars, zorgaanbieders en eventueel zelfs scholen. De minister van VWS kan met een AmvB op basis van artikel 4 Wpg de gegevensuitwisseling stimuleren en een prikkel in het systeem inbouwen om de betrokkenen te motiveren.

- Het CGL zou zich moeten richten op het aanbieden en beschikbaar maken van zogenaamde (halffabricaten van) effectief gebleken interventies. Belangrijk is om de keuzemogelijkheden van gemeenten te vergroten zonder de effectiviteit van de interventies te schaden. Dit vereist verdere ontwikkeling en onderzoek. Hier ligt een belangrijke taak voor ZonMw, als intermediair.

In deze constructie is de GGD, als gemeentelijke dienst, aangewezen om de verspreiding naar gemeenten te organiseren. Het is een eerste stap in verbetering van de verbinding tussen praktijk (GGD), beleid (gemeente) en onderzoek (kennisinstututen). Een tweede is extra aandacht voor de communicatie tussen GGD en ambtenaar. Dit kwam ook in par. 3.2 aan de orde. Dat vereist deskundigheidsbevordering van de beleidsambtenaar binnen de gemeente, een heroriëntatie van de GGD-adviseur op zijn nieuwe rol en een duidelijke lijn tussen beiden. Verder is inzet nodig op De kwaliteit en innovativiteit in het preventiewerk van gezondheidsbevorderaars en preventiewerkers. Voorgestelde opties zijn regelmatig te variëren in werkplek, takenpakket of zelfs organisatie. Ook verjonging en instroom van medewerkers uit andere werkvelden kan daarbij helpen.

Vooraf op gezondheidsbevordering wordt door gemeenten bezuinigd. Winst is te behalen door de beschikbare middelen effectief in te zetten. Dat betekent het kiezen van evidencebased interventies, liefst in de vorm van programma's en in samenhang met activiteiten op aanpalende thema's die een parallel belang dienen. Zulke parallelle belangen liggen er binnen de gemeente op het gebied van onderwijs, jeugdbeleid, welzijn, sport, ruimtelijke ordening enz. Parallelle belangen zijn er ook met zorgverzekeraars, als financiers van de curatieve en langdurige zorg. Ze moeten worden verleid óf verplicht om bij te dragen aan collectieve preventie.

“Gezonde school”

Tijdens de werkbezoeken werd “de gezonde school” vaak als voorbeeld-interventie genoemd in Friesland pasten in 2011 zo’n 50 scholen de methode toe; in Rotterdam waren dat er 60. Het is een integrale benadering die de volgende uitgangspunten heeft:

- Leerling-participatie: dit is de voorwaarde voor de effectiviteit van de gezondheidsbevorderende activiteiten op school.*
- Empowerment: het stimuleren van jongeren om hun eigen ideeën te ontwikkelen ten aanzien van gezond leven en gezonde leefomgeving en op basis hiervan actie te ondernemen.*
- School als setting: dit betekent rekening houden met alle aspecten van de schoolomgeving, het curriculum, het schoolpersoneel, de catering, buitenschoolse activiteiten, de relatie met ouders en de gemeenschap etc.*
- Gezondheidsbeleid op school: dit moet lokaal ontwikkeld worden, rekening houdend met de lokale interesses, problemen en prioriteiten.*

Aan de hand van het project SchoolSlag in Zuid-Limburg is de methode uitgewerkt door de GBI's onder voorzitterschap van GGD Nederland en met advies van TNO. Afstemming is er met het “European Network for Health Promoting Schools” (ENHPS). De methode bestaat uit gezondheidsprogramma's of leerlijnen die zijn gericht op gezondheidseffecten op de lange termijn.⁴² De kernpunten van de methode zijn: (1) school centraal (vraagsturing), (2) planmatige ontwikkeling, (3) koppeling individuele zorg en collectieve preventie, (4) lokale samenwerking. Sinds 2011 kunnen basisscholen zich profileren als “gezonde school”, als zij naast het basiscertificaat nog minimaal één van de acht themacertificaten behalen op thema's als sport en bewegen, sociaal-emotionele ontwikkeling, roken en alcohol.

5 Taakverdeling en coördinatie

5.1 Het lokale preventiewerk

De effectiviteit van een organisatie wordt mede bepaald door de interne taakverdeling in de organisatie en de coördinatie van de verschillende functies. Dit is belangrijk want veel actoren zijn actief op het terrein van preventie van welvaartsziekten. Na een breed gedragen gevoel van urgentie (doelgerichtheid) en de beschikbaarheid van de juiste voorwaarden (kennis, kunde en middelen), is dit de laatste schakel die effectiviteit van de organisatie bepaalt.

De gemeente is verantwoordelijk voor (de inhoud van) het lokale gezondheidsbeleid en de GGD adviseert (zie hoofdstuk 3). Wpg en Wmo noemen specifieke thema's, maar de verantwoordelijkheid voor de publieke gezondheid⁴³ op het lokale niveau is breder. Bovendien is de combinatie gemeente-GGD wettelijk aangewezen voor de uitvoering van collectieve preventie. Het uitvoeringsprogramma dat de praktische vertaling van het beleid bevat, moet hierbij leidend zijn. Regelmatig komt het echter voor dat beleidsnota's geen helder uitvoeringsprogramma of plan van aanpak kennen, maar zelfs als dat wel het geval is worden ze in de praktijk regelmatig niet uitgevoerd, zoals is opgeschreven (De Gouw, 2012).

De gemeente is financier van belangrijke onderdelen van de collectieve preventie. Richting de burger is ze de poortwachter van Wmo en Wpg; richting veldpartijen is ze regisseur, aanjager en opdrachtgever voor collectieve preventie en de ketens van zorg en ondersteuning. De gemeente heeft via haar diensten direct toegang tot het lokale netwerk en kan samenwerking met andere gemeenten initiëren.

De GGD voert in hoofdzaak het beleid uit. Zijn werkzaamheden zijn wettelijk vastgelegd en worden in het kader van de Wgr overgedragen. Via de afspraken maakt de gemeente de GGD op professioneel niveau verantwoordelijk voor de uitvoering, vaak ook de coördinatie van de publieke gezondheidszorg. De hoeveelheid verantwoordelijkheden die een gemeente uiteindelijk overdraagt, kan per regio en soms per gemeente verschillen. Daarmee varieert dus ook de autonomie van de GGD per regio. De gemeente is als opdrachtgever verantwoordelijk voor de kwaliteit van de uitvoering en als

bestuurder voor de bedrijfsvoering en de verantwoording van het geleverde resultaat.

De GGD is de spin in een groot web. Hij legt verbanden tussen regionale en lokale organisaties en initiatieven en functioneert als verbinding tussen het openbaar bestuur, de publieke en particuliere gezondheidszorg. Volgens de GGD'en die we spraken, is de positie van de GGD ten opzichte van de gemeente bepalend voor de uitvoering van deze spilfunctie. Zo bleken regionaal werkende GGD'en zoals GGD Fryslân en GGD Rivierenland zich in eerste instantie te richten op regionale partners. De GGD'en die van oudsher voor één gemeente werken, hebben lokale netwerken, zowel intern binnen het gemeentelijk apparaat (met andere gemeentelijke diensten) als met externe actoren. GG&GD Utrecht heeft een heel divers en zeer breed netwerk op wijkniveau.

Actoren

Bij de uitvoering van het gemeentelijk preventiebeleid kan een heel scala aan partijen betrokken zijn. In het vorige hoofdstuk kwam de kennisinfrastructuur van de OGZ al aan de orde. Hier volgt een overzicht van organisaties die op het lokale niveau een rol (kunnen) hebben bij preventie van welvaartsziekten. Dit laat zich het best omschrijven aan de hand van de setting, waarin de kernactiviteiten plaats vinden. Daarna volgt een beschrijving van de functie van aanbieder van zorg, welzijn en ondersteuning per setting.

De belangrijkste speler in alle settings, die niet in het schema voor komt, is echter de burger. Het gezondheidsbevorderingsbeleid is immers gericht op zijn gezondheid en wel door beïnvloeding van zijn gedrag. Zijn rol is echter beperkt; burgers zijn minder betrokken bij bestuurlijke - of beleidsmatige aanlegenheden rondom preventie van welvaartsziekten (zie hoofdstuk 3). Desondanks vinden burgers hun gezondheid weldegelijk belangrijk. Ze voelen zich echter niet altijd verantwoordelijk voor de gedragskeuzes die hun eigen gezondheid schaden. Bovendien geeft 84% van de burgers aan gezond te leven. Dit blijkt echter noch uit hun gedrag, noch uit de gezondheidsmonitoren. Ze maken vaker ongezonde keuzes dan zij zelf denken en ze spreken anderen in hun omgeving zelden aan als die hun gezondheid dreigen te schaden. Evenmin stellen ze eisen aan hun omgeving, aan gemeenten en zorgverzekeraars, waaruit hun waardering van hun gezondheid blijkt.

Toch zijn het wel de burgers die bepalen of de gekozen interventies effectief zijn. Belangrijk is dan ook, zo werd tijdens de expertmeeting aan de hand van het programma “Hartslag Limburg” toegelicht, dat interventies worden gericht op thema’s die belangrijk zijn voor de doelgroep. Ook het Referentiekader Gezondheidsbevordering (Saan & De Haes, 2005)⁴⁴ stelt een communitybenadering als belangrijke voorwaarde voor het uitvoeren van projecten op het gebied van gezondheidsbevordering. De burger heeft zo toch een belangrijke rol bij de ontwikkeling en/of de uitvoering van het beleid.

Schema: Overzicht van partijen die lokaal kunnen bijdragen aan preventie van welvaartsziekten (niet limitatief)

Setting: wijk.

Organisaties

CJG*

Mogelijke rol bij preventie van welvaartsziekten

Signaleren en voorkomen van omstandigheden in huis of gezin, die de lichamelijke, emotionele en sociale ontwikkeling van het kind negatief beïnvloeden.

Woningcorporaties

Veiligheid in de woning; kwaliteit van binnenmilieu; voorkomen van overlast van burens.

Eerstelijnszorg*

Geïndiceerde en zorggerelateerde preventie.

Welzijnsorganisaties*

Bevorderen van leefbaarheid en sociale samenhang in de wijk; Signaleren van leefomstandigheden die de gezondheid kunnen schaden; voorkomen van maatsch. uitsluiting en sociaal economische kwetsbaarheid door hulpverlening; informeren, adviseren en begeleiden bij leefstijlverandering.

En maatsch. dienstverlening*

Politie

Preventief toezicht; signaleren van sociaal isolement; signaleren en voorkomen van risicovol gedrag, bijvoorbeeld in het verkeer. Het gebruik van verslavende middelen; voorkomen van overlast. Signaleren en voorkomen van onveiligheid, geweld of misbruik. Voorkomen van inactiviteit en sociaal isolement door activiteiten

of door

Kinderbescherming

Vrijwilligers-

organisaties

Aan te bieden die gericht zijn op bewegingsbevordering of ontspanning in de natuur, en mensen daarbij te betrekken; signaleren en voorkomen van ongezonde leefomstandigheden of sociale uitsluiting.

Detailhandel

Voorkomen dat klanten (te veel) ongezonde producten kopen door gezonde producten aan te bieden en de gezonde keuze te promoten.

Horeca

Voorkomen dat mensen roken, overmatig alcohol of drugs voorkomen van een ongezonde leefstijl door gezonde producten aan te bieden en de gezonde keuze te promoten.

Setting: werk.

Organisaties

Werkgevers*

Onderne-

mingsraden

Arbodiensten

Mogelijke rol bij preventie van welvaartsziekten

Voorkomen van verzuim en arbeidsongeschiktheid door het stimuleren van gezond gedrag onder het personeel; zorgen voor begeleiding en faciliteren van de gezonde keuze.

Voorstellen van preventieve maatregelen;

motiveren van collega's

Signaleren van arbeidsomstandigheden die ongezondgedrag uitlokken; in overleg treden met de werkgever om dergelijke omstandigheden te veranderen; voorkomen van risicogedrag bij werknemers door gerichte ondersteuning en begeleiding bij leefstijlveranderingen.

Setting: onderwijs.

Organisaties

Scholen* en

kinderopvang

Schoolbegeleidings-
diensten

JGZ*

Mogelijke rol bij preventie van welvaartsziekten

Voorkomen van schooluitval door het signaleren en voorkomen van risicogedrag of een ongezonde leefstijl, door bieden van een omgeving, die uitnodigt tot gezond gedrag, en het voorlichten en begeleiden van ouders en kinderen bij leefstijlverandering.

Toevoegen van preventie aan het curriculum en de leerstof; begeleiden van leerlingen en leraren bij preventieactiviteiten (vroeg)signalering van lichamelijke, psychische of sociale risico's bij kinderen; adviseren over veranderingen in leefstijl of -omstandigheden; aanbieden van interventies en begeleiden bij de implementatie.

Setting: zorg.

Organisaties

Zorginstellingen*

Organisaties van pa-
tiënten/cliënten

Zorgverzekeraars*

Vrijwilligers-
organisaties

Mogelijke rol bij preventie van welvaartsziekten

Voororal zorggerelateerde preventie.

Signaleren van gezondheidsrisico's en risicovol gedrag; gedragsbeïnvloeding door advisering, begeleiding en toepassing van effectieve interventies.

Creatief meedenken over passende interventies;

de voortgang van de implementatie bewaken;

het thema onder haar doelgroep agenderen

Bijdragen aan ontwikkeling en implementatie van interventies, o.a. door inkoop, regie en bekostiging van zorg.

Voorkomen van inactiviteit en sociaal isolement door activiteiten aan te bieden die gericht zijn op bewegingsbevordering of ontspanning in de natuur, en mensen te betrekken; signaleren en voorkomen van ongezonde leefomstandigheden of sociale uitsluiting.

Wijk

De wijk is de woon- of leefomgeving, waar een deel van de vrije tijd wordt doorgebracht. Een belangrijk onderdeel daar-

van is het gezin, maar ook gemeenschapsactiviteiten en allerlei voorzieningen en diensten die in het leven zijn geroepen om mensen te ondersteunen. Zeker als gezondheid breed wordt opgevat, namelijk inclusief welzijn en veiligheid, zijn Preventiemaatregelen belangrijk. Ze kunnen helpen om de (bewegings)vrijheid op straat te vergroten, deelname aan sociale netwerken te bevorderen en zo sociaal isolement en welvaartsziekten te voorkomen. Hierbij gaat het dan ook niet alleen om gedragsbeïnvloeding, participatie en empowerment⁴⁵, maar ook om verbetering van sociale samenhang en leefbaarheid in de wijk (prestatieveld 1 Wmo). Er is structurele aanpassing van de wijk nodig: andere organisatie, nieuwe voorzieningen en sterkere netwerken die duurzaam bijdragen aan gezondheid en welzijn van bewoners.

Voor preventie is vooral de eerste lijn cruciaal. Hier komen patiënten het eerst met hun hulp- en zorgvragen, maar men kan ook proactief risicogroepen benaderen. Signalering is hier dus een belangrijke taak.

De eerste lijn is divers en versnipperd. Professionals hebben afhankelijk van hun opleiding en beroep verschillende mogelijkheden van ondersteuning: advisering, begeleiding, behandeling en/of doorverwijzing. Beroepsgroepen in de zorg zijn vooral huisartsen, verpleegkundigen, verzorgenden, klinischpsychologen, verloskundigen, paramedici of alternatief geneeskundigen. In de hulpverlening gaat het vooral om maatschappelijk werkenden; soms worden ook andere welzijnswerkers tot de eerste lijn gerekend. De professionals werken als zelfstandige – al dan niet in een groter organisatorisch verband – of in loondienst. Steeds meer aandacht is er voor (keten)samenwerking en soms wordt gezocht naar een geïntegreerd zorg- of hulpaanbod bijvoorbeeld in een gezondheids- of inloopcentrum.

De huisarts is de toegangspoort tot de zorg en wordt door patiënten vaak als toegankelijk en bereikbaar ervaren. Hij kan bij preventie zijn signaleringsfunctie, advies- en verwijzingsfunctie inzetten. Casuïstische preventie vindt plaats op grond van risico-inschatting tijdens een consult. Opvolging is er alleen als de patiënt bij een volgend bezoek het onderwerp opnieuw ter sprake wordt gebracht. Bij programmatische preventie worden patiënten die daarvoor in aanmerking komen gericht uitgenodigd voor een preventieve interventie. Voor een aantal belangrijke chronische aandoeningen, zoals o.a. diabetes en vasculair risicomanagement, zijn voor de eerste lijn zorgstandaarden

ontwikkeld, waarin preventie en stimulering van zelfmanagement bij de patiënt een belangrijke plaats innemen. De verantwoordelijkheid voor preventie is daarmee belegd bij zowel zorgverlener als de patiënt.

Nieuw is het preventieconsult, dat op initiatief van NHG en LHV is ontwikkeld. Het is dit jaar in het verzekerde pakket opgenomen. Het preventieconsult moet actief risicofactoren opsporen voor ziekten die in de huisartsenpraktijk veel voorkomen. Het richt zich op volwassenen vanaf 45 jaar die nog niet in behandeling zijn vanwege de over chronische ziekte(n), maar mogelijk wel een verhoogd risico hebben. Het bestaat uit:

- 1. Een online vragenlijst.⁴⁶ Hiermee wordt het risico op de betreffende chronische aandoening geschat.*
- 2. Mensen zonder verhoogd risico krijgen een leefstijladvies. Mensen met een verhoogd risico krijgen het advies om naar de huisarts te gaan voor een consult.*
- 3. Afankelijk van de aanwezige risicofactoren, twee huisartsconsulten. In het eerste consult bespreekt de huisarts daarin de vragenlijst en doet aanvullend onderzoek; in een tweede het risicoprofiel, de daarbij aansluitende leefstijladviezen en eventuele preventieve medicatie.*

Nu richt het preventieconsult zich op de preventie van Cardio-metabole aandoeningen, zoals hart- en vaatziekten, diabetes en nierziekten. Modules voor kanker en psychische problemen zijn in ontwikkeling.

Huisartsen ervaren een aantal belemmeringen bij preventie. Ze geven aan dat (1) hen de tijd voor overleg en samenwerking ontbreekt, (2) de tijd die per patiënt beschikbaar is, te kort is en (3) de initiële kosten van preventie niet worden gefinancierd. Dit wordt steeds vaker opgelost door het delegeren van taken aan praktijkondersteuners of (gespecialiseerde) verpleegkundigen, zoals nurse practitioners. Er lopen experimenten om het in te zetten voor het achterhalen van de lichamelijke, psychische en sociale omstandigheden van de patiënt, de afstemming met andere partijen en een goede follow-up waarin de patiënt aanvullende begeleiding krijgt bij het uitvoeren van de voorgestelde adviezen.

Belangrijk voor preventie is ook de thuiszorg. Deze levert zorggerelateerde preventie, soms onderdeel van een preventieprogramma, maar vaker onderdeel van ketenzorg. De thuiszorg versterkt de zelfredzaamheid, vermindert de ziektelast en probeert 'erger' te voorkomen. De specifieke activiteiten zijn:

observeren, signaleren, rapporteren en gespreksvoering ‘achter de voordeur’. In 2009 bereikten 56 van de 59 betrokken thuiszorgorganisaties met thuiszorgpreventie in totaal 96.328 personen, verdeeld over alle leeftijdsgroepen (Van Bijsterveldt, 2011). De thuiszorg is vooral uitvoerder. De wijkverpleegkundige heeft een spilfunctie en werkt aan integratie van wonen, zorg en welzijn. Hij werkt veel samen met mantelzorgers.

Een nieuwe speler is het Centrum Jeugd en Gezin (CJG). Vanaf 2012 moet elke gemeente een inloopcentrum waar jongeren, ouders en professionals terecht kunnen met hun vragen over opgroeien en opvoeden. In een CJG zijn volgens de huidige Wet op de jeugdzorg de volgende functies:

- JGZ voor wat betreft het basistakenpakket.
- De vijf Wmo-functies: informatie en advies; signalering; toeleiding naar hulp; Licht pedagogische hulp; coördinatie van zorg (onder andere maatschappelijk werk).
- Schakel met Bureau Jeugdzorg en Zorg- en Adviesteams (ZAT).

De gemeente kan er op basis van de lokale situatie andere functies aan toevoegen, zoals eerstelijnszorg: (huisarts, verloskundige, kraamzorg) of voorzieningen voor kinderopvang.

Veel preventieve taken liggen ook bij de maatschappelijke dienstverlening, het werkterrein van het Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW). De AMW is voor iedereen gratis en direct (zonder verwijzing en in principe zonder wachttijd) toegankelijk. AMW verzorgt de toegang tot gespecialiseerde zorg en welzijn en tot publieke informatie en voorzieningen. Daarnaast biedt het AMW begeleiding, bemiddeling, ondersteuning, consultatie en signalering. Het AMW is actief in gezondheidscentra, ziekenhuizen, scholen, bedrijven, wijkinformatiepunten), bureaus schuldhulpverlening en asielzoekerscentra.

Ten slotte is er een veelheid aan welzijnsorganisaties. Zij richten zich veelal op de inrichting van de sociale omgeving of de begeleiding van individuele burgers met een - al dan niet - uitgesproken hulpvraag. Professionals én vrijwilligers bieden gezamenlijk advies en informatie, activering, ontmoeting en hulpverlening. Het gaat om functies als opbouwwerk, jongeren- en ouderenwerk, schuldhulp, kinderopvang, maatschappelijke opvang of vluchtelingenwerk.

Zorg

Zorginstellingen uit de curatieve en langdurige zorg hebben een eigen verantwoordelijkheid op het terrein van preventie

van welvaartsziekten. Dat is allereerst de individuele preventie, maar in de curatieve zorg ook wel ziektepreventie. De individuele preventie is vaak integraal onderdeel van de zorg. In alle richtlijnen voor diagnostiek, behandeling en zorg van de 8 aandoeningen die het meeste voorkomen is aandacht voor preventie. Dat geldt dus voor alle betrokken (para-)medische beroepsgroepen, maar in veel zorginstellingen als ziekenhuizen, verzorgings- en verpleeghuizen is deze aandacht doorgaans minder expliciet. Preventie van welvaartsziekten heeft een meer centrale plaats in de GGZ, gehandicaptenzorg en revalidatiezorg. De GGZ die zowel eerste- als tweedelijnszorg levert alsook langdurige zorg, vervult belangrijke taken bij preventie van o.a. verslaving, depressie en eenzaamheid.

Gezaghebbende beroepsverenigingen als KNMG en V&VN staan positief tegenover samenwerking en verbetering van preventie in de zorg. De visie van de KNMG is, dat iedere arts in principe kan en moet bijdragen aan preventie – mits gefaciliteerd. Preventie is dan ook een onderdeel van het competentieprofiel van de arts. Verder vindt de KNMG dat evidencebased en effectieve preventie in het basispakket van de Zvw dient te worden opgenomen, zodat de toegankelijkheid voor iedere burger is gegarandeerd. V&VN is voorstander van de inzet van verpleegkundigen en verzorgenden voor signalering en begeleiding als onderdeel van het preventieproces.

Onderwijs

Het onderwijs wordt geacht een centrale rol te vervullen bij het tegengaan of bespreekbaar maken van sociale en maatschappelijke problemen. De school kan dit doen in zijn leeraanbod richting kinderen, maar ook door middel van voorlichting en advisering van ouders of bij de opleiding van onderwijzend personeel. Er zijn al veel activiteiten gericht op bewustwording of verandering van leefstijl op het gebied van bijvoorbeeld roken, alcohol en drugs. Via het bewegingsonderwijs en door samenwerking met sportverenigingen in de naschoolse opvang is er meer aanbod van sportactiviteiten op school. Scholen investeren graag in de gezondheid van hun leerlingen. Het leidt tot minder schooluitval, minder ziekteverzuim en minder gedragsproblemen. Dat bevordert de schoolprestaties overall.

Gezondheid is echter niet het enige maatschappelijke thema dat aandacht behoeft. Er zijn vele lespakketten en – programma's die worden aangeboden. Bovendien wordt de school beoordeeld op de leerprestaties van de leerlingen in de

basisvakken. In het primair onderwijs gaat het dan vooral om taal en rekenen.

Daarnaast zijn er belemmerende factoren. Van scholen wordt gevraagd terughoudend te zijn met het overnemen en uitvoeren van taken die eigenlijk door ouders zouden moeten worden gedaan. Leerlingen zijn over het algemeen niet geïnteresseerd in het thema gezondheid. Verandering van hun leefstijl betekent voor hen op korte termijn weerstand bieden aan verleidingen als fastfood, alcohol, drugs en roken, die vaak in de directe omgeving worden aangeboden. Regelmatig is er sprake van groepsdruk van leeftijdgenoten om ongezond gedrag over te nemen en van ouders die zelf niet het goede voorbeeld geven.

Werk

Werkgevers en werknemers voelen zich verantwoordelijk voor de duurzame inzetbaarheid, productiviteit en daarmee de goede gezondheid van werknemers. Zij ontwikkelen preventiebeleid dat kan bestaan uit de pijlers gezondheidsmanagement, HRM- en leefstijlbeleid. Het gaat om een breed pallet gericht op arbeidsomstandigheden, ziekteverzuim en re-integratie, maar ook op loopbaan, opleidingen en levensfasebewust personeelsbeleid. Nu worden deze beleidslijnen vaak nog gescheiden toegepast, maar wanneer ze in alle aspecten van de bedrijfsvoering terugkomen, kunnen ze volgens de SER elkaar aanvullen en versterken, zodat er sprake is van “integraal gezondheidsmanagement” binnen de arbeidsorganisatie (SER, 2009). Werkgevers werken bij preventie steeds vaker samen met zorgaanbieders, zorgverzekeraars, inkomens- of verzuimverzekeraars en arbodienstverleners.

De werkgever is wettelijk niet tot gezondheidsbevordering verplicht; wel tot gezondheidsbescherming en ziektepreventie. Deze verantwoordelijkheden zijn geregeld in de Arbo-wet. De Arbo-wet gaat uit van een gezamenlijke verantwoordelijkheid van werknemers en werkgevers voor veiligheid, gezondheid en welzijn in en op het werk. Voor gezondheidsbevordering zijn vooral de cao's belangrijk. Vakbonden en ondernemingsraden hebben dus een belangrijke rol. Sommige werkgevers worden tot gezondheidsbevorderende maatregelen aangezet door de zorgverzekeraar waarmee de werkgever een collectief contract heeft gesloten. Ook worden werkgevers en werknemers bij gezondheidsbevordering gesteund door een set maatregelen die recent van overheidswege landelijk zijn genomen ter verhoging van arbeidsparticipatie.⁴⁷

5.2 Coördinatie

Coördinatie is onderlinge afstemming. Het is - naast samenwerking - een belangrijk onderdeel van de regierol van gemeenten in het gezondheidsbeleid.⁴⁸ Bij deze vorm van sturing zijn er twee vormen: interne en externe regie. In dit hoofdstuk staat de externe regie centraal en gaat het om de wijze waarop de gemeente externe partijen beweegt om in onderlinge afstemming of samenwerking de doelstellingen van het lokale gezondheidsbeleid te realiseren. In hoofdstuk 3 kwam de interne regierol aan bod.

De gemeente voert externe regie op de bijdragen van partners die advies leveren of werkzaamheden verrichten ter uitvoering van het beleid. De gemeente regisseert de voortgang, de signalering van knelpunten en de bewaking van het beleidsproces en zijn resultaten. Regie betekent

- verbinden van partijen met elkaar,
- committeren van partijen aan elkaar,
- overstijgende en/of gemeenschappelijke belangen en doelen formuleren,
- voorwaarden en structuren scheppen die samenwerking bevorderen of zelfs afdwingen.

Voorwaarden voor succes zijn volgens BZK (2006) (1) een duidelijke visie op het te bereiken resultaat, (2) duidelijke en concrete afspraken met alle partijen, (3) samen werken aan een gezamenlijke probleemdefinitie, (4) investeren in samenwerking op activiteiten, regelmatige en directe communicatie en draagvlak; (5) zoeken van enthousiaste medestanders; (6) gebruiken van elkaars competenties en informatie, (7) een kort, resultaatgerichte processtappen.

Om adequaat de lokale problemen op te kunnen lossen en in lokale behoeften te voorzien (bestuurskracht) zijn een gedegen beleidsplan en bijbehorend uitgewerkt implementatieplan nodig. Het succes van regie hangt af van de aanwezigheid van doorzettingsmacht en eigen script.⁴⁹ De gemeente heeft op het terrein van de preventie van welvaartsziekten beperkte mogelijkheden om andere partijen haar wil op te leggen (doorzettingsmacht), en vrij veel mogelijkheid om zijn eigen koers uit te stippelen en zijn eigen beleidskader vorm te geven (eigen script).

Externe regie vereist sturingsinstrumenten. Deze variëren per partner naargelang de relatie die zij met deze partner heeft. Zo

heeft de gemeente de mogelijkheid om de GGD te sturen door de inzet van extra middelen, door bestuurlijke opdrachten of door bestuurlijk overleg. Richting externe partijen heeft zij minder mogelijkheden. Ze kan de gemeente kiezen uit:

- Financiële middelen. De keuze van soorten subsidies, de hoogte en de voorwaarden waaronder ze worden verstrekt.
- Regelgeving in de vorm van verordeningen.
- Aanbieden van facilitering bijvoorbeeld in de vorm van ambtelijke ondersteuning.
- Sturing via bevoegdheden op andere beleidsterreinen, bijvoorbeeld door middel van vergunningen of verordeningen.
- Gebruik van de eigen onafhankelijke positie en overtuigingskracht.

De gemeente heeft de mogelijkheid zelf te kiezen welke partijen ze betreft bij de uitvoering, maar beschikt veelal niet over de middelen om eenzijdig medewerking van externe partijen af te dwingen. Op het terrein van gezondheidsbevordering zet de gemeente vooral zachtere vormen in, zoals overtuigingskracht. Financiële middelen zijn op dit onderwerp mondjesmaat beschikbaar en dwingend optreden wordt niet opportuun geacht richting burger en is contraproductief richting lokale partijen. Wettelijke en financiële Sturing van langdurige of curatieve zorg is bovendien lastig, omdat deze sector een eigen structuur en financiering kent. De gemeente heeft dan ook weinig doorzettingsmacht richting deze sector en kan alleen in onderling overleg koersbepalend zijn. De gemeente zal dus sturen op vrijwillige samenwerking. Samenwerking kan gebaseerd zijn op commitment of door het vaststellen van voorwaarden, variërend in zwaarte:

- Afspraken over de inzet van iedere partner in termen van capaciteit, middelen, deskundigheid, ervaring enz. Dit kan in de vorm van een overeenkomst, convenant, intentieverklaring of notulen van een vergadering.
- Kiezen van een passende bestuurlijk-organisatorische samenwerkingsvorm. Dat kan door het creëren van een nieuwe organisatie (fusie), door het creëren van netwerken of ketens, door het inrichten van tijdelijke samenwerkingsverbanden, zoals in projecten, of door afstemming en samenwerking via platforms, werkgroepen of (regelmatig) overleg.

In 2010 startte ZonMw met het programma “gezonde slagkracht”. Het programma moet ertoe leiden dat circa 50 gemeenten met steun vanuit ZonMw integraal werken aan de preventie van overgewicht, roken, drugsgebruik en/of overmatig alcoholgebruik. De geïntegreerde aanpak vereist samenwerking tussen gemeente en een breed scala aan lokale en regionale professionele organisaties, vrijwilligersorganisaties en bedrijfsleven; dit in aansluiting met een voor hen relevante academische werkplaats. Voorwaarde is het gebruik van evidencebased interventies die bijdragen aan de speerpunten van het lokale beleid en met een kwalitatief goed monitorsysteem wordt gevolgd. Het programma wordt structureel begeleid met onderzoek naar de impact van een geïntegreerde aanpak van gezondheidsbevordering en de vorming van (vitale) netwerken en ketens binnen de publieke gezondheid inclusief aansluiting bij cure en care. Ook moet het programma interventies opleveren die effectief genoeg zijn om voor certificering in aanmerking te komen.

Externe regie draagt de gemeente vaak aan de GGD over als het gaat om gezondheidsbevordering, maar vaak ook op het terrein van JGZ en ouderengezondheidszorg. Een belangrijke rol heeft de GGD doorgaans bij de afstemming tussen openbare en curatieve gezondheidszorg. Door zijn brede deskundigheid kan de dienst schakelen tussen de gemeente (het publieke belang) en de zorgsector, die vooral bestaat uit private partijen: zorgverzekeraars en zorgaanbieders. De wijze waarop de afstemming publiekcuratieve zorg moet worden vormgegeven, ligt niet vast. Wel zijn er voorwaarden gesteld aan de financiering van individuele preventie op basis van Zvw en Awbz.

De GGD moet nog groeien in die rol, want voorheen was hij vooral uitvoerder. Bovendien beschikt hij nauwelijks over doorzettingsmacht en een eigen script. Overtuigingskracht is vaak zijn belangrijkste sturingsinstrument. De GGD heeft dan ook vooral een faciliterende rol. Belangrijke instrumenten voor het creëren van draagvlak zijn visie, beïnvloedingsstrategieën en netwerkontwikkeling; leiderschap is nodig om in de belangstrijd preventie op de agenda te houden (Ruland, 2008).

Samenwerkingspartners

De samenwerking van GGD en gemeente met de eerstelijnszorg, en vooral de huisartsen(organisaties), komt moeilijk van de grond. Er zijn goede voorbeelden, zoals in multidisciplinaire projecten en programma's, zoals de Beweegkuur, BigMove en “Van klacht naar kracht” o.a. in Rotterdam. Vaak stuit men echter op verschillen die een goede samenwerkingsrelatie in de

weg staan (2011). Wederzijds is er geen helder aanspreekpunt; de werkwijze en wederzijdse verwachtingen komen niet overeen; tijd en middelen ontbreken aan beide kanten. Zowel gemeente en GGD als huisartsen hebben behoefte aan informatie, maar de aard en inhoud daarvan is verschillend en geen van de partijen wordt daarin voldoende voorzien. Huisartsen wensen beknopte informatie over het lokale beleid, de aangeboden diensten en contactpersonen in de vorm van een verwijswijzer of sociale kaart. Gemeenten willen graag informatie over de zorgvragen en –behoeften van patiënten, de haalbaarheid en effectiviteit van hun beleid.

De GGD gebruikt steeds meer de ROS als de ingang richting eerstelijnszorg. Er zijn 20 ROS'en die ieder regionaal werken aan een optimaal georganiseerde eerste lijn en aan een verbinding tussen preventie, zorg, wonen, welzijn en arbeid. De ROS ondersteunt als informatieverschaffer, adviseur en aanjager de huisartsen, verpleegkundigen, praktijkondersteuners en paramedici bij preventie.⁵⁰ Versterking van de samenwerkingsrelatie tussen Ros en GGD zou wel eens de sleutel kunnen zijn voor gezondheidsbevordering (Ruland, 2008).

Met de GGZ heeft de GGD over het algemeen een goede samenwerkingsrelatie. Dat heeft te maken met de OGGZ-taken die in een aantal regio's bij de GGD zijn neergelegd, maar ook met de deskundigheid en betrokkenheid van de GGZ-medewerkers bij preventie. In het kader van OGGZ en verslavingsbeleid, maar ook bij de uitvoering van de ouderengezondheidszorg is er bovendien structureel samenwerking met welzijnsorganisaties, hoewel de samenwerking met het algemeen maatschappelijk werk nog op een laag pitje staat. De GGD benut eerder de thuiszorg als verbinding tussen preventie en zorg. De thuiszorg voert beide functies uit in nauwe samenwerking met enerzijds de gemeente, welzijnswerk en het maatschappelijk werk en anderzijds de eerstelijnszorg, GGZ en ziekenhuizen. Zelf legt de GGD over het algemeen weinig contact met ziekenhuizen als het gaat om uitvoering van preventietaken. Sommige GGD'en geven wel aan dat ze bij de ontwikkeling van ouderengezondheidszorg ook samenwerking zoeken met verpleeg- en verzorgingshuizen. De reden is dat deze huizen over veel faciliteiten beschikken, die - behalve voor de bewoners - ook in de wijk bruikbaar zijn. Deze huizen kunnen een centrale rol vervullen als contactcentrum en zo in het signaleren van risicofactoren van ziekten of het voorkomen van isolement.

De gemeente voert de regie over het CJG en volgens plan zal ook de jeugdzorg in 2014 onder de regie van de gemeente vallen.⁵¹ Vanuit hun rol in de JGZ is de GGD direct betrokken bij het CJG en het onderwijs. Het signaleren van lichamelijke of psychosociale gezondheidsproblemen bij kinderen is een basistaak van de JGZ. Schoolkinderen van 5, 10 en 14 jaar worden opgeroepen voor een preventief onderzoek door de schoolarts. Wanneer er een afwijking of probleem wordt geconstateerd, wordt het kind doorverwezen naar huisarts, specialist of jeugdzorg. Ook kan het worden besproken met de professionals van de Zorg- en Adviesteams (ZAT's). Zij kunnen zorg en ondersteuning bieden aan jeugdigen en hun ouders en samenwerken met scholen om problemen van kinderen en jongeren op te lossen, op het gebied van bijvoorbeeld gezondheid, veiligheid en leerplicht. De GGD benut de contacten in het onderwijs ook bij het uitvoeren van projecten of programma's. Als scholen voor primair of voortgezet onderwijs in het kader van de "brede school" een samenwerkingsverband zijn aangegaan met andere partners, zoals jeugdhulpverlening, welzijnsorganisaties, sport of maatschappelijk werk, worden ook die betrokken bij het organiseren van gezamenlijke activiteiten (opvang, welzijn, sport of cultuur). Zo zijn professionele trainers zowel op school als bij sportverenigingen actief (combinatiefuncties). Gemeenten, als eigenaar van de gebouwen, benutten de brede school ook om multifunctionele accommodaties te realiseren. Het biedt een extra mogelijkheid om een verbinding te maken met andere relevante partners zoals politie, woningcorporaties en sport. Juist sport is een sector die door de GGD vaak als partner wordt genoemd. De GGD vindt ondersteuning bij de provinciale sportraad, NISB of NOC*NSF en zijn aangesloten leden, de sportbonden; sportverenigingen zijn actief in de uitvoering.

Samenwerking is er niet met alle geledingen van de maatschappij. Zo staat de publiekprivate samenwerking (PPS) in veel regio's nog in de kinderschoenen. Het gaat hier om samenwerking met ondernemers en bedrijven in hun rol als arbeidsorganisatie/werkgever of als producent/aanbieder van leefstijlrelevante producten of diensten (zoals de horeca, detailhandel of voedselindustrie) of als aanbieder of inkoper van zorg, zoals particuliere klinieken en verzekeraars. Dat PPS niet stevig wordt opgepakt heeft te maken met verschillen in belangen, doelstellingen en werkwijze. Private partijen als horecaondernemingen, winkels, projectontwikkelaars of de industrie stellen de gezondheid van hun klanten meestal niet centraal. Ze hebben echter wel grote invloed op het gedrag van

mensen, vooral op de voedselconsumptie en het gebruik van alcohol en tabak. Bovendien bevindt een groot deel van hun activiteiten buiten de formele invloed van de gemeente. Daarom is het toch van belang dat de publiekprivate samenwerking bij het bevorderen van gezond gedrag van de grond komt. In het vorige hoofdstuk kwam ook een andere reden voor samenwerking aan bod: gezamenlijk optreden kan voor de gemeente ook een goedkope aanpak zijn. Tegelijkertijd is er bij GGD'en twijfel over de wenselijkheid van PPS. De marketing staat volgens GGD'en als GGD Rotterdam-Rijnmond samenwerking in de weg. Anderen, zoals GG&GD Utrecht, vinden dat de publiekprivate samenwerking nuttig is en creatieve oplossingen wel te vinden zijn.

Versterking van regie

Gemeente en GGD ondervinden belemmeringen in hun rol. Een deel van de oorzaak ligt in de wet- en regelgeving, die samenwerking frustreert, de invloed van gemeenten beperkt of onvoldoende bevoegdheden aan de gemeente overdraagt. De rijksoverheid kan de samenwerking tussen verschillende actoren stimuleren door wetgeving te harmoniseren, financiële en bestuurlijke schotten te verwijderen en administratieve lastendruk te verminderen. Initiatieven worden genomen om de verbinding tussen gezondheidsbevordering met zowel het onderwijs, op het terrein van schoolverzuim en (vroegtijdige) schooluitval, als de arbeidsmarkt te vergemakkelijken.⁵² Nieuwe wetten gericht op hervormingen in het sociale beleid, zijn in voorbereiding, zoals de Wet Werken naar Vermogen. Hervormingsmaatregelen zoals het passend onderwijs, decentralisatie van grote delen van de jeugdzorg, versobering van de AWBZ en tegelijk uitbreiding van de Wmo, hangen sterk met elkaar samen en kunnen elkaar in hun effect versterken. Ze zorgen voor een groot aantal extra taken voor gemeenten. Door met name de regie en financiering in één hand te leggen verwacht men, dat efficiënter kan worden samengewerkt door betrokken uitvoeringsinstanties, ook als het gaat om kwetsbare groepen.

Hoewel in de eerste lijn - bijvoorbeeld bij het gebruik van zorgstandaarden - steeds meer wordt gewerkt in ketens en ook netwerken steeds belangrijker worden, is de afstemming tussen maatschappelijk - en medisch georiënteerde zorg niet goed geregeld. Bij preventie is dit cruciaal. Een ontwikkeling die de relatie tussen zorg en welzijn kan bevorderen is de gelijktijdige verankering van zelfmanagement in de zorg rond chronisch

zieken en de nadruk op zelfredzaamheid in de welzijnssector. Ondanks de aanwezigheid van deze parallelle belangen blijft het lastig om de eerstelijnszorg structureel te betrekken bij de uitvoering van gemeentelijk preventiebeleid. Dit heeft enerzijds te maken met de bekostigingssystematiek. De zorg wordt gefinancierd door premiegeld, het werkterrein van de zorgverzekeraar. Welzijn, het CJG en maatschappelijke dienstverlening ontvangen middelen vanuit de gemeente. Anderzijds ligt de oorzaak in de grote verscheidenheid aan professionals binnen de eerst lijn, het gebrek aan samenhang tussen de verschillende componenten van hulp- en zorgverlening en vooral ook in verschillen in werkwijze en taakopvatting. Dat laatste speelt met name richting huisartsen. Toch zijn juist hier samenwerking en afstemming nodig om een goede verwijfsfunctie mogelijk te maken en bureaucratie te voorkomen. De sleutel ligt in de samenwerking tussen gemeente en zorgverzekeraars.

5.3 Gemeente en verzekeraar

Misschien wel de belangrijkste partner voor de gemeente zou de zorgverzekeraar kunnen zijn. Zorgverzekeraars zijn immers de financiers en regisseurs van de curatieve en langdurige zorg en ze zijn de schakel tussen de verzekerde (zorgvrager) en zorgaanbieder. De verzekeraar heeft dus vergelijkbare rollen bij de individuele preventie, waar de gemeente die heeft bij de collectieve.

Beide partijen zien ook het profijt van samenwerking bij preventie van welvaartsziekten (Van Klaveren et al., 2011). Ze zien de noodzaak: het gaat om het veilig stellen van de toekomst van de gezondheidszorg. Bovendien dient het verbinden van de verschillende vormen van preventie een gedeeld belang, namelijk reductie van maatschappelijke uitval en zorgconsumptie. Ook het nut is wel duidelijk:

- preventie kan zorgvraag, bijbehorende -kosten én maatschappelijke kosten terugdringen;
- alleen samenhangend en vraaggericht aanbod op meerdere leefgebieden leidt tot gedragsverandering, gezondheidsbevordering en geluk;
- wijkgerichte aanpak vereist inzet van de eerste lijn en dat is een gedeelde verantwoordelijkheid van gemeente en verzekeraar;
- SEGV kunnen alleen verkleind worden door een integrale aanpak en ketensamenwerking. De preventieboodschap

richting burgers wordt versterkt als die door meerdere partijen wordt uitgedragen.

Hoewel de (financiële) samenwerking tussen gemeente en zorgverzekeraar een enorme boost kan betekenen voor lokale voorzieningen of programma's, zijn beide partijen huiverig voor dergelijke samenwerking. Zorgverzekeraars werken niet samen als hun marktaandeel gering is of er een risico bestaat dat concurrenten baat hebben bij hun investeringen en verzekeren reden hebben om over te stappen. Ze willen zich door preventie profileren en zo verzekeren aan zich binden. Daarom wordt vaak de voorwaarde gesteld dat de gemeente toe staat dat de verzekeraar het project mag gebruiken in marketinguitingen. Deze commerciële benadering past slecht bij de aanpak van gemeenten en leidt tot discussies over strijdigheid met het publieke belang.

Er zijn ook nog andere drempels:

- Preventie vereist langdurige trajecten maar die zijn lastig te plannen, zowel voor gemeenten als verzekeraars. Het ontbreekt zorgverzekeraars aan structurele financiering; ze kiezen niet graag voor grootschalige, langlopende en dure interventies. Gebrek aan prioriteit en draagvlak betekent voor gemeenten dat de (financiële) ruimte ontbreekt om te investeren.
- Zorgverzekeraars hechten meer waarde aan kosteneffectiviteit van interventies dan gemeenten.
- Het verschil in werkgebied (regionaal versus lokaal) blijkt lastig bij het opzetten van projecten en voor de communicatie.

Samenwerkingsprojecten vergen een hoge tijdsinvestering door het complexe lokale landschap, de noodzaak elkaar als partijen te leren kennen, de zoektocht naar gezamenlijke belangen en verschillen in taken, verantwoordelijkheden en werkwijze. Maar door de opheffing van de zorgkantoren zullen gemeenten steeds meer met verzekeraars samen het lokale zorgaanbod moeten vormgeven. Dit biedt gemeenten een mogelijkheid om zorgverzekeraars niet alleen te betrekken bij het afstemmen van de zorg op het snijvlak van de AWBZ, Zvw en Wmo, maar ook bij samenwerking op het terrein van de gezondheidsbevordering.

Samenwerking tussen gemeente en zorgverzekeraar biedt ook mogelijkheden voor een alternatieve aanpak van preventie. De

zorgverzekeraar heeft namelijk andere sturingsinstrumenten dan de gemeente. Met hun inkoopfunctie kunnen ze die bijvoorbeeld aanbieders contracteren die specifiek aandacht hebben voor preventie van welvaartsziekten. Dat werkt echter alleen als de regelgeving het toe laat dat deze diensten door verzekerden (kunnen) worden afgenomen. Zo is in het Besluit Zorgverzekering aangegeven welke zorg via de Zvw verzekerd is. Voor de farmaceutische zorg, mondzorg en paramedische zorg, in het bijzonder de ergotherapie en het dieetadvies zijn preventieve taken genoemd. Andere individuele preventie is vaak een onderdeel van de zorg die overige BIG-geregistreeerde zorgprofessionals “plegen te bieden”.

Zorgverzekeraars hebben verschillende mogelijkheden om het gedrag van verzekerden te beïnvloeden. Ze kunnen gezond gedrag stimuleren door voorlichting en advisering, door beperking van het aanbod of juist het aanbieden van specifieke interventies óf door financiële prikkels. Zo kunnen zij helpen burgers bewust te maken van hun individuele verantwoordelijkheid voor de gezondheidsschade die hun ongezond of risicovol gedrag kan veroorzaken, en de bijbehorende financiële gevolgen in de vorm van zorgkosten. Met het stijgen van de kosten voor zorg, zoals burgers op het individuele niveau gewaar worden door de verhoging van hun verzekeringspremie, staat de risicosolidariteit steeds vaker ter discussie. Daardoor komt er meer ruimte om burgers aan te spreken op hun leefstijl en worden ook incentives steeds meer geaccepteerd.

De verzekeraar kan programma's of diensten vergoeden als onderdeel van de basis- of aanvullende verzekering. Een voorbeeld is het preventieconsult. Een andere mogelijkheid is de hoogte van de premie afhankelijk maken van het risico op gezondheidsschade dat een verzekerde neemt c.q. zijn/haar acties om dit risico te voorkomen. Of hij kan voorwaarden stellen aan verzekerden voordat tot vergoeding of verstrekking wordt overgegaan. Als laatste alternatief noem ik het verhogen van de eigen bijdrage van verzekerden, als gezondheidsproblemen het gevolg zijn van verwijtbaar én vermijdbaar gedrag, of juist verlagen als men zich aantoonbaar hebben ingezet om gezondheidsschade te voorkomen. Dit is een vorm van belonen of straffen, maar er zijn er nog meer.

Deze prikkels worden maar mondjesmaat toegepast. Een aantal van de financiële prikkels kan alleen wettelijk worden geregeld. Het effect van de prikkels is vaak niet onderzocht en ze kunnen bijvoorbeeld leiden tot overstappen van verzekerden

naar een andere verzekeraar. Verzekeraars vragen zich af of de investeringen zich zullen terugbetalen. Bovendien is een aantal prikkels moeilijk uitvoerbaar omdat het verband tussen gedrag en risico in individuele gevallen nauwelijks aantoonbaar is. Als de beoordeling hiervan wordt neergelegd bij de zorgaanbieder - vaak de arts - zou de vertrouwensrelatie in het geding komen.

5.4 Conclusies

Er zijn veel organisaties en zelfstandig werkende professionals die zich bezig houden met (onderdelen van) preventie van welvaartsziekten. De onderlinge samenwerking tussen organisaties en professionals uit het veld is vaak gebrekkig. Daardoor ontstaan veel losse initiatieven en lopen interventies langs elkaar heen. Dit vereist regie, een taak van de gemeente, die dit ook kan overdragen aan de GGD. Daarbij kunnen zij ook elkaar aanvullen, maar helaas is de samenwerking tussen gemeente en GGD vaak niet optimaal.

Het grote aantal actoren dat bezig is met preventie, maakt de aansturing bovendien lastig (RVZ, 2006). Gemeente en GGD hebben met elke partner een andere relatie en beschikt per partner over andere middelen om te sturen.

Ook het ontbreken van heldere beleidsdoelen en een gedragen visie en een uitgewerkt uitvoeringsplan belemmeren de externe regie. Een ander probleem is, dat er belangrijke spelers zijn, zoals het bedrijfsleven, huisartsen en zorgverzekeraars, die slecht worden bereikt. Dit alles staat een adequate implementatie van het lokale gezondheidsbeleid in de weg.

Het verdient aanbeveling na te gaan of het mogelijk is de ondersteuningsstructuur voor de eerste lijn (ROS) nauwer te verbinden aan de GGD. Verder is een nauwe samenwerking nodig tussen gemeente als financier voor de Wmo en den Wpg en de zorgverzekeraar als financier voor de Zvw en Awbz. Wanneer zij hun sturingsinstrumenten gelijkgericht in zouden zetten, kan de preventie zonder inzet van extra middelen veel effectiever worden. Daartoe moeten wel een aantal drempels worden weggenomen en een koppeling aangebracht tussen de collectieve preventie en de individuele preventie die premiegefinancierd is op basis van de Zvw. Het oplossen van dit koppelvraagstuk kan - net als op andere beleidsterreinen is geprobeerd - met aanpassing van wetgeving. Een andere optie is geopperd door de VNG en betekent de investering van

premiemiddelen in een fonds, dat kan worden ingezet voor de afstemming van publieke en curatieve gezondheidszorg door gemeenten en zorgverzekeraars samen.

Succesfactoren bij de uitvoering van het lokale preventiebeleid zijn:

- duidelijke taakverdeling en constructieve samenwerking tussen gemeente en GGD op basis van expertise en verantwoordelijkheden;
- doelgericht beleid, uitgewerkt in een actie- en implementatieplan met duidelijke resultaten;
- creëren en behouden van draagvlak en betrokkenheid van burgers bijv. door de effectieve inzet van social media;
- op basis van een krachtenveldanalyse de juiste partijen om tafel verzamelen om relevante kennis beschikbaar te krijgen en processen snel te laten verlopen;
- gebruik maken van de bestaande netwerken en samenwerkingsrelaties;
- de verschillen in referentiekader overbruggen tussen doelgroep, onderzoeker, beleidsmaker en uitvoerder;
- herhaaldelijk resultaten en voortgang bespreken in relevante overlegsituaties;
- zorgen voor meer slagkracht door lokale initiatieven in te bedden in regionale en publieke en particuliere belangen te verbinden;
- investeren in coördinatie van agendasetting, communicatie, implementatie, samenwerking en het bevorderen van draagvlak.

“Alcoholmatiging Jeugd in de Achterhoek”

Dit programma werd tijdens het werkbezoek van de RVZ aan de GGD Gelre-IJssel besproken. Doel is voorkomen dat jeugd steeds vroeger begint met het drinken van alcoholhoudende drank en vervolgens op latere leeftijd overmatig alcohol gaat gebruiken. De gevolgen zijn immers groot: blijvende hersenschade, maar ook maatschappelijke kosten zoals alcoholgerelateerde vernielingen, geweld en ongevallen.

In 2005 startten 8 achterhoekse gemeenten met de uitvoering van een integrale aanpak op de thema's onderwijs, vrije tijd, regelgeving en thuis (Vaandrager et al., 2010). Zij werkten samen met de regionale partners GGD Gelre-IJssel, IrisZorg, Tactus Verslavingszorg, politie en Justitie. Het programma werd ondersteund door Trimbos en NIGZ.

Er werd een mix van interventies ingezet, toegespitst op de lokale situatie en de beschikbaarheid aan lopende initiatieven. Belangrijke partners waren: boreca, Bureau Halt, sportverenigingen, jongerenwerk, jeugdhulpverlening, scholen en media. Zij hadden allen hetzelfde doel, maar ieder werkte op een eigen wijze, met eigen waarden en belangen.

Gegevens uit E-Movo laten zien, dat het drankgebruik onder tweedeklassers van de middelbare school is gedaald. In 2003 gebruikte ruim de helft van de leerlingen regelmatig alcohol; in 2011 was dit onder VMBO-ers gedaald naar een vijfde en onder HAVO/VWO-ers naar een tiende van de leerlingen. Een meerderheid van de tweedeklassers drinks in 2011 helemaal geen alcohol. Onder 16-jarigen drinkt echter ruim 77% alcohol en 63% drinkt daarbij meer dan vijf glazen per keer.

6 Conclusies

6.1 Inleiding

Vooraf het laatste decennium is geïnvesteerd in de organisatie en de beleidspraktijk van preventie van welvaartsziekten op het lokale niveau.

- Er is een wettelijk kader voor de preventie van welvaartsziekten op het lokale niveau. De belangrijkste pijler is de Wpg, waarin een preventiecyclus is vastgelegd en eisen worden gesteld aan de beleidsplannen van de gemeente.
- Er zijn drie samenhangende landelijke preventie-nota's uitgekomen en daaraan gekoppeld zijn lokale gezondheidsnota's in ontwikkeling.
- Er is een verbeteringsplan gemaakt op het terrein van standaardisering van monitoring.
- Er wordt onderzoek uitgevoerd naar de (kosten)effectiviteit en wetenschappelijke onderbouwing van interventies.
- De coördinatie in de kennisinfrastructuur is versterkt met de komst van ZonMw en het CGL.
- Er is geïnvesteerd in deskundigheid van werkers op het terrein van gezondheidsbevordering en in de kwaliteit van hun werk via diverse kwaliteitsinstrumenten, zoals richtlijnen en HKZ-normen.

Toch zijn er op het lokale niveau een aantal belemmeringen. Soms zijn zij terug te voeren op de gebrekkige afstemming tussen rijk en gemeente.

Er is een spanningsveld tussen centraal en decentraal en dit heeft consequenties voor de organisatie van preventie van welvaartsziekten en de beleidspraktijk van gemeenten. Zo blijkt de planvorming van de Wet publieke gezondheid niet naar behoren te functioneren. Er is te weinig samenhang tussen het (speerpunten)beleid van het rijk en het gemeentelijke beleid, gericht op lokale gezondheidsproblematiek. Lokale gegevens blijken lastig te vertalen naar een landelijk beeld van de gezondheidstoestand. Bovendien worden bij de overdracht van preventietaken van het rijk naar gemeenten niet altijd de bijbehorende bevoegdheden en middelen overgedragen.

Op dit moment krijgt de preventie van welvaartsziekten op rijksniveau weinig prioriteit; de verantwoordelijkheid wordt, behalve voor de jeugd, vooral bij burgers zelf gelegd; de gemeente is aan zet en landelijke sturing wordt afgebouwd. Ge-

zondheidswinst kan echter alleen worden bereikt door een combinatie van een lokale aanpak en landelijke maatregelen (RVZ, 2011B). Voorafgaand overleg tussen VNG en rijk over landelijke speerpunten en beleidsdoelstellingen kan daarbij helpen (IGZ, 2010). Nodig is bovendien samenhang tussen beleid op de terreinen van economie, onderwijs, zorg en sociale zekerheid en synergie door harmonisatie van regelgeving (rijk) en samenhang van projecten op het lokale niveau (RVZ, Onderwijsraad en ROB, 2009).

6.2 De beleidspraktijk van de gemeente

De gemeente heeft een behoorlijke autonomie op het terrein van gezondheidsbevordering, maar het gemeentelijke gezondheidsbeleid is nog in ontwikkeling.

1. De kwaliteit van de gemeentelijke nota's laat op cruciale punten te wensen over. Een gedegen probleemanalyse, smartgeformuleerde beleidsdoelstellingen en een concreet, onderbouwd uitvoeringsprogramma zijn belangrijke tekortkomingen.
2. Zichtbare resultaten van beleid en successen op de korte termijn hebben vaak meer invloed op beleidsprioritering en interventiekeuze dan analyse van problematiek, belangenafweging en (kosten)effectiviteit.
3. Intersectoraal of integraal beleid komt moeilijk van de grond.
4. Er is onvoldoende betrokkenheid van burgers en andere partijen, zoals zorgverzekeraars en zorgaanbieders, bij de beleidsvoorbereiding.

Oplossing van deze knelpunten kan helpen gezondheidsbevordering hoger op de agenda te krijgen en een gevoel van urgentie te creëren dat nodig is voor actiebereidheid.

Gezondheidswinst is zowel doel van het preventiebeleid op zich; het is ook middel om andere beleidsdoelen te realiseren, zoals meer participatie en zelfredzaamheid. Het helpt dus als preventie intersectoraal wordt aangepakt (RVZ, Onderwijsraad en ROB, 2009). Integraal beleid is bovendien ook financieel aantrekkelijk.

Een eerste stap is de integratie van gezondheidsbevordering en maatschappelijke ondersteuning door overheveling van de gezondheidsbevorderende taken uit de Wpg naar de Wmo (RVZ, 2003). Gezondheidsbevordering wordt hiermee een echte resultaatverplichting voor de gemeente. Het betekent dat

niet het rijk de doelgerichtheid bepaalt, maar de gemeenteraad. Het verplicht de gemeente bovendien om meer partijen te betrekken bij de beleidsvoorbereiding en biedt meer mogelijkheden voor publiekprivate samenwerking en marktwerking. De afstemming van de publieke, curatieve en langdurige gezondheidszorg krijgt meer kans. Ten slotte biedt het aangrijpingspunten voor meer betrokkenheid van en beïnvloeding door burgers. Natuurlijk moet de kwaliteitsborging van de ogz-onderdelen vanuit het rijk apart worden geregeld.

Gemeenten hebben meer ondersteuning nodig bij het schrijven van de gezondheidsnota en bijbehorende uitvoeringsprogramma, maar ook bij visieontwikkeling en het verkrijgen van meer zicht op de effectiviteit van interventies. Zij zijn nodig om tot een goede belangenafweging en besluitvorming te komen. Gezien de wettelijke taak en positie van de GGD, is deze aangewezen. Dit vereist wel heldere afspraken over de taakverdeling, zodat het onderlinge vertrouwen en de samenwerking wordt bevorderd.

In het beleidsproces dient de gemeente zich te richten op belangen die parallel lopen of bij elkaar aansluiten. Dit bevordert een effectieve organisatie (RVZ, Onderwijsraad en ROB, 2009). Gemeenten zouden zich, volgens de RVZ (2011-2) bij de belangenafweging meer moeten laten leiden door de verschillen in gezondheid. Het armoedebeleid is bij uitstek integraal beleid waarmee de sociaal economische gezondheidsverschillen kunnen worden teruggedrongen. Daarbij is aandacht nodig voor specifieke doelgroepen, gecombineerd met een gebiedsgerichte aanpak en aanbodgerelateerde maatregelen.

6.3 De rol van de GGD

De Wpg vraagt van de gemeente dat zij samen met andere gemeenten uit de regio de GGD, als onderdeel van de veiligheidsregio, inzet voor gezondheidsbevordering. Hoewel de GGD een gemeentelijke dienst is, verloopt de samenwerking op dit beleidsterrein met veel gemeenten niet optimaal.

1. Er is in de praktijk niet steeds een duidelijke verdeling van taken en verantwoordelijkheden tussen GGD en gemeente.
2. Het is soms verwarrend dat de GGD op verschillende thema's of momenten in het beleidsproces telkens andere functies vervult.
3. De (fysieke) afstand tussen de gemeente en de regionaal-

werkende GGD bemoeilijkt informatie-uitwisseling, communicatie en samenwerking.

4. Gemeenten verschillen in hun waardering voor de inbreng van de GGD. De verplichting dat bij gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen altijd de GGD om advies wordt gevraagd, wordt niet steeds nageleefd.
5. In een aantal regio's is nog geen commitment over het evenwicht tussen lokale en regionale beleidsruimte.
6. Er is nog geen mogelijkheid om het beleidsproces dan wel de resultaten van het lokale gezondheidsbeleid tussen gemeenten te vergelijken.

De GGD is de adviseur bij de ontwikkeling van lokaal volksgezondheidsbeleid. Soms is deze functie beperkt tot ondersteuning, in andere gevallen is het een sturende rol. In ieder geval is de adviseringsstaak het verbinden van onderzoek en beleid door betekenis te geven aan gegevens. Dit houdt in: vraagverheldering, het formuleren van de onderzoeksvragen, het uitvoeren van het onderzoek, het analyseren en presenteren van de gegevens en het voorstellen van interventies. De adviserende rol van de GGD richting de gemeenten is vooral bij regionaal werkende GGD'en beperkt.

- De adviezen worden gebruikt om de agenda te bepalen en te onderbouwen, maar niet voor de inhoudelijke keuzes.
- De adviezen sluiten onvoldoende aan bij de lokale context en de politieke situatie.
- De dienst beschikt over weinig middelen en menskracht om werk te maken van gezondheidsbevordering.

Wil de GGD invloed uitoefenen op de gemeente en ervoor zorgen dat preventie van welvaartsziekten prioriteit krijgt boven andere thema's, dan dient de effectiviteit van de GGD in politiek-bestuurlijk opzicht te worden vergroot. De GGD moet meer gebruik maken van de kracht van haar bestuur en inzetten op regionale samenwerking. Bovendien zijn vraaggerichtheid en aanbod op maat richting gemeenten nodig om de kennis en expertise van de GGD op de juiste manier te kunnen benutten.

De kennis dient allereerst relevant te zijn voor de lokale beleidsvoorbereiding. Dit zegt iets over inhoud en vorm of presentatie. Gewerkt moet worden aan specificering, standaardisering en op uniforme wijze verkrijgen van gegevens over de bevolkingssamenstelling, de gezondheidstoestand en de gezondheidsdeterminanten. Ze zijn de basis voor een gedegen probleemanalyse en beoordeling van de effecten van het ge-

voerde beleid. Efficiencywinst is te behalen als gebruik gemaakt wordt van reeds verzamelde informatie uit de zorgsector (zoals zorgverzekeraars, huisartsen en ziekenhuizen) of uit andere beleidsdomeinen (zoals sociale dienst, CJG, politie en woningbouwcorporaties). Daarvoor kan regelgeving helpen. De RVZ (2011B) pleit ervoor dat wettelijk wordt geregeld, dat gemeenten “weten” waar en bij wie gezondheidsachterstanden voorkomen. Het vereist het bijeenbrengen van de beschikbare gegevens en centraal toegankelijk maken daarvan. De Minister van VWS kan dit stimuleren met een AmvB op basis van artikel 4 Wpg.

Daarnaast moeten de gegevens geïntegreerd, helder en op het juiste moment in de beleidscyclus worden gepresenteerd. De vorm moet het doel dienen en zijn afgestemd op de doelgroep: bijv. in de vorm van een gezondheidsrapportage aan de gemeente. Belangrijke aspecten om thema's te agenderen, zijn:

- signaleren van gezondheidsproblemen en het aangeven van oorzaken en maatschappelijke gevolgen hiervan;
- duiden van de betekenis van de bevindingen voor het beleid.
- op politiek-bestuurlijke wijze vertalen van de informatie in gemeentelijke prioriteiten;
- helder schetsen welke beleidsopties er zijn en wat hun kosten en gevolgen zijn.

De GGD is ook informatieleverancier als het gaat om interventies. Het is geen gemakkelijke opgave om die interventies voor te stellen die evidencebased zijn, effectief in de specifieke lokale situatie en bij voorkeur op korte termijn geld opbrengen. Daarvoor zijn verschillende redenen:

- De effecten van interventies zijn nauwelijks zichtbaar te maken in monitors en gemeenten hebben nauwelijks beleidsmatige interesse voor evaluatieonderzoek, waardoor budget ontbreekt.
- Vaak is niet duidelijk welke effecten zijn toe te schrijven aan specifieke interventies. Gemeenten kiezen dan ook vaak voor maatregelen die zichtbaar zijn en incidenteel van karakter zijn.
- GGD'en zijn niet altijd op de hoogte van interventies die beschikbaar zijn, met name bij andere thema-instituten.
- Het is in het belang van gemeenten dat zij hun GGD'en laten samenwerken in vijf regio's. Enkele landelijke, ondersteunende taken kunnen dan worden belegd bij het RIVM. Zo kan de coördinatie van de implementatie van preventieve interventies door het CGL worden versterkt.

Meer dan nu het geval is zouden RIVM en GBI's de GGD moeten ondersteunen.

De GGD voert in opdracht van de gemeente vaak grote delen van het preventiebeleid uit. Daarbij is de dienst de verbinding naar potentiële samenwerkingspartners op het regionale niveau en de zorg; de gemeente kan worden gezien als de makelaar richting lokale organisaties. Beiden hebben elkaar dus nodig. De toename van het aantal gemeentelijke taken en de beperkte beschikbaarheid van deskundige ambtenaren geeft de GGD ruimte hun rol aan te passen. De GGD krijgt en neemt steeds meer een coördinerende, regisserende en/of opdrachtgevende rol. Zo'n verschuiving in rolverdeling vereist echter wel een andere werkwijze, een nieuwe bestuurlijke verhouding en dus ook andere kwaliteiten. Om deze processen te ondersteunen pleit de RVZ (2011B) voor beperkte uitbreiding van het basistakenpakket en versterking van de expertise van de GGD als front-Office van de gemeente.

6.4 Het functioneren van de organisatie

Een effectieve organisatie vereist doelgerichte sturing van het totale beleidsproces, inclusief de uitvoering. Uit de vorige paragrafen blijkt dat de interne regie niet optimaal is. De taakverdeling, onderlinge samenwerking met en afstemming van de werkzaamheden van gemeente en GGD enerzijds en de veldpartijen anderzijds vormen de crux van de effectiviteit van de organisatie. Daarbij zijn de beschikbaarheid en inzet van kennis, kunde en financiële middelen belangrijke voorwaarden. Ook hier zijn nog enkele belangrijke barrières.

1. De gemeente beschikt over te weinig sturingsinstrumenten. er zijn onvoldoende bevoegdheden om de regierol in te vullen en het gemeentelijke budget dat voor preventie van welvaartsziekten wordt ingezet, is beperkt en neemt af.
2. Kennis en deskundigheid zijn versnipperd en niet altijd op het juiste moment beschikbaar.
3. Er wordt te weinig gewerkt aan het betrekken van lokale partijen bij de beleidsvoorbereiding en uitvoering. Dit is slecht voor draagvlak en het benutten van het potentieel. Enthousiaste initiatieven hebben bovendien minder kans van slagen.
4. De afstemming met de curatieve zorg schiet tekort. Vooral samenwerking met de eerste lijn blijft achter.

5. De Wpg stelt geen duidelijke verplichting en dus ook geen financieel kader voor gezondheidsbevordering (waaronder medische milieukunde, beleidsadvisering, epidemiologie) en ouderengezondheidszorg.
6. Gemeenten zetten hun beperkte middelen nog onvoldoende efficiënt in. Er wordt nauwelijks gekeken naar De kosteneffectiviteit van interventies en ontbreekt een integraal inzicht in het totaal van preventie-investeringen.
7. Gezondheidswinst is een verantwoordelijkheid van gemeenten en zorgverzekeraars, maar ze treden nog zelden gezamenlijk op. Zorgverzekeraars zijn beducht voor concurrentie en stemmen met de voeten; gemeenten hebben weinig baat bij investeringen in preventie van welvaartsziekten: die slaan vooral neer bij de verzekeraar.

De paradigmashift “van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag” (RVZ, 2010) vereist inzet van zowel de publieke sector als de gezondheidszorg die door particulieren wordt geleverd. De eerste lijn toont initiatieven om deze rol op te pakken, maar gemeenten en GGD'en benutten nog onvoldoende de kansen om hen te betrekken bij de uitvoering van hun doelen. De belemmering ligt in de versnippering van de eerstelijnszorg, de variëteit aan professionals en organisatievormen en verschillen in financieringsstromen.

Over het algemeen hebben gemeenten meer zicht op de lokale welzijnsorganisaties en instellingen voor maatschappelijke dienstverlening, terwijl GGD'en eerder samenwerken met regionale partners als thuiszorg en ROS. Hun netwerk is hier dus complementair. Beiden geven echter aan dat samenwerking met de huisarts lastig is, onder meer omdat hun werkwijze niet goed aansluit bij de aanpak van gemeente en GGD. Bovendien wordt de inzet van huisartsen ontmoedigd door de bekostigingssystematiek van de Zvw. Een oplossing is aanpassing van de Zvw zodanig dat huisartsen financiering ontvangen voor de uitvoering van hun preventietaken, onder meer door praktijkondersteuners of gespecialiseerde verpleegkundigen.

De huidige financiële systematiek leidt ook tot inactiviteit van gemeenten en afwentelingsgedrag. Gemeentelijke inzet op bevordering van gezond gedrag kan namelijk leiden tot minder beperkingen van burgers, waardoor zij niet in de langdurige zorg belanden maar ondersteuning op basis van de Wmo vragen. Dit betekent hogere kosten voor de gemeente en een verschuiving van de prioriteit en daarmee haar investeringen naar ondersteuning in plaats van preventie. Dit betekent voor

de GGD dat hun financiering terugloopt en hen alleen de sturingsinstrumenten gezag en overtuigingskracht resteren om hun coördinerende rol bij de uitvoering van preventiebeleid te vervullen.

Collectieve en individuele preventie kunnen elkaar versterken als ze in combinatie en gelijkgericht worden uitgevoerd. Dit vereist koppelen van collectieve preventie aan preventie op grond van de Zvw, en samenwerking tussen gemeente en de zorgverzekeraars bij het creëren van de randvoorwaarden. Als de gemeente vooral door één verzekeraar wordt bediend, kan samenwerking met een convenant en beleidsovereenkomst worden geregeld. In alle andere gevallen zijn prikkels nodig.

De RVZ (2011B) stelt voor een preventiefonds in te stellen dat bestaat uit 1% van de premiemiddelen van de Zvw. Hiermee kan - onder voorwaarden - het lokale of regionale gezondheidsbeleid worden betaald. Doel is o.a. het stimuleren van de inzet van bewezen effectieve interventies, samenwerking tussen gemeente en zorgverzekeraars en ontlasting van de eerste lijn. Daarnaast moet worden onderzocht welke gezondheidsprijkkels in de ex ante risicoverevening beschikbaar zijn voor zorgverzekeraars. Tot slot moeten er meer mogelijkheden komen voor geïndiceerde preventie in het basispakket.

Eindnoten

- ¹ Het individuele gedrag zou je kunnen omschrijven als “het handelen / de reactie van een individu op interne psychologische mechanismen en invloeden uit te omgeving”.
- ² <http://www.rvz.net/publicaties/bekijk/preventie-van-welvaartsziekten>
- ³ De sturingfilosofie is onder meer vastgelegd in het bestuursakkoord 2011-2015, gesloten door VNG, IPO, UvW en het Rijk.
- ⁴ In de Wpg wordt de term gemeentelijke gezondheidsdienst gebruikt; in de praktijk wordt de GGD ook wel gemeenschappelijke gezondheidsdienst genoemd. De dienst werkt immers voor meerdere gemeenten.
- ⁵ De WGR biedt de gemeenten (zowel colleges van B en W, burgemeesters als gemeenteraden voor zover zij voor de eigen gemeente bevoegd zijn), provincies en/of waterschappen de mogelijkheid een gemeenschappelijke regeling te treffen ter behartiging van een of meer bepaalde belangen van die gemeenten (art. 1). In dit kader gaat het dan over belangen op het terrein van de preventie van welvaartsziekten, maar het kan ook gaan over andere aanpalende belangen. Gemeenten kunnen hiervoor onder meer een openbaar lichaam of een gemeenschappelijk orgaan in het leven roepen en bevoegdheden (inclusief bijbehorende middelen) overdragen (art. 8 en 10 WGR). De regeling moet tenminste informatie bevatten over de te behartigen belangen, de overgedragen bevoegdheden en de samenstelling van het bestuur van het nieuwe bestuursorgaan. De deelnemers aan zo’n regeling zijn gehouden hun medewerking te verlenen aan de uitvoering van besluiten die het bestuur van een openbaar lichaam of het gemeenschappelijk orgaan neemt in verband met de uitoefening van de aan het bestuur of het orgaan overgedragen bevoegdheden. Artikel 27 WGR bepaalt verder, dat burgemeester en wethouders een register bijhouden van de regelingen waaraan hun gemeente deelneemt.
- ⁶ De Wet Collectieve Preventie en Volksgezondheid (WCPV) dateert van 1997 en na enkele wijzigingen in 2008 grotendeels is opgegaan in de Wet Publieke Gezondheid (Wpg).
- ⁷ De preventiecyclus herhaalt zich elke vier jaar en kent de volgende fasen:
 1. RIVM publiceert het rapport “Volksgezondheid Toekomst Verkenningen (VTV)”, waarin de landelijke gegevens over de gezondheidstoestand worden weergegeven en geanalyseerd.

2. De IGZ publiceert zijn rapportage “staat van de Openbare Gezondheidszorg” over de bijdrage van het lokale gezondheidsbeleid aan het landelijke beleid van het ministerie van VWS.
 3. De minister van VWS brengt zijn gezondheidsnota uit en geeft de landelijke prioriteiten van zijn preventiebeleid.
 4. Gemeenten schrijven hun lokale gezondheidsnota en sluiten daarmee aan op de landelijke nota.
- ⁸ De gegevens worden gedeeld via een beveiligde website: <https://www.monitorgezondheid.nl/LNMV.xml>
De site wordt beheerd door het RIVM, Centrum Volksgezondheid Toekomst Verkenning. Dit centrum maakt gegevens uit verschillende bronnen toegankelijk via meerdere sites en haar vierjaarlijkse rapporten: (1) de Zorgbalans over de prestaties van de gezondheidszorg en (2) de VTV over de volksgezondheid in de volle breedte. Het vijfde rapport “van gezond naar beter” is in 2010 uitgekomen.
- ⁹ Regionaal kompas volksgezondheid: <http://regionaalkompas.nl>
Gezondheidsatlas: <http://ggdgezondheidsatlas.nl>
- ¹⁰ GGD Nederland is een vereniging van alle GGD'en. De koepelorganisatie brengt kennis en informatie actief bijeen en zorgt voor uitwisseling. De vereniging is de belangenbehartiger van de GGD'en richting politiek en stakeholders. Daarnaast voert GGD Nederland projecten uit, die randvoorwaarden en producten opleveren waarmee de GGD'en hun werkzaamheden kunnen verrichten.
- ¹¹ Voor de ouderengezondheidszorg waren in dit onderzoek nog geen gegevens beschikbaar.
- ¹² De beleidsvrijheid in de Wmo, maar ook in de Wpg heeft betrekking op de invulling van een wettelijke verplichting (medebewind), niet op de invulling van een algemene bestuurstaak (autonomie).
- ¹³ Facetbeleid houdt in dat er op andere beleidsterreinen maatregelen worden genomen, die effecten hebben op de gezondheid.
- ¹⁴ Integraal beleid is beleid buiten het directe domein van volksgezondheid dat vanuit de ambtelijke of bestuurlijke setting van het domein ‘volksgezondheid’ op lokaal of landelijk niveau wordt geëntameerd ter bevordering van de volksgezondheid. Op het lokale niveau veronderstelt het een gemeenschappelijke visie op en aanpak van een probleem vanuit verschillende beleidsterreinen, geschraagd door een uitgebreid beleidsplan (De Gouw, 2012).

- ¹⁵ De taken op het terrein van collectieve preventie – zoals toentertijd neergelegd in de Wet Collectieve Preventie en Volksgezondheid (WCPV) – zouden opgenomen worden in de Wmo. In plaats daarvan zijn ze grotendeels in de Wpg geplaatst.
- ¹⁶ Artikel 22 van de Grondwet bevat sociale grondrechten, die als plicht voor de overheid zijn geformuleerd. Zo luidt het eerste lid: “de overheid is gehouden maatregelen te nemen ter bevordering van de volksgezondheid”. Hieronder wordt volgens de memorie van toelichting ook de gezondheidsbescherming begrepen.
- ¹⁷ De Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO) financiert duizenden toponderzoekers aan universiteiten en instituten en geeft sturing aan de Nederlandse wetenschap via subsidies en onderzoeksprogramma's.
- ¹⁸ Paraplu voor veel preventieonderzoek is het preventieprogramma, dat al vanaf 1997 wordt uitgevoerd. Het is gericht op het verkrijgen van nieuwe inzichten en het ontwikkelen, evalueren, verspreiden en implementeren van kennis in het brede preventieve domein. In 2010 is het vierde vervolprogramma van start gegaan. Het loopt nog tot 2014. Dit draagt bij aan het versterken van de preventiecyclus en intersectorale samenwerking. Onderdelen van dit programma zijn:
1. Gezonde leefstijl en een gezonde omgeving
 2. Preventie van psychische aandoeningen
 3. Screening en preventieve interventies
 4. Methodologiestudies: kosten, effecten en implementatie
 5. Fundamenteel en strategisch onderzoek
 6. Gezonde Slagkracht: Ondersteuning openbare gezondheidszorg (OGZ)
 7. Participatie en gezondheid (in arbeidsorganisaties).
- ¹⁹ TNO werkt samen met universiteiten en bedrijven in zo'n 30 kenniscentra aan verschillende thema's, waaronder ook “gezond leven”. Hier gaat het om leefstijlinterventies, gezonde voeding, arbeidsinterventies en –innovatie en vernieuwingen in de (jeugd)gezondheidszorg.
- ²⁰ Het NIVEL verzamelt en ontsluit wetenschappelijke kennis over de structuur en het functioneren van de gezondheidszorg. NIVEL richt zich daarbij op beleidsmakers en beslissers in de gezondheidszorg. Het NIVEL is 'Collaborating Centre' van de WHO en neemt deel aan twee KNAW-erkende onderzoeksscholen: CARE en “Psychology and Health”.

- 21 Het Nederlands Jeugd Instituut (NJI) is het landelijk kennisinstituut voor jeugd- en opvoedingsvraagstukken. Het ontwikkelt, beheert en implementeert kennis waarmee de kwaliteit van de jeugd- en opvoedingssector verbeterd kan worden.
- 22 De Netherlands School of Public and occupational health (NSPOH) voert ruim 150 verschillende onderwijsmodulen uit als bij- en nascholing en keuzeonderwijs voor zo'n 4000 deelnemers per jaar. Daarnaast verzorgt de school in-company onderwijs.
- 23 ActiZ creëert randvoorwaarden voor het ondernemerschap van aanbieders in verpleeg- en verzorgingshuiszorg, thuiszorg, kraamzorg en jeugdgezondheidszorg. Daarnaast doet ActiZ aan belangenbehartiging, initieert en onderzoekt de mogelijkheden van technologische, sociale en zorg innovaties.
- 24 De Nederlandse Public Health Federatie (NPHF) is een samenwerkingsverband van beroepsverenigingen, fondsen, (kennis)instituten en brancheorganisaties op het terrein van de Public Health. De NPHF pleit voor het stimuleren van een geïntegreerde benadering van curatieve zorg, preventie en gezondheidsbevordering.
- 25 Het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ) is een onafhankelijke stichting onder de vlag van GGD Nederland en ActiZ en met inbreng van enkele beroepsorganisaties. Het NCJ is de bindende schakel tussen beleid, wetenschap, onderwijs en uitvoeringspraktijk en draagt bij aan de ontwikkeling, borging en professionalisering van de JGZ.
- 26 Het NIGZ ondersteunt professionals die de gezondheid van mensen bevorderen op scholen, in bedrijven, via de zorg en in de wijk en werken daarnaast ook direct voor publieksgroepen. Het NIGZ ontwikkelt, implementeert en onderzoekt methoden en producten; het richt zich op kwaliteitsverbetering en deskundigheidsbevordering en biedt organisaties advies en consultancy.
- 27 Movisie ondersteunt gemeenten en instellingen bij de adequate uitvoering van de Wmo en aanpalende terreinen door middel van het verzamelen, verrijken, valideren en verspreiden van kennis op het terrein van de Wmo.
- 28 De GBi's leggen het accent in de jaren 2011-2015 op implementatie van interventies. Ze willen (1) mensen in staat stellen zelf keuzes te maken, (2) versterken van een integrale aanpak in de gehele preventieketen en (3) doen wat werkt.

- Aandacht gaat vooral uit naar jongeren, mensen in achterstandssituaties en ouderen.
- ²⁹ Het Centrum Jeugd en Gezin (CJG) is een herkenbaar, fysiek, laagdrempelig inlooppunt waar ouders, jeugdigen en professionals terecht kunnen met hun vragen op het gebied van opgroeien en opvoeden. Doel is om een geïntegreerd aanbod tot stand te brengen op het gebied van jeugdgezondheidszorg en opvoedingsondersteuning dat tevens geschakeld is met de jeugdzorg en de zorg in en om het onderwijs.
- ³⁰ Het huisartsinformatiesysteem (HIS) bevat gedetailleerde patiëntinformatie. Deze is privacygevoelig; bovendien heeft de huisarts een beroepsgeheim. Het blijkt niet gemakkelijk deze op een geaggregeerd niveau en technisch efficiënt te verstrekken dat het meteen geschikt is voor verwerking door niet zorgverleners. Verzoeken om informatie over trends en frequentieverdelingen kunnen daardoor niet altijd worden beantwoord.
- ³¹ Dit is één van de resultaten van het 5-jarige stimuleringsprogramma “Beter in meedoen” van ZonMw dat dit jaar afloopt. Het doel is in de Wmo de bestuurskracht van gemeenten te versterken en de kwaliteit van professionals en interventies te verbeteren. Het wordt uitgevoerd door Movisie en het Verwey-Jonkerinstituut.
- ³² <http://www.jeugdinterventies.nl>
- ³³ Artikel 10 jo. artikel 17 besluit publieke gezondheid.
- ³⁴ Volgens het Rapport Activiteiten Basistakenpakket per Contactmoment (Rapport ABC, 2008) bestaat dit uit de producten en activiteiten: monitoren en signaleren; inschatten zorgbehoefte; screenings en vaccinaties; voorlichting, advies, instructie en begeleiding; beïnvloeden van gezondheidsbedreigingen; zorgsysteem, netwerken, overleg en samenwerking.

- ³⁵ Daarnaast loopt tot 2012 het kennisprogramma “jeugd”. Dit beoogt de zorg voor het kind te laten aansluiten bij de behoeften van het kind en zijn verzorgers. Er wordt gewerkt aan: (1) ‘evidence-based’ werken door professionals; (2) aansluiten van de communicatie tussen verschillende organisaties en professionals in de JGZ en Jeugdzorg; (3) vereenvoudigen van financieringssystematiek. De thema’s zijn ontwikkelingsstimulering, opvoedingsondersteuning, gezondheidsbevordering bij jeugdigen, jeugdketen, jeugdzorg, vaccinatie, screening en het Digitale Dossier JGZ. Voor de JGZ gaat het daarbij om de interventies die binnen het maatwerkdeel van het takenpakket vallen of die gemeenten als additioneel product kunnen afnemen. In het kader van dit programma hebben ZonMw, NJI en NCJ een convenant tot samenwerking gesloten gericht op het efficiënt en effectief ontwikkelen, implementeren en borgen van kennis voor professionals.
- ³⁶ Artikel 1 sub B van het besluit ter uitvoering van artikel 1 lid 2 kwaliteitswet zorginstellingen.
- ³⁷ Onder verantwoorde zorg wordt in de kwaliteitswet zorginstellingen verstaan: zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend. Bij individuele zorg en preventie dient deze afgestemd te zijn op de reële behoefte van de patiënt. Organisaties dienen zorg te dragen voor een systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van de zorg en verantwoording af te leggen over het door hen gevoerde kwaliteitsbeleid. Een aantal landelijke organisaties in de zorg hebben in 2010 gezamenlijk een handreiking uitgebracht voor de verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg. KNMG, V&VN, KNOV, KNGF, KNMP, NIP, NVZ, NFU, GGZ Nederland en NPCF hebben hierin 13 kernaspecten genoemd, die deel moeten uitmaken van een regeling van verantwoordelijkheden bij samenwerking in het zorgproces en het gezamenlijk leveren van verantwoorde zorg.
- ³⁸ Sinds 2005 stimuleerde ZonMw de kwaliteitsborging binnen de lokale collectieve preventie. Het programma “Beter Voor-komen”, dat werd uitgevoerd door VNG, GGD Nederland en ActiZ kwam tot stand omdat de kwaliteit van zorg in de collectieve preventie onvoldoende toetsbaar was, waardoor niet werd voldaan aan de verplichtingen uit de Kwaliteitswet Zorginstellingen. Het programma stimuleerde GGD’en, thuiszorg- en JGZ-instellingen bij het invoeren van een kwa-

liteitsmanagementsysteem en bij het leren van elkaar. Tevens beoogde het programma gemeenten te versterken in hun rol ten aanzien van de OGZ. Concreet heeft het programma geleid tot instrumenten als HKZ-schema's, de protocol- en richtlijnontwikkeling in de OGZ, de benchmark JGZ 0-19 jaar, de GGD benchmark, het kaderdocument maatschappelijke verantwoording met een conceptset van indicatoren, de handreiking Versterking bestuurlijke regie en scholing voor beleidsmedewerkers. Terwijl GGD'en en JGZ-instellingen goed werden bereikt, is dat veel minder het geval voor gemeenten. Ook de borging van de resultaten blijkt uit evaluatieonderzoek van Research voor Beleid onvoldoende.

³⁹ <http://jeugdmonitor.cbs.nl/nl-NL/menu/home/default.htm>
Op deze site is informatie te vinden over gezin, gezondheid, maatschappelijke participatie, veiligheid, onderwijs en arbeidsmarkt.

⁴⁰ Er zijn nog twee typen uitkeringen: de specifieke en aanvullende uitkeringen. Een specifieke uitkering (artikel 15A FVW) worden onder voorwaarden verstrekt aan gemeenten die niet als private partij optreden en als de activiteiten gericht zijn op een bepaald openbaar belang. Hierbij moeten dan wel meerdere departementen zijn betrokken. Een aanvullende uitkering is een laatste redmiddel voor gemeenten (artikel 12). Deze wordt alleen dan verstrekt als de algemene middelen van de gemeente aanmerkelijk en structureel tekort schieten om in de noodzakelijke behoeften te voorzien, terwijl de eigen inkomsten van de gemeente zich op een redelijk peil bevinden. Over een specifiek uitkeringsjaar hebben gemeenten gezamenlijk recht op het bedrag dat in de begroting van het gemeentefonds vermeld is, verminderd met het totaal aan verplichtingen voor aanvullende uitkeringen die over het uitkeringsjaar worden aangegaan.

⁴¹ Artikelen 7 en 8 FVW beschrijven de verdeling van deze middelen over de gemeenten. Voor een belangrijk deel van de algemene uitkeringen uit het gemeentefonds wordt rekening gehouden met verschillen tussen gemeenten in het vermogen tot het voorzien in eigen inkomsten en met de verschillen in noodzakelijke uitgaven. Daarom wordt gebruik gemaakt van verdeelmaatstaven, die betrekking hebben op een aantal kenmerken, zoals bevolkingssamenstelling, leefbaarheid en belastingcapaciteit van gemeenten.

⁴² In studies van de WHO wordt geconcludeerd dat gezondheidsprogramma's op school effectief kunnen zijn in het veranderen van de gezondheid of gezond gedrag, als program-

- ma's complex en multifactorieel zijn en meer dan één domein beslaan (het curriculum, de fysieke omgeving en betrekken van ouders).
- ⁴³ Publieke gezondheid is volgens De Gouw (2012) het domein van preventie van ziekte en bevordering van gezondheid door middel van activiteiten op alle relevante gebieden.
- ⁴⁴ Het Referentiekader Gezondheidsbevordering is een kwaliteitsinstrument voor de gezondheidsbevordering. Het geeft inzicht in de factoren die bij de planning en uitvoering van (duurzame) gezondheidsbevordering een rol spelen en kan helpen om interventies te kiezen en uit te voeren. Het kent drie velden (processen, resultaten en feedback).
- ⁴⁵ Empowerment: "In health promotion, empowerment is a process through which people gain greater control over decisions and actions affecting their health." (WHO, 1998).
- ⁴⁶ <http://www.testuwrisico.nl>
- ⁴⁷ Sociale partners hebben in het pensioenakkoord van 10 juni 2011 (Tweede Kamer 2010-2011, 30 413, nr. 157) afspraken gemaakt over AOW, aanvullende pensioenen en duurzame inzetbaarheid van werkenden. Ter uitwerking van dit laatste thema is in overleg een vitaliteitspakket opgesteld. Dit is vastgelegd in de Kamerstukken II (TK 2010-2011, 29 554, nr. 329 en TK 2010-2011, 32 043, nr. 66) en betekent investeren in gezondheid, scholing en mobiliteit. Het pakket is uitgewerkt in de brief van 30 september 2011 (TK 2011-2012, 32 043 nr. 71) en een actieplan Gezond bedrijf gericht op het midden- en kleinbedrijf (Tweede Kamer, 2011-2012, 29 544, nr. 388).
- ⁴⁸ Regie is een bijzondere vorm van sturen die is gericht op de afstemming van actoren, hun doelen en handelingen tot een meer samenhangend geheel, met het oog op een bepaald resultaat (Ruland, 2008).
- ⁴⁹ Partners + Pröpper, Lokale regie uit macht of onmacht? Onderzoek naar de optimalisering van de gemeentelijke regiefunctie. Vught 2004
- ⁵⁰ De Regionale Ondersteuningsstructuur voor de eerste lijn (ROS) vervult zorginhoudelijk en organisatorisch een spilfunctie tussen verschillende partijen. De preventiemedewerkers en –adviseurs van de ROS verzorgen scholing voor huisartsen hun medewerkers, adviseren en begeleiden huisartsenpraktijken bij het organiseren en uitvoeren van preventieactiviteiten.
- ⁵¹ Tweede Kamer 2011–2012, XVI, 31 839, nr. 142. Beleidsbrief stelselwijziging jeugd "geen kind buiten spel".

⁵² Tweede Kamer, 2008-2009, 2007-2008, 26 695, nr. 53. Naar een integrale aanpak van schoolverzuim. Den Haag: juni 2008 Tweede Kamer, 2011-2012, 25 883, nr. 209. Visie op het stelsel voor gezond en veilig werken. Den Haag: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, 4 april 2012.

Bijlage 1

Werkbezoeken en expertmeeting

1. Werkbezoeken

Voorafgaand aan de werkbezoeken werd een vragenlijst toegestuurd waarin de aard van de gespreksonderwerpen werd verduidelijkt. De onderwerpen hadden betrekking op:

- de bestuurlijke relatie tussen gemeente(n) en GGD;
- de werkzaamheden en werkwijze van de GGD in de verschillende rollen (onderzoeker, informatieverstrekker, adviseur en uitvoerder);
- de verschillende thema's die vallen binnen het onderwerp van deze studie (gezondheidsbevordering, jeugdgezondheidszorg, ouderengezondheidszorg).

De bespreking verliep aan de hand van de fasen in de gemeentelijke beleidscyclus. Bij elke fase werd gevraagd hoe de GGD zich opstelt en welke issues een rol spelen.

GGD Rivierenland

Een RVZ-delegatie bezocht op 31 maart 2011 een werkconferentie van de regio Rivierenland in Tiel. Aanwezig waren gemeentebestuurders, voorzitter programmaraad Zelfredzaamheid, Directeur GGD en verschillende GGD-medewerkers, projectleiders van GGD Rivierenland, IRIS Verslavingszorg, Sportraad Gelderland.

Het werkbezoek vond plaats op 26 april 2011 in Utrecht. Bij het werkbezoek waren van GGD Rivierenland aanwezig:

- Frits coumans, directeur.
- Lili Dokter, hoofd afd. Epidemiologie en Gezondheidsbevordering beleid.

GGD Rivierenland is een kleine GGD voor een kleine regio. Het werkgebied ligt tussen Maas en Waal en omvat tien kleine gemeenten (Buren, Culemborg, Geldermalsen, Lingewaal, Maasdriel, Neder-Betuwe, Neerijnen, Tiel, Westmaas-en-waal en Zaltbommel). In de regio Rivierenland wonen ongeveer 215.000 mensen. Van de gemeenten is Tiel de grootste gemeente met ca. 40.000 inwoners; er zijn 7 gemeenten met 20.000 en 2 met 10.000 inwoners.

De GGD verricht wettelijke en een aantal extra taken. Zo houdt de GGD zich niet alleen bezig met Algemene Gezondheidszorg, Epidemiologie, Gezondheidsbevordering en Jeugdgezondheidszorg, maar ook met logopedie en met OGGZ (bijvoorbeeld in verband met de organisatie van werkverbanden over de schuldhulpverlening).

GGD Fryslân

Het werkbezoek vond plaats op dinsdag 26 april 2011 op het kantoor van hulpverleningsdienst (HVD) Fryslân. HVD Fryslân is met ingang van 1 januari 2007 ontstaan door het samengaan van Brandweer Fryslân en GGD/GHOR Fryslân. Vanaf 1 januari 2009 is de JGZ aangesloten. De HVD verzorgt de wettelijke taken op het gebied van brandweertzorg, veiligheid en gezondheid.

Tijdens het werkbezoek waren van HVD Fryslân aanwezig:

- Dhr. Wim Kleinhuis, directeur Hulpverleningsdienst.
- Jan Bleeker, hoofd afdeling Algemene Gezondheidszorg.
- Theo Hartman, hoofd afdeling Jeugdgezondheidszorg.
- Riek Siertsema, hoofd a.i. afdeling Beleid en Onderzoek.
- Karin de Ruyscher, beleidsmedewerker afdeling Beleid en Onderzoek.
- Peter du Bois, beleidsmedewerker afdeling Beleid en Onderzoek.
- Ineke Meyer: beleidsmedewerker gezondheidsbevordering.
- Anneke Zijlstra, beleidsmedewerker concernstaf.

De HVD is ingesteld bij gemeenschappelijke regeling van alle 27 Friese gemeenten, samen goed voor zo'n 645.000 inwoners. De grootste stad in de provincie is Leeuwarden. Het overgrote deel bestaat uit plattelandsgemeenten, bestaande uit een aantal kleine kernen.

Naast de reguliere werkzaamheden heeft GGD Fryslân taken op het terrein van de Openbare geestelijke gezondheidszorg, forensische geneeskunde en casemanagement voor scenario-teams die worden ingezet bij maatschappelijke onrust bij ernstige geweldsdelicten. Daarnaast voert de GGD een aantal taken uit van het Centrum Jeugd en Gezin. De JGZ gebruikt de verwijfsindex en werkt volgens de methodiek triple P.

GGD Gelre-IJssel

Op 28 april 2011 bracht de RVZ een bezoek aan het hoofdkantoor van GGD Gelre-IJssel in Apeldoorn. Bij het werkbe-

zoek waren aanwezig:

- Dick ten Brinke, directeur.
- Annemien Haverman: coördinator van academische werkplaats Agora.
- Ineke Slagter, senior beleidsadviseur kennis- en informatiecentrum.
- Ingrid Koenen, manager kennis- en expertisecentrum.

De GGD Gelre-IJssel is de gezondheidsdienst van en voor noordveluwe, middenijssel, oostveluwe en achterhoek. In 2007 is de GGD ontstaan uit een fusie van drie GGD'en; Deventer is daarbij overgegaan naar een andere regio. Sindsdien is De GGD congruent met de veiligheidsregio. De regio bestaat uit 21 gemeenten in de provincie Gelderland: Aalten, Apeldoorn, Berkelland, Bronckhorst, Brummen, Doetinchem, Elburg, Epe, Ermelo, Harderwijk, Heerde, Lochem, Montferland, Nunspeet, Oldebroek, Oost Gelre, Oude IJsselstreek, Putten, Voorst, Winterswijk en Zutphen. Er wonen zo'n 900.000 inwoners. Apeldoorn is met meer dan 155.000 inwoners veruit de grootste gemeente.

De GGD richt zich vooral op onderzoek, kennisontwikkeling en innovatie. GGD Gelre-IJssel voldoet sinds januari 2010 aan de HKZ-certificeringsschema's op haar producten van openbare gezondheidszorg, infectieziektebestrijding, JGZ, epidemiologie en beleidsadvisering, gezondheidsbevordering, forensische geneeskunde, medische milieukunde en maatschappelijke zorg. De volgende basistaken zijn in de gemeenschappelijke regelingen afgesproken: epidemiologie, gezondheidsbevordering en advisering (50 uur). Grotere gemeenten vragen meer plus-activiteiten. Centrumgemeenten krijgen extra uren voor het regionale kompas (alleen maatschappelijke zorg) en hun regierol.

GGD Rotterdam-Rijnmond

Op 11 mei 2011 bracht een delegatie van de RVZ een werkbezoek aan GGD Rotterdam-Rijnmond. Bij dit werkbezoek waren aanwezig vanuit de GGD:

- Vincent Rozen, algemeen directeur veiligheidsregio.
- Onno de Zwart, directeur GGD.
- Wilma Claus, hoofd monitoring en onderzoek.
- Marjolyn Keverling, programmamanager "gezond in de stad."
- Hans Bos, senior beleidscoördinator en adviseur staf Bestuur en Beleid.

Het werkgebied van de GGD en dat van de veiligheidsregio Rotterdam-Rijnmond komen per 1 juni 2009 overeen. Qua werkgebied is de GGD Rotterdam-Rijnmond de grootste GGD van Nederland. De GGD richt zich op alle Rotterdammers en de inwoners van 17 omliggende gemeenten. Rotterdam, als grootste, ligt in het midden. In totaal zijn er ca. 1,25 miljoen inwoners, waarvan de helft in Rotterdam. Daardoor zijn de partners niet gelijkwaardig. Bovendien komt de exploitatie van de GGD vooral van de gemeente Rotterdam. Sommige gelden zijn geoormerkt. De jeugdgeden lopen via de stadsregio.

Het concern Rotterdam bestaat uit 17 diensten en 124 deelgemeenten. De GGD is daar één van en dus eigendom van de gemeente Rotterdam. Toch is er sprake van een gemeenschappelijke regeling. Het bestuur van de wethouders volksgezondheid van de verschillende gemeenten bewaakt de gemeenschappelijke regeling basistaken. Het basistakenpakket bestaat uit infectieziekten, hygiëne en oggz. Veel van de collectieve preventie valt er dan buiten.

GG&GD Utrecht

Op 30 mei 2011 bracht de RVZ een bezoek aan GG&GD Utrecht. Bij het werkbezoek waren vanuit GG&GD Utrecht aanwezig:

- Marianne van der Horst: afdelingshoofd GB en epidemiologie;
- Carien van der Boogaart: afdelingshoofd Jeugdgezondheidszorg;
- Jan Nico Wigboldus: medewerker GB en Epidemiologie.

Sinds 1 januari 2010 werkt de GG&GD Utrecht voor alle inwoners van de nieuwe gemeente Utrecht, inclusief Vleuten-De Meern en Leidsche Rijn. In Utrecht zijn er 330.000 inwoners en er is nog steeds sprake van groei. De nieuwe Wpg vereist dat GG&GD Utrecht per 1 januari 2012 zal samengaan met de GGD Midden-Nederland. De regio heeft 26 gemeenten en ca. 500.000 inwoners. Van hen werken er wel veel in Utrecht.

De GG&GD Utrecht is de Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst van Utrecht. De GG&GD Utrecht bestaat al sinds 1915 en is daarmee één van de oudste GGD'en in Nederland. De GG&GD Utrecht is volledig HKZ-

gecertificeerd. De dienst ontwikkelt het Utrechtse gezondheidsbeleid en zorgt voor de uitvoering. Naast de gebruikelijke basistaken zijn er nog de volgende taken:

- adviseren over en (gedeeltelijk) uitvoeren van het prostitutiebeleid;
- verbeteren van de leefsituatie van (dreigend) dak- en thuislozen, al dan niet verslaafd;
- aandacht vragen voor gezondheid bij stedelijke ontwikkelingen;
- stimuleren van samenwerkingsverbanden en ketens rond zorg, welzijn en preventie.

2. Expertmeeting Lokale publieke gezondheid en de rol van de GGD

Op 31 mei 2011 werd tijdens een expertmeeting gesproken over de rolverdeling tussen gemeente, GGD en andere spelers op het lokale speelveld van de preventie van welvaartsziekten. Het doel van deze expertmeeting was feiten en inzichten te verzamelen over de wijze waarop preventieve inspanningen van de gemeente het meest effectief en efficiënt kunnen worden georganiseerd. Tijdens de bijeenkomst werd van gedachten gewisseld over de verhouding tussen centraal en lokaal, lokaal en regionaal en er een 'top-down' of 'bottom-up' benadering moet worden gekozen. Specifiek werd de vraag gesteld welke positie men de GGD in dit verband zou willen geven.

Als genodigden waren aanwezig:

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

Bijlage 2

Lijst van afkortingen

ARBO	Arbidsomstandighedenwet
AW	Academische werkplaats
Awb	Algemene wet bestuursrecht
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
AWPG	academische werkplaats publieke gezondheid
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CGL	Centrum Gezond Leven
CJG	Centrum voor Jeugd en Gezin
CPB	Centraal Planbureau
Fvw	Financiële verhoudingswet
GB	gezondheidsbevordering
GBA	gemeentelijke basisadministratie
GBI	Gezondheidsbevorderende instelling
GB/P-er	gezondheidsbevoor- raar/preventiemedewerker
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
GGD NL	Nederlandse koepelorganisatie voor de GGD
ggz	geestelijke gezondheidszorg
GGZ NL	Nederlandse koepelorganisatie voor de GGZ
GHOR	Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen
HBO	Hoger Beroeps Onderwijs
HIS	huisartsinformatiesysteem
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
IPO	Interprovinciaal Overleg
JGZ	Jeugdgezondheidszorg
JOGG	Jongeren op Gezond Gewicht
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
LOT-I	Landelijk Overleg Thema-Instituten
MBO	Middelbaar Beroeps Onderwijs
MEE	Vereniging voor ondersteuning bij leven met een beperking
NCJ	Nederlands Centrum Jeugdgezondheid
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NIGZ	Nederlands Instituut voor gezondheidsbe-

	vordering en Ziektepreventie
NISB	Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen
NIVEL	Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
NJi	Nederlands Jeugdinstituut
NPCF	Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie
NPHF	Nationale Public Health Federatie
NSPOH	Netherlands School of Public and Occupational Health
NWO	Nederlandse organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek
OCW	Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen
OGGZ	Openbare Geestelijke Gezondheidszorg
ogz	openbare gezondheidszorg
POLS	Permanent Onderzoek Leefsituatie
PPS	Publiekprivate samenwerking
RIVM	Rijksinstituut Volksgezondheid en Milieu
RMO	Raad voor de Maatschappelijke Ontwikkeling
ROS	Regionale Ondersteunings Structuur in de eerstelijnszorg
rVTV	regionale Volksgezondheid Toekomst Verkenning
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
SCP	Sociaal en Cultureel Planbureau
SEGV	sociaaleconomische gezondheidsverschillen
SER	Sociaal Economische Raad
SES	sociaaleconomische status
SUWI	Wet structuur uitvoeringsorganisatie werk en inkomen
TNO	Toegepast Natuurwetenschappelijk Onderzoek
TZ	thuiszorg
VAAM	Vraag Aanbod Analyse Monitor
UvW	Unie van Waterschappen
VNG	Vereniging van Nederlandse Gemeenten
VTV	Volksgezondheid Toekomst Verkenning
VWS	ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
VZ	verslavingszorg
Wbp	Wet Bescherming Persoonsgegevens
WCZ	Wet cliëntenrechten zorg
Wet BIG	Wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg
WGR	Wet Gemeenschappelijke Regelingen

Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
Wpg	Wet publieke gezondheid
Wvr	Wet veiligheidsregio's
ZBO	zelfstandig bestuursorgaan
ZonMw	Zorgonderzoek Nederland – Medische Wetenschappen
Zvw	Zorgverzekeringswet

Bijlage 3

Literatuurlijst

- Baan, C.A. en C.G. Schoenmakers. Diabetes tot 2025: preventie en zorg in samenhang. Bilthoven: RIVM, 2009.
- Bakker, D.H. de en A.J.M. Loon. Naar een samenhangende informatievoorziening over gezondheid en zorg op lokaal en regionaal niveau: afstemming VAAM en regionale VTV. Utrecht/Bilthoven: NIVEL/RIVM, 2011.
- Beek, W van, .A. van der Harg en M. Woertel. Horizontale verantwoording Wmo over 2009. Rapport prestatiegegevens gemeenten en tevredenheid vragers van maatschappelijke ondersteuning. Den Haag: SGBO/BMC Onderzoek, 2010.
- Beek, W. van en B. Wapstra-van Damme. Participatie in beeld. Wie is kwetsbaar en wat belemmert kwetsbare doelgroepen in meedoen? Den Haag: SGBO/BMC Onderzoek, 2011.
- Berg, M van den. Effecten van preventieve interventies voor lokaal gezondheidsbeleid: een overzicht op basis van de leeflijnen uit de handleidingen voor roken, alcohol, overgewicht en depressie. Bilthoven: RIVM, 2010.
- Bijsterveldt, M. Preventie door de thuiszorg. Analyse van ontwikkelingen en kansen. Den Haag: ZonMw/ActiZ 2011.
- Brink, C.L. van, A.L. Vliet, H.C. Boshuizen, E.J.C. van Ameijden en M. Droomers. Methodologie Lokale en Nationale Monitor Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, 2005.
- Dresen, Y., A. Lonkhuijzen, N. Kornalijslijper. Inhoud en kwaliteit nota's lokaal gezondheidsbeleid: onderzoeksresultaten 2009. Den Haag: SGBO, 2010.
- Fransen, G., G. Molleman, C. Hekkink, en J. Keijsers,. Trendonderzoek Gezondheidsbevordering en Preventie 2008. NIGZ, 2009.
- Geers, R, N. Kornalijslijper, R. Gercama, M. van Dijk. Versterking bestuurlijke regie in de openbare gezondheidszorg. Handreiking gemeenten. Den Haag: SGBO 2007.

- Gilsing, R. De beleidstheorie van decentralisatie en het belang van democratische zelfsturing. In: Keuzenkamp. Decentralisatie en de bestuurskracht van de gemeente. Utrecht: SCP, 2009.
- Goede, J de. Knowledge in process: a study about evidence. Tilburg: Universiteit Tilburg, 2011.
- Gouw, S. de. De effectiviteit van het overheidsbeleid op het gebied van publieke gezondheid: met name op het gebied van overgewicht, voeding en beweging. Leiden: Rijksuniversiteit Leiden 2012.
- Hartkamp, R. Inventarisatie inbedding GHOR in de veiligheidsregio's. Bureau Veiligheidsberaad, 2011.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg. Staat van de Gezondheidszorg 2010: meer effect mogelijk van publieke gezondheidszorg. Den Haag: ministerie van Volksgezondheid en Zorg, 2010.
- Klaveren, S.M. van, E.P. Poortvliet en F.M. van Vree. Samenwerking gemeenten en zorgverzekeraars rond preventie. Motievenmatrix. Zoetermeer: Research voor Beleid 2011.
- Klerk, M de, R. Gilsing en J. Timmermans. Op weg met de Wmo; evaluatie van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2007-2009. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2010.
- Kooiker, S.E. Nederlanders aan het woord over gezondheid en gezond leven: achtergrondrapport bij de VTV 2010 Van gezond naar beter. Bilthoven/Den Haag: RIVM/SCP, 2010.
- Lucht, F van en J.J. Polder. Van gezond naar beter: Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2010.
- Ministerie van Binnenlandse Zaken. De gemeente als regisseur; lokale daadkracht mobiliseren. Den Haag: Ministerie van Binnenlandse Zaken, 2006.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Gemeente en zorg. Zoetermeer: RVZ, 2003.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Publieke gezondheid. Zoetermeer: RVZ, 2006.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, Onderwijsraad, Raad voor openbaar bestuur. Buiten de gebaande paden. Advies over intersectoraal gezondheidsbeleid. Den Haag: RVZ, Rob en Onderwijsraad, 2009.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Prikkels voor een toekomstbestendige Wmo. Den Haag: RVZ, 2011.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Preventie van

- welvaartsziekten. Den Haag: RVZ, 2011.
- Ruland, E. Bestuurlijke verankering van Innovaties in de openbare gezondheidszorg: lessen uit de casus Hartslag Limburg. Maastricht: Universiteit Maastricht, 2008.
 - Saan, H. en W. de Haes. Gezond effect bevorderen, het organiseren van effectieve gezondheidsbevordering . Woerden: NIGZ, 2005.
 - Sociaal-Economische Raad. Een kwestie van gezond verstand: Breed preventiebeleid binnen arbeidsorganisaties. Den Haag: SER, 2009.
 - Tweede Kamer 2003-2004, 29 538, nr.1. Contourenbrief. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 23 april 2004.
 - Tweede Kamer 2010-2011, 32 973, nr. 2. Gezondheid dichtbij: landelijke nota gezondheidsbeleid. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 25 mei 2011.
 - Tweede Kamer 2010-2011, XVI, 31 839, nr. 142. Beleidsbrief stelselwijziging “geen kind buiten spel”. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 8 november 2011.
 - Vaandrager, L, M. van den Driessen Mareeuw, J. Naaldenberg, L. de Clerkx, G. Molleman, W. de Regt, en J. Zandvliet. De kennisinfrastructuur van de openbare gezondheidszorg. Vorm en functioneren. Den Haag: ZonMw, 2010.
 - Waal, S.P.M. de. Jeugdgezondheidszorg: zijn we op de goede weg? Bericht van een reiziger. Public Space Foundation, 2010.