



*rivm*

# Evaluatie handleidingen lokaal gezondheidsbeleid

Centrum Gezond Leven

Bijlage bij het rapport 'Leefstijlinterventies in Nederland'

CGL rapportage 09-01

## **Evaluatie handleidingen lokaal gezondheidsbeleid**

Bijlage bij het RIVM Rapport 'Leefstijlinterventies in Nederland'

Sandra van Dijk, RIVM Centrum Gezond Leven  
Denise van Kesteren, Schuttelaar & Partners

Contact:  
Marian Sturkenboom  
RIVM Centrum Gezond Leven  
marian.sturkenboom@rivm.nl

Dit onderzoek werd verricht in het kader van de opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan het RIVM Centrum Gezond Leven.

### **Centrum Gezond Leven**

Het Centrum Gezond Leven (CGL) werkt aan de versterking van doelmatige, samenhangende en effectieve lokale gezondheidsbevordering. Het CGL bevordert het gebruik van de best passende leefstijlinterventies en ondersteunt lokale professionals door beschikbare interventies inzichtelijk te presenteren en te beoordelen op kwaliteit, effectiviteit en samenhang. Hierbij houdt het continu de vinger aan de pols bij de wensen en behoeften van de professionele gebruikers van het centrum. Het CGL is onderdeel van het RIVM (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu) en werkt samen met diverse lokale en landelijke partners.

Het Centrum Gezond Leven is ingesteld door het ministerie van VWS in antwoord op de bevindingen van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) in 2005 (Staat van de gezondheidszorg 2005. Openbare gezondheidszorg: hoe houden we het volk gezond). Dit rapport wees o.a. op de versnippering van kennis en het onvoldoende gebruiken van wetenschappelijk bewezen interventies. Het CGL maakt deel uit van de wettelijk door de minister te onderhouden ondersteuningsstructuur publieke gezondheidszorg.

© RIVM Centrum Gezond Leven 2009

Delen uit deze publicatie mogen worden overgenomen op voorwaarde van bronvermelding: 'RIVM Centrum Gezond Leven, de titel van de publicatie en het jaar van uitgave'.

## **Dankwoord**

Een woord van dank gaat uit naar alle mensen die een bijdrage geleverd hebben aan dit onderzoek. Het onderzoek is uitgevoerd vanuit de werkplaats Monitoring Vraag en Aanbod van het Centrum Gezond Leven.

Ten eerste danken wij de medewerkers van GGD'en die veelal als beleidsadviseurs voor lokaal gezondheidsbeleid werkzaam zijn. Zij hebben een belangrijke uitvoerende bijdrage geleverd aan zowel het kwantitatieve als het kwalitatieve deel van het onderzoek. Een groot deel van deze medewerkers is lid van de vakgroep gemeentelijk gezondheidsbeleid van GGD Nederland. Deze leden hebben meegedacht over de uitvoering van het onderzoek en hebben ook een rol gespeeld bij de formulering van de conclusies en de ideeën over het vervolg van dit onderzoek.

Ten tweede bedanken wij ook de betrokken medewerkers werkzaam bij de GGZ en de gemeenten voor hun zinvolle bijdrage. Ook de input vanuit het hoofdenoverleg GGZ vormde een goede bijdrage voor de spiegeling van de resultaten.

Daarnaast een woord van dank aan de bij de handleidingen betrokken medewerkers van STIVORO (Monique de Beer), Stichting Voedingscentrum Nederland (Margret Ploum en Wijnand van de Werf) en het Trimbos-instituut (Ineke Voordouw en Rob Bovens). Zij zijn bij het gehele onderzoek, van vraagstelling tot conclusie, betrokken geweest en hun expertise en medewerking was onmisbaar.

Communicatieadviesbureau Schuttelaar & Partners heeft een deel van de data verzameld, de data geanalyseerd en op schrift gesteld. Wij bedanken Denise van Kesteren en Linsie Meijer hiervoor. Dankzij hun inzet heeft het Centrum Gezond Leven deze rapportage kunnen maken.

Marian Sturkenboom  
Coördinator CGL-werkplaats Monitoring Vraag en Aanbod

# Inhoud

<b>Samenvatting</b>	<b>5</b>
<b>1 Inleiding</b>	<b>7</b>
<b>2 Opzet onderzoek</b>	<b>9</b>
<b>3 Bevindingen</b>	<b>11</b>
3.1 Bekendheid en gebruik van de handleidingen	11
3.1.1 <i>Bekendheid en gebruik per doelgroep</i>	11
3.1.2 <i>Bekendheid en gebruik per thema</i>	15
3.1.3 <i>Overzicht bekendheid en gebruik</i>	20
3.2 Ervaringen met de handleidingen	21
3.2.1 <i>Positieve aspecten van de bruikbaarheid</i>	21
3.2.2 <i>Vergroten van de bruikbaarheid</i>	21
3.3 Gewenste overige ondersteuning	26
<b>4 Conclusies</b>	<b>28</b>
<b>5 Aan de slag!</b>	<b>30</b>
<b>Referenties</b>	<b>31</b>
<b>Lijst van afkortingen</b>	<b>32</b>

## Samenvatting

Lokale nota's gezondheidsbeleid verschijnen in een vierjaarlijkse cyclus. Om deze nota's te versterken hebben vier landelijke organisaties in opdracht van het ministerie van VWS handleidingen lokaal gezondheidsbeleid ontwikkeld. De nu bestaande serie handleidingen is ontwikkeld ten behoeve van de zogenaamde tweede ronde nota's lokaal gezondheidsbeleid (looptijd 2007-2011).

Er zijn handleidingen voor de speerpunten tabak (STIVORO, 2006), overgewicht (Voedingscentrum, 2007), alcohol (Voedsel en Waren Autoriteit, 2007) en depressie (Trimbos-instituut, 2007). Doel van deze handleidingen is om de speerpunten uit de landelijke preventienota op te nemen in het lokale gezondheidsbeleid (deel 1) en om te zetten in actieprogramma's (deel 2). Tevens geven ze een overzicht van interventies voor de verschillende gezondheidsthema's (deel 3, de leeflijn). De handleidingen zijn per post verspreid onder GGD-functionarissen, GGZ-functionarissen en gemeenteambtenaren.

In 2011 start de derde ronde lokaal gezondheidsbeleid. Evaluatie van de eerste toepassing van de handleidingen is uitermate zinvol. De informatie die op deze manier en via andere kanalen is vergaard, is bedoeld voor een verbeterde ondersteuning van derde ronde lokaal gezondheidsbeleid. Het ministerie van VWS heeft het RIVM Centrum Gezond Leven (CGL) opdracht gegeven om de bestaande handleidingen te evalueren. Het onderzoek is uitgevoerd door het CGL in samenwerking met het communicatieadviesbureau Schuttelaar & Partners.

Het doel van het onderzoek was om de bruikbaarheid van de huidige handleidingen te evalueren en de wensen voor ondersteuning voor de derde ronde lokaal gezondheidsbeleid te inventariseren. Hiertoe zijn vragenlijsten uitgezet onder de drie belangrijkste gebruikersgroepen: gemeenteambtenaren en GGD- en GGZ-functionarissen. Ook zijn met een aantal van deze personen focusgroepsgesprekken en telefonische interviews gehouden. Het onderzoek is uitgevoerd in overleg met de bij de handleidingen betrokken landelijke thema-instituten STIVORO, Stichting Voedingscentrum Nederland en het Trimbos-instituut. Medewerkers van het Trimbos-instituut zijn betrokken bij zowel de handleiding alcohol als de handleiding depressie.

Uit dit onderzoek blijkt dat de huidige handleidingen een grote bekendheid genieten onder de drie groepen. Bij de GGD zijn alle handleidingen goed bekend, bij de gemeenten vooral de handleidingen overgewicht en alcohol. Bij de GGZ is de handleiding depressie het meest bekend. Van de respondenten die de handleidingen kennen, heeft ongeveer driekwart de handleidingen ook daadwerkelijk gebruikt. De meeste respondenten gebruikten de handleidingen als achtergrondinformatie. Daarnaast gebruikten gemeenteambtenaren ze voor het formuleren van beleid en GGD-functionarissen voor advies aan de gemeenten. Dit komt overeen met de verschillende taken van de organisaties.

De gebruikersgroepen vinden de handleidingen aantrekkelijk vormgegeven en waarderen ze als gestructureerd naslagwerk. Ze worden gezien en gebruikt als kader voor lokaal gezondheidbeleid. Respondenten hebben suggesties gedaan om de bruikbaarheid van de handleidingen te verbeteren. Ze adviseren een eenduidig gebruik van termen, een eenduidige opbouw van de verschillende delen en eenduidige onderdelen van lokaal beleid. Daarnaast hebben ze kritiek op deel drie, de leeflijnen. Bij dit onderdeel is behoefte aan informatie over effectiviteit, kosteneffectiviteit, implementatiekosten, financieringsmogelijkheden en welke interventies elkaar kunnen versterken. Daarnaast wil men gemakkelijk bij uitgebreidere informatie over de interventie kunnen komen. Ook is er behoefte aan interventies gericht op personen met een lage sociaaleconomische status en omgevingsinterventies. Er

is geen behoefte aan een handleiding op een nieuw thema. Wel is er behoefte aan algemene informatie over financiering en samenwerking, inclusief helderheid over de rollen van de verschillende lokale en landelijke partners.

Met de landelijke thema-instituten die betrokken zijn bij deze handleidingen (STIVORO, Stichting Voedingscentrum Nederland, Trimbos-instituut), zijn de verbeteruggesties medio februari 2009 besproken. Het CGL maakt samen met deze thema-instituten een plan van aanpak voor deze bijstelling. De aanbevelingen uit het onderzoek worden verwerkt in dit plan van aanpak. Tevens wordt afgestemd met verschillende (bij lokaal gezondheidsbeleid betrokken) landelijke partijen, zoals VNG, GGD Nederland en GGZ Nederland.

# 1 Inleiding

De landelijke overheid heeft in de preventienota ‘Kiezen voor gezond leven’ (2006) vijf speerpunten van beleid benoemd, die Nederland op het gebied van gezondheid weer tot de top van Europa moeten brengen. Deze speerpunten zijn alcohol, depressie, overgewicht, tabak en diabetes. Voor deze speerpunten is specifiek gekozen omdat ze een belangrijke bijdrage leveren aan onze belangrijkste gezondheidsproblemen. In het actieprogramma behorende bij de nota zijn de speerpunten verder uitgewerkt. Een concrete uitwerking is het ontwikkelen van een handleidingenreeks om richting te geven aan de prioriteiten in gemeenten.

Vier landelijke organisaties hebben in opdracht van het ministerie van VWS ‘handleidingen lokaal gezondheidsbeleid’ ontwikkeld voor vier preventiespeerpunten. In 2006 is de richtlijn tabakspreventie uitgebracht (STIVORO, 2006). Daarna volgden in 2007 de handleidingen preventie van overgewicht (Voedingscentrum, 2007), preventie van depressie (Trimbos-instituut, 2007) en lokaal alcoholbeleid (Voedsel en Waren Autoriteit, 2007).<sup>1</sup> Voor het speerpunt diabetes is geen handleiding beschikbaar. Op het terrein ‘bewegen’ is met het Nationaal Actieplan Sport en Bewegen wel een leeflijn beschikbaar. Deze is echter zeer verschillend van opzet en vormgeving, en is mede daarom niet in het onderhavige onderzoek meegenomen.

Doel van de handleidingen lokaal gezondheidsbeleid is om de speerpunten uit de landelijke preventienota op te nemen in het lokale gezondheidsbeleid en om te zetten in actieprogramma’s. Tevens geven ze een overzicht van interventies voor de verschillende gezondheidsthema’s. Samengevat: de handleidingen geven de gebruiker houvast om de speerpunten uit de preventienota lokaal in te vullen in de gemeentelijke nota’s lokaal gezondheidsbeleid.

De vier handleidingen zijn opgebouwd volgens eenzelfde structuur met drie delen. Het eerste deel biedt hulp bij het opnemen van een speerpunt in de lokale nota, met het tweede deel kan een actieprogramma worden opgesteld. Het derde deel, de leeflijn, biedt een overzicht van interventies op het thema; hiermee kan een basispakket worden samengesteld. De teksten zijn in boekvorm verspreid en op internet (rechtstreeks bij de sites van de vier thema-instituten, via de site van het ministerie van VWS en sinds december 2008 via de site van het Centrum Gezond Leven) te vinden.

Het ministerie van VWS heeft het RIVM Centrum Gezond Leven (CGL) eind 2007 opdracht gegeven om de bestaande vier handleidingen te evalueren. Nu de handleidingen voor vier landelijke speerpunten een eerste keer zijn toegepast, is evaluatie uitermate zinvol. STIVORO, Stichting Voedingscentrum Nederland en het Trimbos-instituut hadden hiervoor een projectgroep opgericht.<sup>2</sup> De evaluatie heeft plaatsgevonden in overleg met deze projectgroep.

De nota’s lokaal gezondheidsbeleid verschijnen in een vierjaarlijkse cyclus. De nu bestaande serie handleidingen is ontwikkeld ten behoeve van de tweede ronde nota’s lokaal gezondheidsbeleid. Deze tweede ronde lokaal gezondheidsbeleid loopt van 2007 tot 2011. De informatie die op deze manier en via andere kanalen vergaard is, is bedoeld ten behoeve van een verbeterde derde ronde lokaal gezondheidsbeleid. Deze derde ronde lokaal gezondheidsbeleid start in 2011. In 2008 zijn de bestaande handleidingen geëvalueerd, in 2009 wordt een herziening van de bestaande handleidingen voorbereid en - indien nodig - nieuwe handleidingen en een nieuw of aanvullend ondersteuningsaanbod

---

<sup>1</sup> Medeauteurs van de handleiding lokaal alcoholbeleid zijn het Trimbos-instituut en Stichting Alcoholpreventie (STAP).

<sup>2</sup> De VWA en STAP waren niet vertegenwoordigd in deze projectgroep. Medewerkers van het Trimbos-instituut zijn betrokken bij zowel de handleiding alcohol als de handleiding depressie.



voorbereid. In 2010, voor de start van de derde ronde lokaal gezondheidsbeleid, zijn de bijgestelde en mogelijk nieuwe producten dan klaar voor gebruik.

De belangrijkste bevindingen uit dit rapport zijn opgenomen in het eerste CGL-rapport 'Leefstijlinterventies in Nederland, een verkenning van ervaringen en wensen' (Kroeze en Blokdijk, 2009).

### **Leeswijzer**

De onderzoeksvragen en de methode van dit onderzoek staan beschreven in hoofdstuk 2. Vervolgens worden in hoofdstuk 3 de bevindingen beschreven. In paragraaf 3.1 wordt begonnen met de bekendheid en het gebruik van de huidige handleidingen. Dit wordt per doelgroep (3.1.1) en per thema (3.1.2) beschreven en in 3.1.3 samengevat. Vervolgens worden in paragraaf 3.2 de positieve punten van de bruikbaarheid (3.2.1) en de verbeterpunten beschreven met suggesties om de bruikbaarheid van de handleidingen voor de derde ronde lokaal gezondheidsbeleid te verbeteren (3.2.2). Daarna wordt in paragraaf 3.3 de behoefte aan verdere ondersteuning voor lokaal gezondheidsbeleid beschreven. De conclusies die zijn getrokken aan de hand van deze bevindingen kunt u vinden in hoofdstuk 4. Ten slotte worden in hoofdstuk 5 actiepunten beschreven.

## 2 Opzet onderzoek

### 2.1 Onderzoeksvragen

In de evaluatie van de handleidingen lokaal gezondheidsbeleid stonden de volgende vragen centraal:

- In hoeverre beantwoorden de handleidingen aan het doel om lokale partijen te ondersteunen bij het formuleren van lokaal gezondheidsbeleid en de uitvoering van dat beleid?
- Wat is de bruikbaarheid van het instrument handleidingen?
- Zijn de handleidingen (mogelijk in aangepaste vorm) bruikbaar voor de derde ronde lokaal gezondheidsbeleid?
- Is een nieuw ondersteuningsaanbod wenselijk voor de derde ronde lokaal gezondheidsbeleid?

### 2.2 Methode

Het eerste gedeelte van het onderzoek bestond uit een vragenlijst. Deze is voorgelegd aan GGD-functionarissen (met name werkzaam in gezondheidsbevordering of gemeentelijk gezondheidsbeleid), GGZ-functionarissen (met name werkzaam in preventie) en gemeenteambtenaren (met name actief op de terreinen volksgezondheid, welzijn, zorg en/of WMO).

De vragenlijsten zijn opgesteld in overleg met de betreffende landelijke thema-instituten. De vragenlijsten zijn doelgroepspecifiek gemaakt, wat resulteerde in drie ietwat verschillende vragenlijsten van gemiddeld 50 vragen, zowel gesloten als open. Tussen juni en september 2008 zijn de vragenlijsten digitaal verspreid onder de drie doelgroepen.

De vragenlijsten zijn uitgezet onder 32 GGD-functionarissen, 64 GGZ-functionarissen en 337 gemeenteambtenaren met volksgezondheid als beleidsterrein. Dit zijn niet alle GGZ-functionarissen en gemeenteambtenaren, omdat niet alle e-mailadressen bekend waren. De enquête is ingevuld door 25 GGD-functionarissen, 28 GGZ-functionarissen (waaronder 3 IVZ-functionarissen)<sup>3</sup> en 110 gemeenteambtenaren, wat een respons geeft van respectievelijk 80%, 40% en 30%. De resultaten van deze vragenlijsten zijn geanalyseerd door het communicatieadviesbureau Schuttelaar & Partners.

Niet iedere vraag is door elke respondent beantwoord. Het gegeven percentage is berekend op basis van het aantal respondenten van de betreffende vraag (en niet op het totaal aantal personen in de doelgroep). Alle percentages zijn in de tekst afgerond op de 5% vanwege de beperkte omvang van de onderzoeksgroep.

Op basis van de uitkomsten van de vragenlijst zijn gespreksrichtlijnen voor de focusgroepen en interviews opgesteld. Deze gesprekken hebben halverwege november 2008 plaatsgevonden. De volgende drie doelgroepen zijn hiervoor uitgenodigd: GGD-functionarissen, GGZ-functionarissen en gemeenteambtenaren volksgezondheid, welzijn en/of WMO. GGD-diensten van de vier grote steden (de G4) zijn hiervoor niet uitgenodigd, omdat hun werkwijze te veel verschilt van de middelgrote en kleine gemeenten. Drie van hen zijn telefonisch geïnterviewd.

---

<sup>3</sup> De meeste Instellingen voor Verslavingszorg (IVZ) in Nederland vallen onder de GGZ. Binnen dit onderzoek zijn de IVZ-functionarissen ondervetegenwoordigd.

De werving voor de focusgroepen is moeizaam verlopen. De opkomst bij de focusgroep voor GGZ-functionarissen en gemeenteambtenaren was niet groot (vijf deelnemers GGZ en drie deelnemers gemeenten). Bij de focusgroep voor GGD-functionarissen was de opkomst wel goed (twaalf deelnemers). Om meer input te krijgen van de doelgroep gemeenten en GGZ, zijn aparte telefonische interviews gehouden met gemeenteambtenaren en is aanvullende informatie verkregen tijdens het GGZ-hoofden overleg (november 2008).

Ten slotte zijn de voorlopige resultaten besproken met de vakgroep gemeentelijk gezondheidsbeleid van GGD (september 2008 en maart 2009), vertegenwoordigers van GGD Nederland, GGZ Nederland en VNG (december 2008). Ook is feedback gebruikt van medewerkers van de betrokken landelijke thema-instituten. De conclusies en aanbevelingen van het onderzoek zijn mede op basis van deze terugkoppelingen opgesteld.

## 3 Bevindingen

In dit hoofdstuk staan de bevindingen van zowel het kwantitatieve als het kwalitatieve deel van het onderzoek. Achtereenvolgens komen hierin aan de orde:

3.1 de bekendheid en het gebruik van de huidige handleidingen, weergegeven per doelgroep (3.1.1) en per thema (3.1.2). Ook wordt hier gekeken voor welk doel de handleidingen gebruikt zijn.

3.2 de bruikbaarheid van de huidige handleidingen en de suggesties voor verbetering van de bruikbaarheid voor de derde ronde lokaal gezondheidsbeleid.

3.3 de behoefte aan overige ondersteuning bij lokaal gezondheidsbeleid.

### 3.1 Bekendheid en gebruik van de handleidingen

In deze paragraaf staat hoeveel respondenten de handleidingen kennen en gebruiken. Ook wordt weergegeven waarvoor de handleidingen gebruikt worden. Deze informatie is weergegeven per doelgroep (3.1.1) en per thema (3.1.2) en samengevat in 3.1.3.

#### 3.1.1 Bekendheid en gebruik per doelgroep

##### **Rolverdeling**

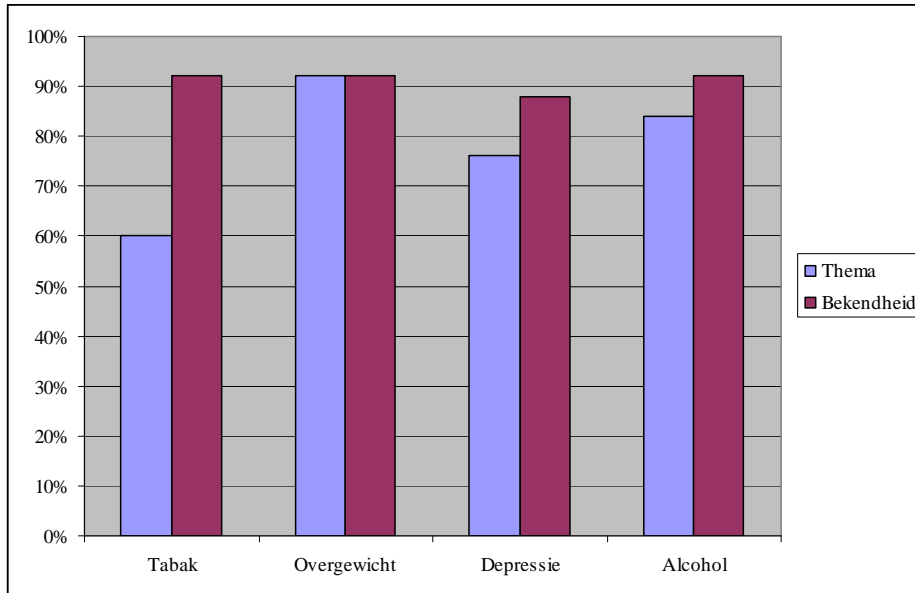
Er is een duidelijk verschil in rollen bij lokaal gezondheidsbeleid tussen medewerkers van de GGD, GGZ en gemeenten. De medewerkers van de GGD zijn vaak de adviseurs van de gemeenten. De handleidingen zijn hun adviesinstrumenten. De rolverdeling tussen gemeenten en GGD over het opstellen van het lokale gezondheidsplan is verschillend. De ene gemeente schrijft de nota zelf, terwijl bij andere gemeenten de GGD de kadernota schrijft. De gemeente heeft de regie; de GGD adviseert en zorgt voor cijfermatige onderbouwing van de verschillende thema's. De GGZ is deskundig op de thema's depressie en alcohol. Zij werkt vaak samen met de GGD in het traject lokaal gezondheidsbeleid. De GGZ noemt de GGD als ingang om gemeenten te kunnen adviseren.

##### **GGD**

Inhoudelijk zijn de vier handleidingen bij bijna alle GGD-respondenten bekend (zie Figuur 1). Behalve dat een groot aantal ondervraagden bekend is met de handleiding, heeft ook minstens twee derde daarvan de handleidingen al eens gebruikt. Vooral overgewicht (90%) en alcohol (85%) zijn belangrijke thema's binnen de GGD, daarna volgen depressie (75%) en tabak (60%).

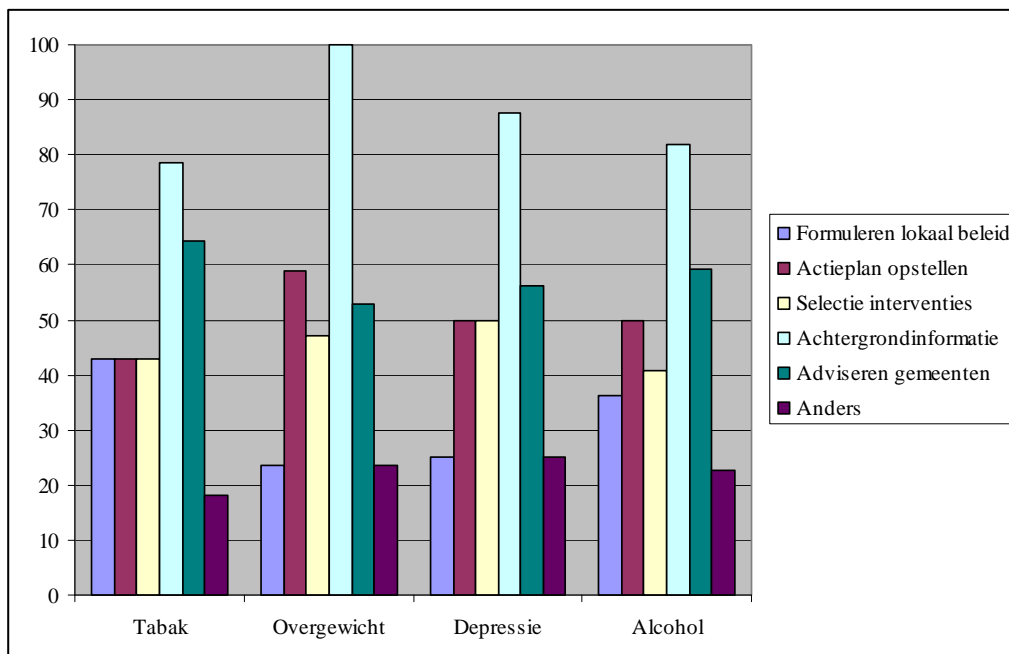
De handleidingen worden vaak als achtergronddocumentatie gebruikt (gemiddeld 85%) en daarna ter ondersteuning van het advies aan de gemeenten (gemiddeld 60%) (zie Figuur 2). Over het algemeen wordt deel 3, de leeflijn, van de handleiding het meest gebruikt door de GGD-functionarissen. Van de handleiding alcohol wordt deel 1, formuleren van lokaal beleid, het meest gebruikt.

Figuur 1 Thema en bekendheid van de handleidingen bij GGD-professionals



Figuur 1 Het percentage GGD-professionals waarvoor het thema van belang is binnen de eigen organisatie (thema) en dat bekend is met de betreffende handleiding (bekendheid). Alle handleidingen genieten grote bekendheid bij de GGD-professionals.

Figuur 2 Gebruik van de handleidingen door GGD-professionals



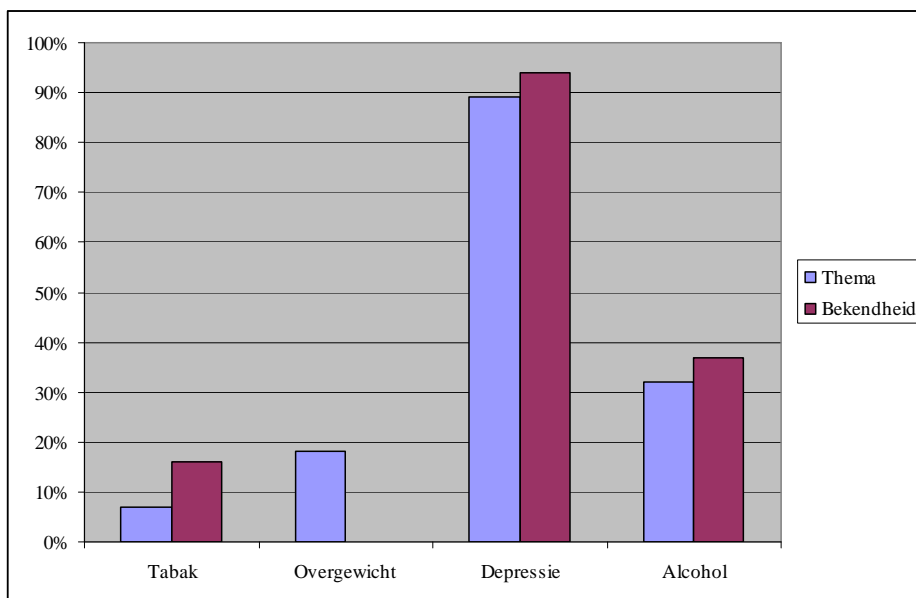
Figuur 2 Het percentage GGD-professionals dat de handleiding gebruikt voor de verschillende werkzaamheden. De handleidingen worden voornamelijk gebruikt als achtergrondinformatie, daarna volgt het adviseren van gemeenten.

**GGZ**

Depressie is een belangrijk thema binnen de GGZ-instellingen (90%). Bij de GGZ-respondenten in dit onderzoek was alcohol bij 30% een thema. Alcohol is vooral een belangrijk thema bij de IVZ, zij waren ondervertegenwoordigd in dit onderzoek. In overeenstemming hiermee kent 85% van de GGZ-functionarissen inhoudelijk de handleiding depressie (zie Figuur 3) en 35% de handleiding alcohol. Overgewicht en tabak zijn binnen de GGZ-instellingen nauwelijks een thema. Zij zijn daarom geen doelgroep van deze handleidingen. In overeenstemming hiermee zijn bij de GGZ de handleidingen overgewicht en tabak nagenoeg niet bekend.

Slechts enkele GGZ-functionarissen hebben de vraag beantwoord waarvoor ze de handleidingen precies gebruiken. Daarom kan weinig geconcludeerd worden over het gebruik van de handleidingen. De enkele respondenten die deze vraag wél hebben beantwoord, gebruikten de handleidingen vooral als achtergrondinformatie. Van de handleiding depressie werden de drie delen ongeveer evenveel gebruikt, van de handleiding alcohol wordt vooral deel 1, formuleren van lokaal beleid, gebruikt.

**Figuur 3 Thema en bekendheid van de handleidingen bij GGZ-professionals**

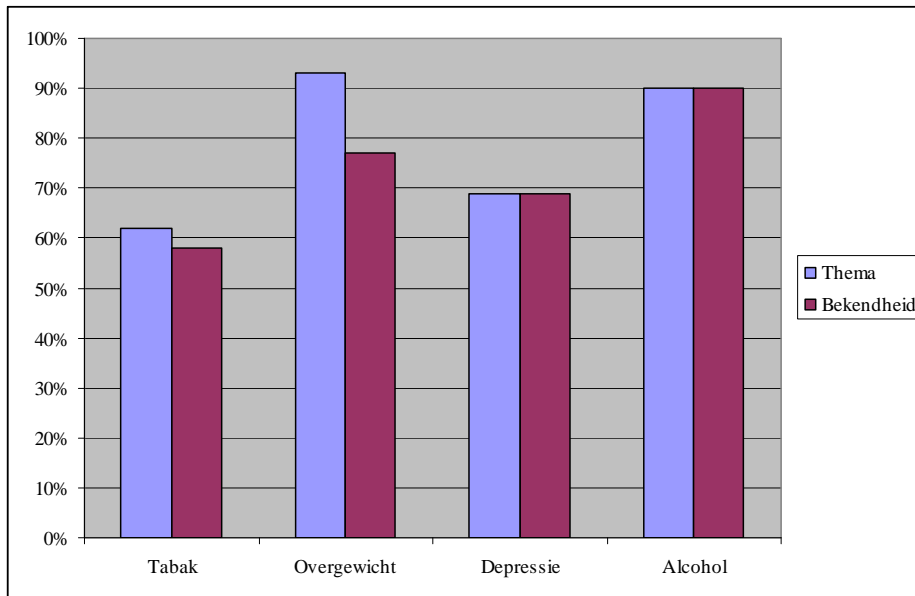


Figuur 3 Het percentage GGZ-professionals waarvoor het thema van belang is binnen de eigen organisatie (thema) en dat bekend is met de betreffende handleiding (bekendheid). De handleiding depressie en in mindere mate de handleiding alcohol zijn goed bekend bij GGZ-professionals. Dit is in overeenstemming met belangrijke thema's binnen de GGZ.

**Gemeenten**

De handleidingen zijn goed bekend bij gemeenteambtenaren (60-90%), vooral de handleiding alcohol (90%) (zie Figuur 4). Alle thema's zijn binnen de gemeenten belangrijk, voornamelijk overgewicht (95%) en vervolgens alcohol (90%), depressie (70%) en tabak (60%).

Figuur 4 Bekendheid van de handleidingen bij gemeenteambtenaren

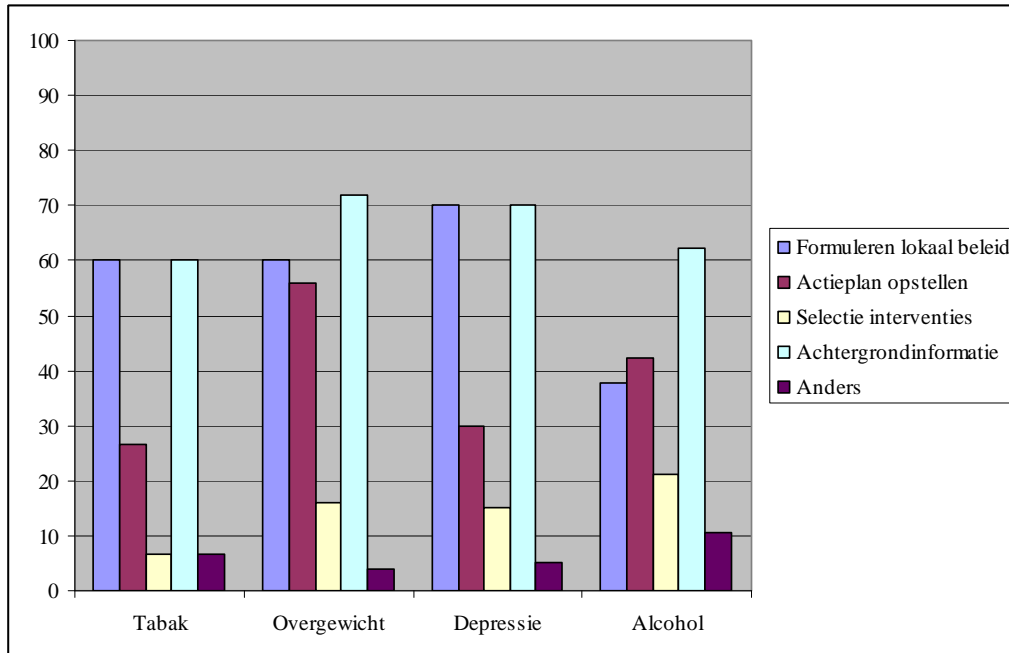


Figuur 4 Het percentage gemeenteambtenaren waarvoor het thema van belang is binnen de eigen organisatie (thema) en dat bekend is met de betreffende handleiding (bekendheid). Alle handleidingen zijn goed bekend bij gemeenteambtenaren, met name alcohol.

Gemeenteambtenaren gebruiken de handleidingen vooral als achtergrondinformatie (gemiddeld 65%) of bij het formuleren van lokaal beleid (gemiddeld 55%). De handleiding alcohol gebruiken ze minder voor het formuleren van lokaal beleid dan de andere drie handleidingen. De handleiding overgewicht wordt ook veel gebruikt voor het opstellen van een actieplan. Ambtenaren gebruiken de handleiding, in overeenstemming met hun taken, bijna niet voor het selecteren van interventies (zie Figuur 5). Deel 1 van de handleidingen, formuleren van lokaal beleid, gebruiken ze het meest.

Drie gemeenteambtenaren van de G4 zijn telefonisch geïnterviewd. Zij kenden alle drie de handleidingen, één van hen had deze ook daadwerkelijk gebruikt. Ze gebruiken deze vooral als inhoudelijk naslagwerk.

Figuur 5 Gebruik van de handleidingen door gemeenteambtenaren



Figuur 5 Het percentage gemeenteambtenaren dat de handleiding gebruikt voor de verschillende werkzaamheden. De handleidingen worden voornamelijk gebruikt als achtergrondinformatie en voor het formuleren van lokaal beleid. De handleiding overgewicht wordt ook veel gebruikt voor het opstellen van een actieplan.

### 3.1.2 Bekendheid en gebruik per thema

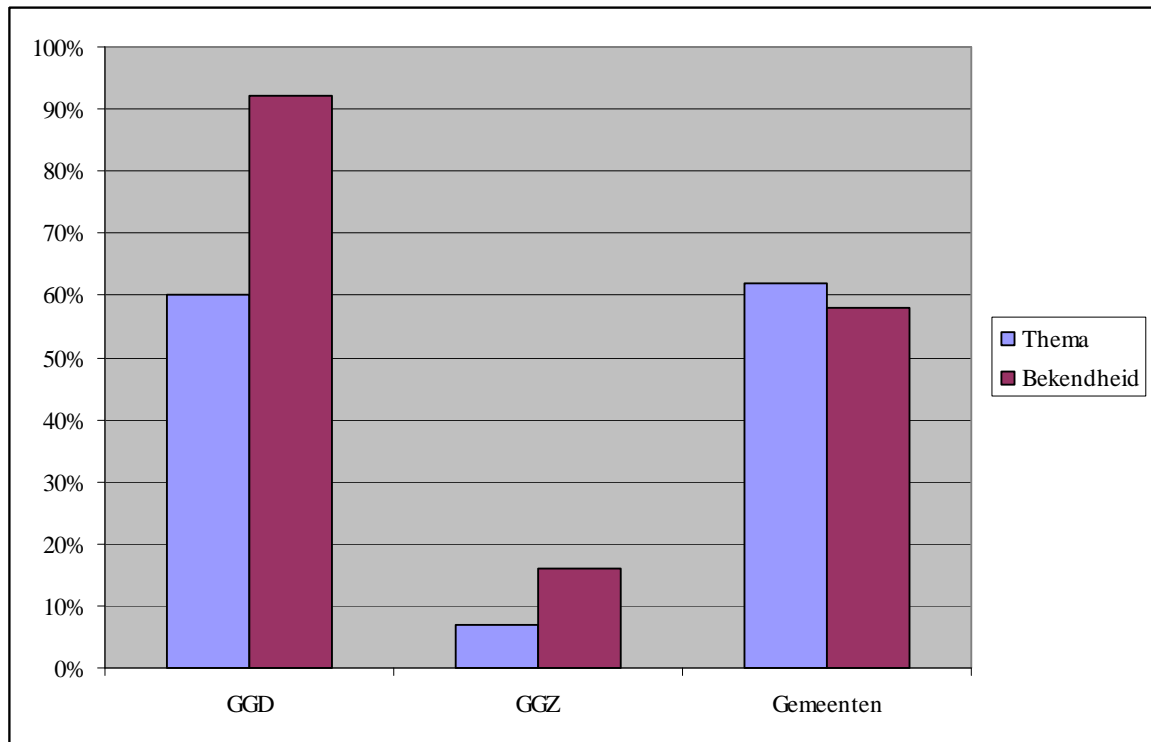
#### Handleiding tabak

Het thema tabak is voor ruim de helft van de GGD-functionarissen en gemeenteambtenaren een thema binnen de organisatie. Voor de GGZ-functionarissen geldt dit voor slechts twee van de ondervraagde organisaties. De bekendheid van de handleiding tabak is in deze groep dan ook een stuk lager dan bij de GGD-functionarissen (90%) en gemeenteambtenaren (60%) (zie Figuur 6).

In alle groepen geldt dat de handleiding bekend is, doordat deze is toegestuurd. Omdat de handleiding tabak bijna niet door GGZ-functionarissen gebruikt wordt, zal deze gebruikersgroep hier niet worden toegelicht.



Figuur 6 Thema binnen de organisatie en bekendheid van de handleiding tabak



Figuur 6 Thema binnen de organisatie en bekendheid van de handleiding tabak. De bekendheid komt bij gemeenten overeen met het thema. Bij GGD'en en gemeenten en GGZ is de handleiding bij meer functionarissen bekend dan bij wie het een belangrijk thema binnen de organisatie is.

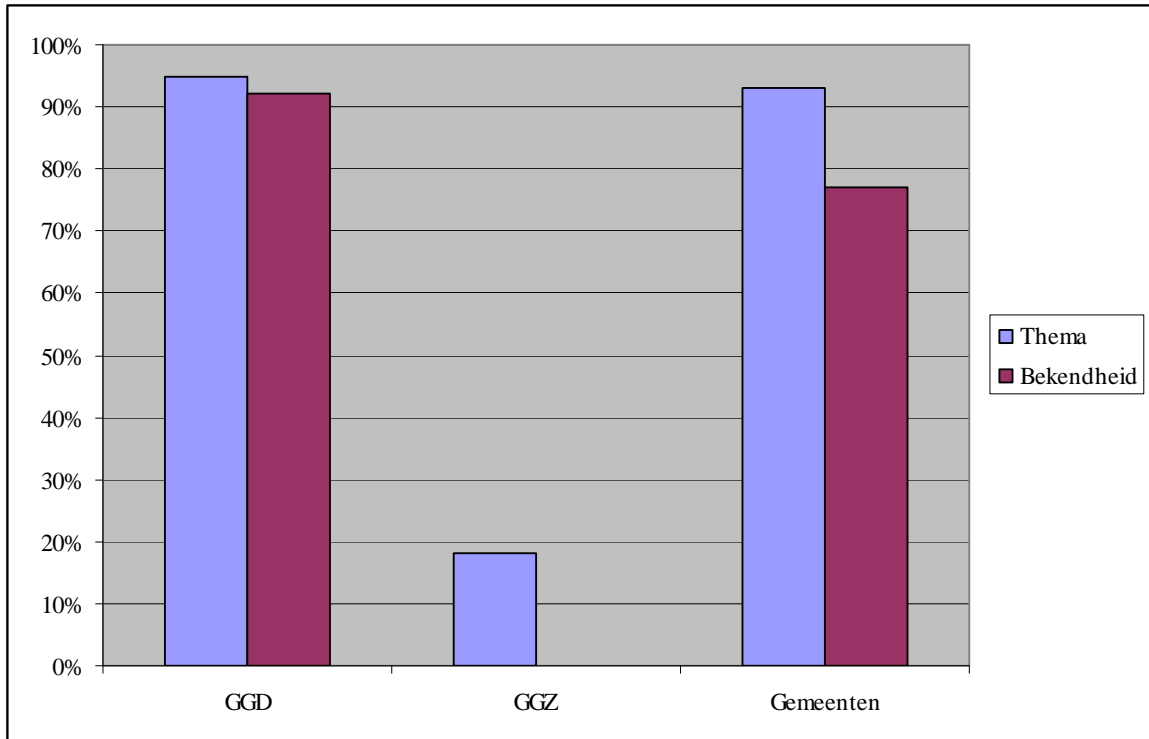
Van de GGD-functionarissen die de handleiding tabak kennen, heeft ongeveer twee derde de handleiding al gebruikt en is 15% dit nog van plan. De handleiding dient het meeste als achtergrondinformatie (80%) of voor advies naar de gemeente (65%). Ongeveer een derde van de gemeenteambtenaren heeft de handleiding gebruikt, ook is een derde nog van plan de handleiding te gaan gebruiken. Zij gebruiken de handleiding als achtergrondinformatie (60%) en voor het formuleren van lokaal beleid (60%).

### Handleiding overgewicht

Het thema overgewicht is voor bijna alle GGD-functionarissen en gemeenteambtenaren een thema binnen de organisatie. GGD-functionarissen (90%) en gemeenteambtenaren (75%) zijn goed bekend met de handleiding overgewicht (zie Figuur 7).

De GGD-functionarissen kennen de handleiding, doordat deze is toegestuurd of doordat ze deze gekregen hebben van een collega. Ook de gemeenteambtenaren hebben deze toegestuurd gekregen of kennen de handleidingen via de GGD. Omdat overgewicht binnen de GGZ vrijwel geen thema is en geen enkele GGZ-functionaris bekend is met deze handleiding, is de GGZ niet meegenomen in de resultaten.

Figuur 7 Thema binnen de organisatie en bekendheid van de handleiding overgewicht



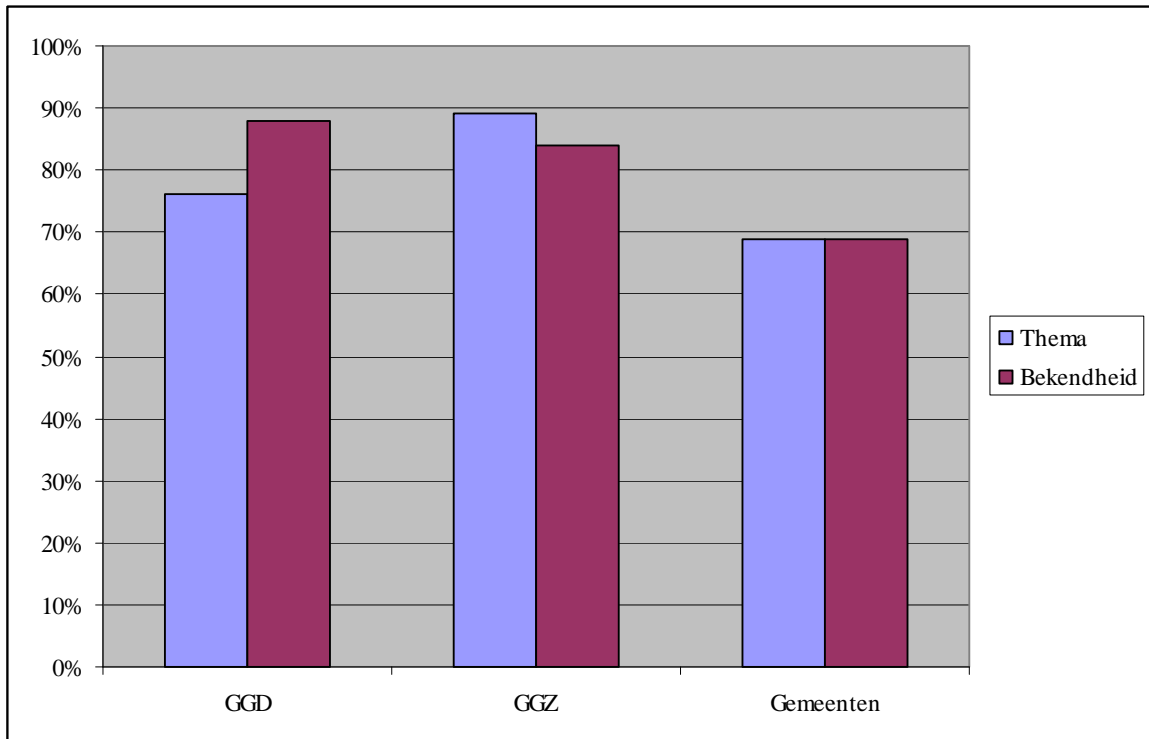
Figuur 7 Thema binnen de organisatie en bekendheid van de handleiding overgewicht. De bekendheid komt bij de GGD overeen met het thema. Bij GGZ en gemeenten is de handleiding bij minder functionarissen bekend dan bij wie het een belangrijk thema binnen de organisatie is.

Van de GGD-functionarissen die bekend zijn met de handleiding overgewicht heeft ongeveer driekwart de handleiding al gebruikt en is 15% dit nog van plan. De handleiding dient voor iedereen als achtergrondinformatie en wordt verder evenredig gebruikt voor de taken opstellen actieplan (60%), advies naar gemeente (55%) en selecteren van interventies (53%). Minder gemeenteambtenaren hebben de handleiding gebruikt (45%) in vergelijking met de GGD-functionarissen, maar een groot aantal (40%) is wel nog van plan de handleiding te gaan gebruiken. Zij gebruiken de handleiding als achtergrondinformatie (70%), voor het formuleren van lokaal beleid (60%) en het opstellen van een actieplan (55%).

### Handleiding depressie

Het thema depressie is voor de meerderheid van de doelgroepen een thema binnen de organisatie. De handleiding depressie geniet dan ook een hoge bekendheid. Zo kent 90% van de GGD-functionarissen de handleiding depressie, 85% van de GGZ-functionarissen en 70% van de gemeenteambtenaren (zie Figuur 8).

Figuur 8 Thema binnen de organisatie en bekendheid van de handleiding depressie



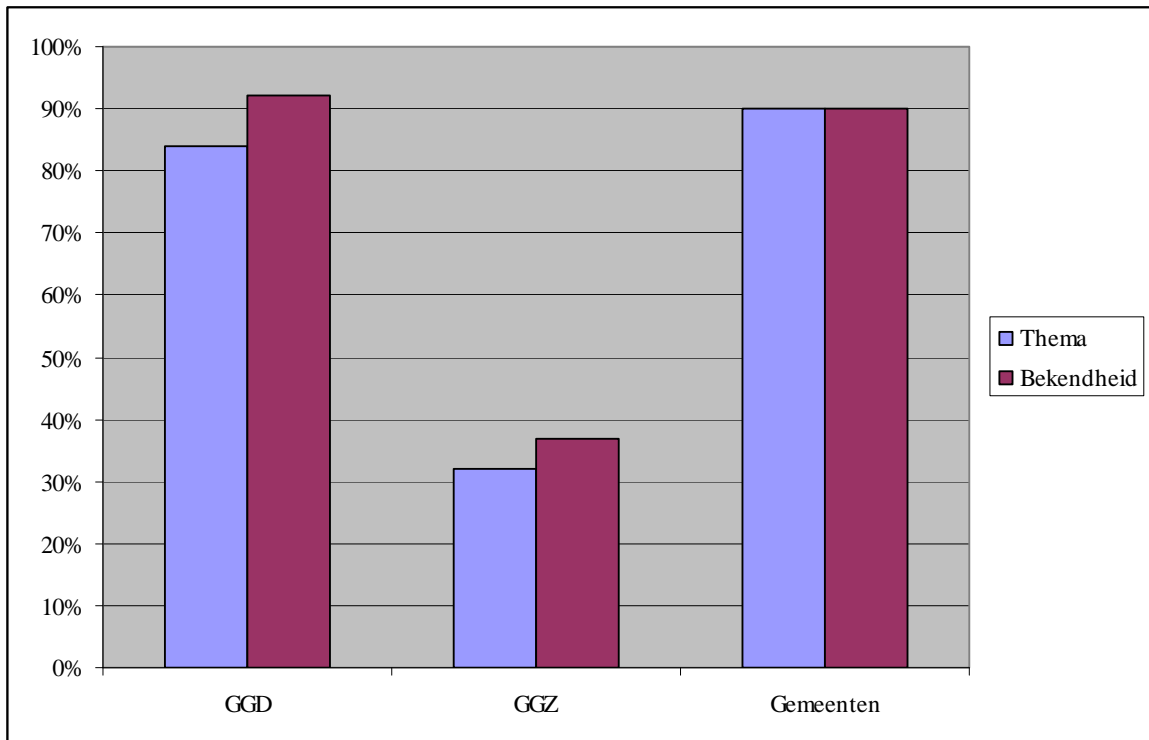
Figuur 8 Thema binnen de organisatie en bekendheid van de handleiding depressie. De bekendheid komt bij de drie doelgroepen overeen met het thema. Bij de GGD is de handleiding bij iets meer functionarissen bekend dan bij wie het een belangrijk thema binnen de organisatie is, bij de GGZ iets minder.

De handleiding depressie is door ongeveer twee derde van de GGD-functionarissen die de handleiding kennen, ook al gebruikt en 15% is van plan deze nog te gaan gebruiken. Voor de GGZ-functionarissen geldt dat driekwart de handleiding depressie gebruikt heeft en 15% van plan is deze te gebruiken. Iets minder dan de helft van de gemeenteambtenaren heeft de handleiding depressie gebruikt en bijna de helft is van plan dit nog te gaan doen. Slechts één GGZ-functionaris heeft aangegeven waarvoor de handleiding gebruikt is, daarom kan hierover geen representatief beeld worden gegeven. De gemeenteambtenaren gebruiken de handleiding vooral als achtergrondinformatie (70%) en het formuleren van lokaal beleid (70%). De GGD-functionarissen gebruiken de handleiding vooral voor achtergrondinformatie (90%) en daarna voor advies aan de gemeente (55%), het opstellen van een actieplan (50%) en het selecteren van interventies (50%).

### Handleiding alcohol

Alcohol is voor 85% van de GGD-functionarissen en 90% van de gemeenteambtenaren een thema binnen de organisatie. Voor GGZ-functionarissen ligt dit veel lager (30%); dit zou kunnen worden verklaard door het lage aandeel IVZ-functionarissen in dit onderzoek. De handleiding is onder de GGZ-functionarissen ook minder bekend (35%) dan bij de GGD-functionarissen (90%) en gemeenteambtenaren (90%) (zie Figuur 9). De handleiding is bekend doordat deze is toegestuurd of via een collega verkregen is. Aanvullend krijgen de gemeenteambtenaren de handleiding via de eigen GGD.

Figuur 9 Thema binnen de organisatie en bekendheid van de handleiding alcohol



Figuur 9 Thema binnen de organisatie en bekendheid van de handleiding alcohol. De bekendheid komt bij de drie doelgroepen redelijk overeen met het thema. Bij de GGD en GGZ kennen iets meer functionarissen de handleiding wie het een belangrijk thema binnen de organisatie is.

Voor alle doelgroepen geldt dat de meerderheid van de personen die de handleiding alcohol kent, de handleiding ook al een keer gebruikt heeft: 75% van de GGD-functionarissen, 85% van de GGZ-functionarissen en 65% van de gemeenteambtenaren. Nog 25% van de gemeenteambtenaren is van plan deze handleiding te gaan gebruiken. Slechts twee GGZ-functionarissen hebben aangegeven waarvoor ze de handleiding gebruiken, namelijk bij het opstellen van het actieplan en het uitbrengen van advies aan de gemeente en GGD. De gemeenteambtenaren gebruiken de handleiding vooral als achtergrondinformatie (60%). De GGD-functionarissen gebruiken de handleiding vooral als achtergrondinformatie (80%) en daarnaast voor advies aan de gemeente (60%).

### 3.1.3 Overzicht bekendheid en gebruik

De handleidingen zijn goed bekend bij de beoogde gebruikers (zie Tabel 1). De bekendheid komt vrij goed overeen met belangrijke thema's bij de betreffende organisaties. Tabak en overgewicht zijn vrijwel niet bekend bij de GGZ. Dit is daar geen thema en deze handleidingen zijn ook niet voor deze organisaties bedoeld. Alcohol is minder bekend bij de GGZ. Dit kan worden verklaard door het lage aandeel IVZ-functionarissen onder de GGZ-respondenten. Bij de GGD zijn alle handleidingen zeer goed bekend, bij gemeenten vooral de handleiding alcohol.

Tabel 1 Overzicht bekendheid handleidingen

	<b>GGD</b>	<b>GGZ</b>	<b>Gemeenten</b>
Tabak	90% (22)	15% (3)	60% (42)
Overgewicht	90% (22)	0% (0)	75% (56)
Depressie	90% (21)	85% (16)	70% (50)
Alcohol	90% (22)	35% (7)	90% (66)

Tabel 1 Overzicht bekendheid handleidingen. Een overzicht van het percentage respondenten dat bekend is met de handleidingen. Tussen haakjes staat het *aantal* respondenten vermeld dat bekend is met de handleidingen. De handleidingen zijn goed bekend.

Aan diegenen die bekend zijn met de handleiding, is ook gevraagd of zij de handleiding daadwerkelijk gebruiken (zie Tabel 2). De GGD-professionals gebruiken alle handleidingen ongeveer even vaak. Bij gemeenten wordt de handleiding alcohol het meest gebruikt. De gemeenten geven ook vaak aan wel van plan te zijn de handleidingen nog te gaan gebruiken. GGZ-respondenten die bekend zijn met de handleiding alcohol, gebruiken deze meestal wel.

Tabel 2 Overzicht gebruik handleidingen

	<b>GGD</b>	<b>GGZ</b>	<b>Gemeenten</b>
Tabak	65% (14)	--	35% (14)
Overgewicht	75% (16)	--	45% (24)
Depressie	70% (15)	75% (12)	40% (20)
Alcohol	75% (16)	85% (6)	65% (42)

Tabel 2 Overzicht gebruik handleidingen. Een overzicht van het percentage respondenten dat de handleidingen daadwerkelijk gebruikt. *De percentages zijn berekend op basis van het aantal respondenten dat de specifieke handleiding kent (zie Tabel 1).* Tussen haakjes staat het *aantal* respondenten vermeld dat de handleidingen gebruikt.

## 3.2 Ervaringen met de handleidingen

De bruikbaarheid van de huidige handleidingen is bij de verschillende gebruikersgroepen onderzocht. De respondenten zien de handleidingen als goede naslagwerken. De positieve punten die de bruikbaarheid van de huidige handleidingen bepalen, staan beschreven in paragraaf 3.2.1. Naast deze positieve punten zijn verbeterpunten genoemd. Deze punten staan met suggesties voor verbetering genoemd in paragraaf 3.2.2.

### 3.2.1 Positieve aspecten van de bruikbaarheid

Positieve punten die over de bruikbaarheid van de huidige handleidingen zijn aangegeven, zijn:

- een goed stappenplan
- een korte en kernachtige kern
- complete en overzichtelijke informatie
- een goed uitgangspunt om regionaal samen te werken

De handleiding alcohol is opgesteld door de Voedsel en Waren Autoriteit in samenwerking met het Trimbos-instituut. Hierdoor is er binnen de handleiding volgens de respondenten verhoudingsgewijs veel aandacht voor wetgeving.

De GGD-functionarissen zien de handleidingen als kwalitatief goede naslagwerken. Ze zijn van mening dat de handleidingen een goede basis vormen voor beleid, agendasetting en de uitwerking van een integraal beleid.

De GGZ-functionarissen vinden de handleidingen goede, gestructureerde naslagwerken. Ze geven inzicht in de complexe problematiek, geven sturing aan het proces en zijn geschreven in ambtelijke taal. De handleiding depressie vinden ze een goed stuk waarmee richting gegeven kan worden aan beleid. De handleiding helpt hen om depressiepreventie op de kaart te zetten bij de gemeenten. Daarnaast geven de GGZ-functionarissen aan dat de handleidingen een goede functie hebben in de samenwerking met verschillende ketenpartners aan lokaal gezondheidsbeleid. Ze werken als uitgangspunt voor verdere regionale uitwerking van de speerpunten. Het werkt bevorderlijk voor de samenwerking dat de achtergrondinformatie (verpakt in mooi vormgeven boekjes) op tafel ligt als de GGZ, GGD, thuiszorg en gemeenten om tafel zitten om te overleggen over de lokale nota gezondheidsbeleid. Ze helpen de partners om dezelfde taal te spreken.

Door gemeenteambtenaren worden de handleidingen gezien als een prettige handreiking bij het formuleren van lokaal gezondheidsbeleid. De lay-out wordt als positief ervaren. De vier pijlers voor lokaal gezondheidsbeleid zoals die gebruikt zijn in de handleiding alcohol en informatie over hoe om te gaan met samenwerkingspartners, worden als zeer bruikbaar ervaren.

### 3.2.2 Vergroten van de bruikbaarheid

De suggesties om de bruikbaarheid van de huidige handleidingen voor de derde ronde lokaal gezondheidsbeleid te verbeteren staan in deze paragraaf.

## Leeflijn

De meeste genoemde belemmerende factoren, vooral bij de GGD, gaan over deel 3, de leeflijn. De leeflijnen worden als enorm uitgebreid ervaren, zonder dat duidelijk is waarom interventies wel of niet in de leeflijn zijn opgenomen. GGD-medewerkers zien liever een korte lijst met effectieve interventies dan een lange lijst met interventies waarvan de effectiviteit niet bekend is. Dit overzicht moet up-to-date zijn.

*“De leeflijn is nu meer een boodschappenlijst.”(GGD)*  
*“Ik zie soms door de bomen het bos niet meer.”(Gemeente)*

Ook is nu niet duidelijk welke interventies elkaar zouden kunnen ondersteunen en versterken. Een suggestie is gedaan om dit in een pilotregio te monitoren. Er is behoefte aan interventies specifiek voor de omgeving en specifiek gericht op personen met een lage sociaaleconomische status (SES). Gebruikers missen nog informatie om een goed onderbouwde keuze te maken. Om de bruikbaarheid van de leeflijnen te verbeteren, is daarom informatie gewenst over kwaliteit, effectiviteit en kosteneffectiviteit van de interventies. Daarnaast ontbreekt informatie over de implementatiekosten van interventies en bijbehorende financieringsmogelijkheden. Gemeenten geven aan dit nodig te hebben om te kunnen beslissen. De GGZ wil dat de leeflijn depressie wordt uitgesplitst naar interventies die worden gefinancierd uit de zorgverzekeringswet en interventies die daar buiten vallen. Er is behoefte aan een verdere uitwerking van de interventies, of een mogelijkheid om gemakkelijk meer informatie over een interventie te vinden.

Kortom, de belangrijkste suggesties wat betreft de leeflijnen zijn:

- informatie over kwaliteit, effectiviteit en kosteneffectiviteit
- informatie over implementatiekosten en financieringsmogelijkheden
- interventies gericht op de omgeving en personen met een lage sociaaleconomische status
- verdere uitwerking of meer informatie over de interventies

## Samenhang in thema's

Gebruikers hebben behoefte aan op elkaar afgestemde handleidingen: een eenduidig gebruik van termen, een eenduidige opbouw van de verschillende delen en eenduidige onderdelen van lokaal beleid. Belangrijk is ook volgens de GGD-functionarissen dat de pijlers voor lokaal beleid, die zijn opgenomen in de handleidingen, identiek zijn. Nu worden voor tabak en overgewicht de pijlers bevorderen van een gezonde leefstijl, het positief beïnvloeden van de sociale omgeving én fysieke omgeving gehanteerd. Voor depressie worden de pijlers voorlichting en bewustwording, signalering en advisering, preventieve ondersteuning en maatregelen gericht op de omgeving gebruikt. Voor de handleiding alcohol gaat het om de vier pijlers publiek draagvlak, regelgeving, handhaving en vroegsignalering.

Overlap tussen de handleidingen moet worden voorkomen. De optie om de vier handleidingen in te korten tot één papieren versie voor de gemeenten met verwijzing naar de website, is ook genoemd. Deze suggestie werd niet breed gedragen. Gemeenten willen wel dat er verschillende handleidingen blijven bestaan per thema.

Binnen de handleidingen wordt de samenhang met andere thema's gemist. Vooral de GGZ-functionarissen en de G4-ambtenaren zien graag meer inhoudelijke samenhang tussen de preventiethema's. Depressie hangt namelijk met meer thema's samen. Dit zou tot gevolg kunnen hebben dat bepaalde interventies in meerdere leeflijnen terechtkomen. Een bijkomend voordeel van aanhaken bij een ander preventiethema zou zijn dat depressie wellicht wat makkelijker op de agenda

van de gemeenten terechtkomt. Bij de handleiding depressie wordt de aandacht voor omgevingsmaatregelen gemist.

De GGD-functionarissen willen graag dat de aspecten van sociaaleconomische gezondheidsverschillen worden meegenomen bij de herziening van de handleidingen. Een aparte handleiding hiervoor vinden ze niet nodig.

Kortom, de belangrijkste suggesties wat betreft de samenhang zijn:

- eenduidigheid binnen de vier verschillende handleidingen
- inhoudelijke samenhang tussen de aanpalende preventiethema's

### **Afstemming met landelijke partijen**

Respondenten wensen een betere afstemming en aansluiting van de handleidingen bij andere belangrijke documenten zoals de landelijke en regionale Volksgezondheid Toekomst Verkenningen (VTV). In de handleidingen en/of de database van het CGL zou ook bijvoorbeeld een link toegevoegd kunnen worden naar de vragenlijst van het onderzoeksbureau SGBO om nota's volksgezondheid te beoordelen.

Naast de handleidingen bestaan er nog andere initiatieven van landelijke partijen zoals de VNG en onderzoeksbureau SGBO. Respondenten missen de onderlinge samenhang. Zij hebben behoefte aan duidelijkheid over verschillende initiatieven. De landelijke afstemming en ondersteuning bij de handleidingen worden als erg belangrijk ervaren. De rol van de VNG bij de implementatie van de handleidingen bijvoorbeeld kan vergroot worden door te verwijzen naar hun LOGIN-project<sup>4</sup>, het zeven stappenplan van de bestuurlijke regie en de WMO-gereedschapskist. Deze informatie kan binnen de handleidingen worden geïntegreerd of er kan naar verwezen worden.

*“Via de VNG kunnen we de gemeenten warm maken voor het ontwikkelen van een beleid voor volksgezondheid via een integrale aanpak.” (GGD)*

De GGD-functionarissen geven aan dat het belangrijk is voor het gebruik van de handleidingen dat de handleidingen worden gedragen door meerdere gezaghebbende instanties waaronder het ministerie van VWS. Als er verschillende ondersteuningsinstrumenten worden uitgegeven, is het voor de regionale professionals niet duidelijk welk instrument wordt aanbevolen voor lokaal gebruik.

Kortom, de belangrijkste suggesties wat betreft de afstemming met landelijke partijen zijn:

- overzicht van alle verschillende initiatieven
- samenhang en afstemming tussen de verschillende initiatieven

### **Samenwerking regionale partijen**

De respondenten willen dat er, zowel in de handleidingen als daarbuiten, meer informatie komt over de verschillende rollen van de regionale partijen. De handleidingen kunnen hier meer op afgestemd worden. Er is behoefte aan een stappenplan voor samenwerking met verschillende partners. Handvatten voor bijvoorbeeld samenwerking met de eerste lijn worden gemist; de G4 mist samenhang met de ketenzorg. Ook is er behoefte aan adviezen om samen met ketenpartners een evenwichtig lokaal aanbod te creëren, zowel per thema als integraal.

<sup>4</sup> LOGIN (Lokale Gezondheidsimpuls) is een driejarig VNG-project om het lokale gezondheidsbeleid te versterken.

Raadsleden, wethouders en beleidsmedewerkers worden door het LOGIN-project op verschillende manieren ondersteund bij hun taken op dit beleidsterrein. Dit gebeurt in samenwerking met GGD Nederland, NIGZ en SGBO en in aansluiting op andere landelijke initiatieven zoals Beter voorkomen. Dit traject is gestopt en wordt in 2009 gevolgd door 'Gezond Lokaal-Centraal'.



*“Samenwerken is lastig, we houden net ons hoofd boven water.” (GGZ)*

Kortom, de belangrijkste suggesties wat betreft de regionale samenwerking zijn:

- duidelijkheid over de verschillende rollen van de partijen
- advies over regionale samenwerking

### **Lokale toepassing**

Door verschillende gebruikers is aangegeven dat de handleidingen en de genoemde interventies nog niet goed van toepassing zijn op de lokale situatie. Zo willen gemeenten informatie ontvangen over de plek van de landelijke campagnes in de lokale implementatie.

Er is te weinig aandacht voor procesmatige problemen op lokaal niveau. De rolverdeling tussen de verschillende partijen is soms onduidelijk, handvatten voor het praktische deel worden gemist. De GGZ en GGD hebben niet altijd voldoende inzicht in het gemeentelijke beleidsproces. Bij het adviseren over interventies missen de GGD-functionarissen een landelijk advies over hoe gemeenten moeten komen tot een integraal pakket en een integrale aanpak. Daarnaast mist de GGZ de SMART-doelstellingen die gemeenten in beleidsnota's hanteren. Er is behoefte aan informatie over financieringsmogelijkheden.

Door de gemeenteambtenaren wordt opgemerkt dat het niet mogelijk is om alle landelijke prioriteiten om te zetten in lokaal gezondheidsbeleid. Het geld ontbreekt daarvoor en de gemeenten hebben vaak zelf nog een of twee eigen prioriteiten.

Kortom, de belangrijkste suggestie wat betreft de lokale toepassing is:

- meer aandacht voor de lokale praktijk

### **Verspreiding**

Het tijdstip waarop de handleidingen zijn verschenen heeft het gebruik volgens de geïnterviewde G4-ambtenaren tegengewerkt. Beleidstrajecten waren in de grote gemeenten al in gang gezet. Zij geven aan de herziene handleidingen liefst een jaar voorafgaand aan de landelijke preventienota te ontvangen, terwijl GGD-beleidsmedewerkers de handleidingen net ná de landelijke preventienota wensen te zien.

GGD-functionarissen zijn niet tevreden over de manier waarop de huidige handleidingen verspreid zijn, namelijk per post en zonder mondelinge toelichting. Voor de thema's tabak en alcohol is er intensievere lokale ondersteuning. Dit wordt door de professionals gewaardeerd. De GGD-functionarissen stellen voor dat bij een volgende editie betere afspraken gemaakt worden over het onder de aandacht brengen van de handleidingen bij gemeenten. Zij willen daar over het algemeen wel een rol bij spelen en betrokken zijn bij de timing en het proces.

*“De handleiding opsturen met een brief erbij is echt niet genoeg.  
Je hebt iemand nodig die erover komt vertellen.” (GGD)*

Kortom, de belangrijkste suggestie wat betreft de verspreiding is:

- verspreiden met mondelinge toelichting, bijvoorbeeld door de gemeenten via de GGD te benaderen

## **WMO**

In sommige gemeenten is volksgezondheid ondergebracht in de WMO-nota. Het is voor de GGD nog onduidelijk welke rol zij zou moeten of kunnen innemen ten aanzien van de WMO. Zij zien graag handvatten terug over de link tussen de WMO en de nota volksgezondheid en de rol die de GGD binnen de WMO kan spelen. Verder liggen er voor de GGZ kansen voor dwarsverbanden met de Openbare geestelijke gezondheidszorg en zijn er financieringsmogelijkheden binnen de WMO, maar die moet men wel weten te vinden en benutten.

Kortom, de belangrijkste suggestie wat betreft de WMO is:

- meer inzicht over mogelijkheden van de WMO voor GGD en GGZ

## **Website**

De huidige boekvorm wordt gewaardeerd. Opmerkingen daarbij zijn dat de zoek- en vervangoptie en de voorbeeldteksten enigszins als belerend worden ervaren. Ook hinderlijk vinden sommigen het feit dat de boekjes vastzitten en dubbelzijdig bedrukt zijn.

Naast de boekvorm ziet men graag dat de handleidingen op één plek op het web digitaal beschikbaar zijn en besteld kunnen worden. Bij voorkeur op een zodanige manier dat de handleidingen eenvoudig doorzoekbaar zijn. De huidige vindplaatsen, zoals de site van het CGL ([www.loketgezondleven.nl](http://www.loketgezondleven.nl)) en de site van het ministerie van VWS ([www.minvws.nl](http://www.minvws.nl)), lijken nog onvoldoende als zodanig bekend te zijn op dit moment. Hierbij hoort uiteraard wel de kanttekening dat het loket van het CGL ten tijde van het vragenlijstonderzoek en de focusgroepgesprekken nog niet bestond.

*“De ene handleiding staat verstopt bij het Voedingscentrum, de andere weer bij het Trimbos-instituut. Hierdoor moet ik alsnog het internet afspeuren.” (GGD)*

Ook zien gebruikers graag een mogelijkheid voor het digitaal uitwisselen van praktijkvoorbeelden. Daarnaast is er behoefte aan meer voorbeelden uit de praktijk of bijvoorbeeld toegang tot nota's en uitvoeringsprogramma's van andere gemeenten.

Kortom, de belangrijkste suggestie wat betreft de website is:

- gezamenlijk digitaal beschikbaar stellen van de handleidingen, naast de huidige boekvorm

## **Cijfers**

Gemeenten maken hun beleid mede op basis van de epidemiologische gegevens van de GGD. Deze gegevens zijn voor de GGZ niet afdoende, omdat de GGD de term depressie anders operationaliseert dan de GGZ. De GGZ-functionarissen geven daarom aan behoefte te hebben aan andere epidemiologische gegevens dan de GGD levert. Er is voorgesteld om te inventariseren of in de handleidingen verwezen kan worden naar aanvullende cijfers, bijvoorbeeld die van de huisartsenpraktijk.

Een toevoeging aan de handleiding in de vorm van een overzicht van maatschappelijke kosten die inwoners van gemeenten met depressieve klachten met zich meebrengen zou zinvol zijn. Dat helpt waarschijnlijk ook bij het hoger op de agenda krijgen van depressiepreventie.

Kortom, de belangrijkste suggesties wat betreft de cijfers zijn:

- wat betreft de GGZ aanvullende epidemiologische cijfers dan die de GGD nu levert
- een overzicht van maatschappelijke kosten

### 3.3 Gewenste overige ondersteuning

Het ministerie van VWS heeft sinds het uitkomen van de huidige handleidingen geen nieuwe speerpunten geformuleerd. Bij de respondenten bestaat momenteel geen behoefte aan handleidingen op nieuwe thema's. Wel zijn bijstellingen van de handleidingen gewenst qua inhoud, opzet en implementatie voor de derde ronde lokaal gezondheidsbeleid.

Naast de bijgestelde handleidingen hebben de doelgroepen nog overige wensen voor het goed uitvoeren van hun werk in het lokaal gezondheidsbeleid. Deze overige wensen staan hieronder beschreven.

Alle deelnemers hebben behoefte aan duidelijkheid over de rolverdeling. De wisselende rollen geven soms verwarring in de samenwerking. Het zou goed zijn als de verschillende rollen, taken en verantwoordelijkheden duidelijker omschreven worden. De deelnemers geven aan dat de structuur en de implementatie van beleid per regio verschilt.

#### **GGD**

De GGD-functionarissen hebben interesse in deskundigheidsbevordering ter ondersteuning van de implementatie, uitwisselingsbijeenkomsten of de mogelijkheid om digitaal praktijkvoorbeelden uit te wisselen en. Zij zien een meerwaarde in regionale afstemming, waardoor uitgevoerde activiteiten elkaar kunnen versterken. Een aantal respondenten heeft ervaren dat een regionaal preventieoverleg de samenwerking kan stimuleren. Ook de samenwerking met gemeenten kan bevorderd worden. GGD-functionarissen willen graag meer weten over het gemeentelijke beleidsproces, het ontbreekt hen nu soms aan kennis van het bestuurlijke proces binnen gemeenten.

#### **GGZ**

Ook de GGZ wil graag beter kunnen communiceren met gemeenten en heeft ook duidelijk behoefte aan uitwisseling tussen regio's. Zij zou zich meer willen profileren als trekker van depressiepreventie. In een aantal regio's heeft zij deze rol al. De GGZ en gemeenten spreken elkaars taal nog te weinig. De GGZ-functionarissen geven aan dat gemeenten de GGZ en het bijbehorende jargon als ingewikkeld ervaren. Vanuit de verslavingspreventie is de relatie met gemeenten er al meer dan vanuit de depressiepreventie.

Volgens de GGZ-professionals is een aantal randvoorwaarden voor goede samenwerking te definiëren. Denk hierbij aan een goede organisatie, onderlinge afstemming, steun van een lokale wethouder en een duidelijke projectstructuur om partijen verantwoordelijk te maken en te houden. Van de landelijke instituten verwachten GGZ-professionals een faciliterende rol, vooral door het ontwikkelen van factsheets en standaard voorlichtingsmateriaal. Bij de instellingen zelf is daar geen geld voor.

#### **Gemeenten**

Omdat er veel op ze afkomt, zijn gemeenten voorstander van bundeling van het aanbod. De database<sup>5</sup> van het CGL is in dit kader zeer welkom, mits deze website zeer gebruiksvriendelijk is. Gemeenten zien graag een goede afstemming tussen de VNG, CGL en andere partijen. De verschillende landelijke initiatieven moeten samenhangend zijn.

---

<sup>5</sup> Sinds december 2008 is de interventiedatabase van het CGL, de I-database, geopend op [www.loketgezondleven.nl](http://www.loketgezondleven.nl).

De kleinere gemeenten hebben vooral behoefte aan informatie over deskundigheidsbevordering en aanknopingspunten voor toeleiding naar de juiste preventieve zorg en bijbehorende voorzieningen.

#### **G4**

De geïnterviewde G4-ambtenaren zien graag meer samenhang met de ketenzorg. Juist in de grote steden richt men zich op wijken waar sprake is van meervoudige problematiek. De G4 heeft minder de behoefte om meer te leren over het gemeentelijke proces. Hier *is* de gemeente de GGD. Ook overleggen de G4-ambtenaren van verschillende steden regelmatig met elkaar en hebben zij de uitwisseling dus geregeld. De landelijke instituten zouden zich volgens deze ambtenaren moeten opstellen als kennisinstituten.

## 4 Conclusies

In dit hoofdstuk staan de belangrijkste conclusies. Deze zijn gebaseerd op de voorgaande bevindingen en weergegeven per onderzoeksvraag. Deze onderzoeksvragen waren:

- In hoeverre beantwoorden de handleidingen aan het doel om lokale partijen te ondersteunen bij het formuleren van lokaal gezondheidsbeleid en de uitvoering van dat beleid?
- Wat is de bruikbaarheid van het instrument handleidingen?
- Zijn de handleidingen (mogelijk in aangepaste vorm) bruikbaar voor de derde ronde lokaal gezondheidsbeleid?
- Is een nieuw ondersteuningsaanbod wenselijk voor de derde ronde lokaal gezondheidsbeleid?

### **Beantwoording aan het doel van de handleidingen**

De huidige handleidingen worden voornamelijk gebruikt als kader voor lokaal gezondheidsbeleid en als achtergrondinformatie. Daarnaast worden ze door ruim de helft van de GGD-respondenten gebruikt voor advies aan de gemeente. Door een ruime helft van de ondervraagde gemeenten worden ze gebruikt voor het formuleren van het beleid. Dit komt overeen met de taken van de verschillende doelgroepen.

### **Bruikbaarheid van de handleidingen**

De bekendheid van de handleidingen is voldoende tot goed. De GGD-functionarissen zijn met alle handleidingen goed bekend. De gemeenteambtenaren zijn vooral goed bekend met de handleiding alcohol. De GGZ-professionals in dit onderzoek zijn vooral goed bekend met de handleiding depressie. Dit is in overeenkomst met het verschil tussen de gebruikersgroepen in de mate van het belang dat hun organisaties hechten aan de betreffende thema's.

De handleidingen worden gemiddeld door ongeveer twee derde van de functionarissen die bekend zijn met de handleidingen, ook daadwerkelijk gebruikt. Bij gemeenteambtenaren is dit percentage iets lager maar zij zijn vaak wel nog van plan de handleidingen te gaan gebruiken.

De handleidingen worden gewaardeerd als een aantrekkelijk vormgegeven en gestructureerd naslagwerk.

### **Bruikbaarheid huidige handleidingen voor derde ronde lokaal gezondheidsbeleid**

De bruikbaarheid van de handleidingen is voldoende. Ze bieden diverse handvaten voor het lokale beleid. Tegelijkertijd zijn er nog veel suggesties om de bruikbaarheid te verbeteren.

Bij deel 3, de leeflijn, worden de meeste vraagtekens geplaatst. Het is onduidelijk waarom een interventie wel of niet in de leeflijn staat, welke interventies elkaar kunnen versterken en welke informatie over de kwaliteit en/of de effectiviteit ontbreekt. De gebruikers wensen dat de leeflijnen worden samengesteld met effectieve interventies en worden uitgebreid met informatie over effectiviteit, kosteneffectiviteit, implementatiekosten en financieringsmogelijkheden. Ook is er behoefte aan uitgebreidere informatie over de interventies, bijvoorbeeld door middel van 'doorklikken' in een digitale versie. Daarnaast is behoefte aan interventies specifiek voor lage-SES-doelgroepen. Verder wensen gebruikers dat meer maatregelen worden toegevoegd die zich richten op de omgeving en wetgeving.

Gebruikers hechten belang aan meer samenhang tussen de handleidingen onderling en met andere initiatieven. Er is behoefte aan een eenduidig gebruik van termen, een eenduidige opbouw van de verschillende delen en eenduidige onderdelen van lokaal beleid. Ook is er behoefte aan adviezen om samen met ketenpartners een evenwichtig lokaal aanbod te creëren. Er moet rekening worden gehouden met de verschillende rollen van de partijen. De lokale toepassing en het praktische deel van de handleidingen kunnen worden verbeterd.

Er blijft behoefte aan de gedrukte versie van de handleidingen. Daarnaast is er behoefte aan een digitale uitvoering waarbij kan worden doorgeklikt naar bijvoorbeeld verdere informatie over de interventies of voorbeeldplannen. Deze digitale uitvoeringen moet gezamenlijk op één plek te vinden zijn, naast de themaspecifieke weblocaties.

### **Gewenst ondersteuningsaanbod derde ronde lokaal gezondheidsbeleid**

Er is, sinds de ontwikkeling van de huidige handleidingen in 2006/2007, door het ministerie geen nieuw landelijk speerpunt benoemd. Daarom is er geen aanleiding om een nieuwe handleiding te ontwikkelen. De huidige handleidingen kunnen wel verbeterd worden.

Buiten de verbeterde handleidingen hebben gebruikers ook nog behoefte aan:

- duidelijkheid over de rolverdeling
- meer uitwisselingsmogelijkheden
- regionale samenwerking
- meer inzicht bij GGD en GGZ in het bestuurlijke proces
- afstemming tussen landelijke initiatieven

## 5 Aan de slag!

In het onderzoek is een aantal suggesties naar voren gekomen voor verbetering van de handleidingen lokaal gezondheidsbeleid. Met de landelijke thema-instituten die eigenaar zijn van deze handleidingen (STIVORO, Stichting Voedingscentrum Nederland, Trimbos-instituut), zijn deze suggesties medio februari 2009 besproken. Afspraken over de bijstelling van deze handleidingen worden gemaakt.

### **Aanpassen bestaande handleidingen**

Het CGL maakt samen met de thema-instituten een plan van aanpak voor deze bijstelling. De aanbevelingen uit het onderzoek worden verwerkt in dit plan van aanpak. Bij de bijstelling van de handleidingen worden ook gebruikersgroepen betrokken. Om te voldoen aan de behoefte van de professionals aan informatie over kwaliteit en (kosten-)effectiviteit van de interventies in de leeflijn, kunnen de beoordelingen van het CGL en de afdeling Volksgezondheid Toekomst Verkenningen (VTV) van het RIVM gebruikt worden.

### **Afstemming tussen (landelijke) partijen over initiatieven**

Gebruikers van de handleidingen hebben naast de bijgestelde handleidingen behoefte aan een goed overzicht van alle relevante (landelijke) initiatieven, met oog voor overlap en samenhang in zowel vorm als inhoud. Dit vereist afstemming met verschillende (bij lokaal gezondheidsbeleid betrokken) landelijke partijen, zoals VNG, GGD Nederland en GGZ Nederland.

### **Implementatie en communicatie handleidingen**

Om de derde ronde van de nota's lokaal gezondheidsbeleid daadwerkelijk te kunnen versterken met herziene en op elkaar afgestemde handleidingen en aanvullende ondersteuningsactiviteiten c.q. -instrumenten, is actieve implementatie en communicatie vereist. De betreffende landelijke thema-instituten hebben al ervaring opgedaan met de implementatie en communicatie rondom de handleidingen. Deze ervaringen kunnen, gebundeld met de mogelijkheden die het CGL biedt, extra slagkracht opleveren.

## **Literatuur**

Kroeze, W. en Blokdijk L. (2009). *Leefstijlinterventies in Nederland, een verkenning van ervaringen en wensen*. Bilthoven: RIVM. 255001001/2009.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2006). *Preventienota Kiezen voor Gezond Leven*. Den Haag.

STIVORO (2006). *Tabakspreventie in Lokaal Gezondheidsbeleid*. Den Haag.

Trimbos-instituut (2007). *Handleiding depressiepreventie in lokaal gezondheidsbeleid*. Utrecht.

Voedingscentrum (2007). *Handleiding preventie van overgewicht in lokaal gezondheidsbeleid*. Den Haag.

Voedsel en Waren Autoriteit (2007). *Handleiding Lokaal alcoholbeleid: een integrale benadering*. Den Haag.



## Lijst van afkortingen

CGL	Centrum Gezond Leven
G4	Vier grootste steden van Nederland: Amsterdam, Den Haag, Rotterdam, Utrecht
GGD	Gemeentelijke / Gemeenschappelijke / Gewestelijke Gezondheidsdienst
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
IVZ	Instelling voor Verslavingszorg
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
SES	Sociaal Economische Status
SGBO	Sociaal Geografisch en Bestuurskundig Onderzoek
SMART	Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch, Tijdgebonden
STAP	Stichting Alcoholpreventie
STIVORO	Stichting Volksgezondheid en Tabak
VNG	Vereniging van Nederlandse Gemeenten
VTV	Volksgezondheid Toekomst Verkenning
VWA	Voedsel en Waren Autoriteit
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WMO	Wet Maatschappelijke Ondersteuning

**RIVM**

Rijksinstituut  
voor Volksgezondheid  
en Milieu

Centrum Gezond Leven

Postbus 1  
3720 BA Bilthoven  
[www.loketgezondleven.nl](http://www.loketgezondleven.nl)