



*rivm*

## Samenwerking GGD'en en thema- instituten rond leefstijlinterventies: verkenning van GGD perspectief

Centrum Gezond Leven

Bijlage bij het RIVM Rapport 255001001  
'Leefstijlinterventies in Nederland'

CGL-rapportage 09-03

## **Samenwerking GGD'en en thema-instituten rond leefstijlinterventies: verkenning van GGD perspectief**

Bijlage bij het RIVM Rapport 255001001 'Leefstijlinterventies in Nederland'

Noortje van Tankeren, GGD Midden-Nederland  
Maarten Kok, Vrije Universiteit Amsterdam  
Lobke Blokdijk, RIVM Centrum Gezond Leven

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 onder andere 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.

## **Dankwoord**

Een woord van dank gaat uit naar alle mensen die een bijdrage geleverd hebben aan dit onderzoek. Ten eerste danken wij de medewerkers van GGD'en die veelal als hoofd en GB-functionaris voor de afdeling gezondheidsbevordering werkzaam zijn. Zij hebben een belangrijke bijdrage geleverd aan dit onderzoek door hun medewerking aan de interviews. Wij danken hen voor hun gastvrijheid en de openhartigheid, tijd en aandacht die zij hieraan besteed hebben.

Daarnaast gaat onze dank uit naar de deelnemers van de werkplaats Monitoren Vraag en Aanbod voor het meewerken aan dit onderzoek. Het onderzoek is uitgevoerd vanuit deze werkplaats. Hierbij gaat onze dank specifiek uit naar Noortje van Tankeren, die de rol als onderzoeksleider op zich nam. Daarnaast danken wij Maarten Kok voor zijn wetenschappelijke invalshoeken en verdere bijdrage aan dit onderzoek en Nina Jans, die een grote bijdrage heeft geleverd aan de verzameling van de data voor dit rapport. Noortje en Maarten hebben inmiddels ook bijgedragen aan het zorgvuldig uitdragen van de resultaten van dit onderzoek. Mede met hun inzet heeft het Centrum Gezond Leven deze rapportage opgesteld.

Marian Sturkenboom  
Coördinator CGL-werkplaats Monitoren Vraag en Aanbod

# Inhoud

<b>Dankwoord</b>	<b>3</b>
<b>Samenvatting</b>	<b>5</b>
<b>1 Inleiding</b>	<b>6</b>
<b>2 Opzet onderzoek</b>	<b>8</b>
2.1 Onderzoeksvragen	8
2.2 Methode	8
<b>3 Bevindingen</b>	<b>10</b>
3.1 Beschrijving van het veld	10
3.1.1 <i>Ontwikkelingen</i>	10
3.1.2 <i>Verschillen tussen GGD'en</i>	11
3.2 Taken en deskundigheden van GGD'en en thema-instituten	12
3.3 Contact en samenwerking tussen GGD'en en thema-instituten	12
3.4 De ontwikkeling en uitvoering van interventies	13
3.4.1 <i>Behoefte- en probleemfase</i>	13
3.4.2 <i>Onderzoeks- en ontwikkelingsfase</i>	14
3.4.3 <i>Verspreidings- en adoptiefase</i>	14
3.4.4 <i>Implementatie- en aanpassingsfase</i>	14
3.4.5 <i>Programma- en eigenaarschapsfase</i>	15
3.5 Voorgestelde verbeteringen voor samenwerking	15
<b>4 Conclusies</b>	<b>18</b>
<b>5 Aan de slag!</b>	<b>20</b>
<b>Literatuur</b>	<b>21</b>
<b>Lijst van afkortingen</b>	<b>22</b>

## Samenvatting

Het RIVM Centrum Gezond Leven ondersteunt de lokale professional door beschikbare interventies inzichtelijk te presenteren en te beoordelen op kwaliteit, effectiviteit en samenhang. Daarnaast stemt het CGL de vraag en het aanbod betreffende leefstijlinterventies op elkaar af. Om deze aansluiting te kunnen bewerkstelligen heeft het CGL in 2008 een onderzoek bij alle GGD'en in Nederland uitgevoerd.

Er zijn gestructureerde interviews gehouden bij alle afdelingen gezondheidsbevordering (GB) van de GGD'en. De gesprekken zijn gevoerd met de hoofden van de afdelingen gezondheidsbevordering en (vaak) één of meerdere GB-functionarissen. Het valt op dat er een duidelijke lijn zit in de wensen en ideeën van de GGD'en waar het gaat om de samenwerking met de thema-instituten.

De geïnterviewde GGD-professionals zien het ontwikkelen van effectieve en goed inzetbare preventieprogramma's als belangrijke taak van de landelijke thema-instituten. GGD'en zien het implementeren van deze programma's in de lokale setting als kerntaak van de GGD. De GGD heeft daarvoor een relevant lokaal en regionaal netwerk. Een kritiekpunt op de thema-instituten is de directe benadering van intermediairs zoals scholen en gemeenten terwijl de GGD streeft naar structureel en integraal beleid. Het overgrote deel van de GGD'en vindt niet dat de GGD zelfstandig interventies moet ontwikkelen. Wel wensen GGD'en een betere afstemming over de specifieke rol en inzet van de GGD en andere partijen bij de ontwikkeling en implementatie van preventieprogramma's.

Daarnaast verwachten de GGD'en van thema-instituten dat ze rond een interventie een aantal taken blijven uitvoeren die horen bij het 'eigenaarschap' van een interventie. Het gaat hierbij om: doorontwikkelen, tijdig aanleveren van materialen en eventueel ondersteunen bij monitoring en implementatie. GGD'en zijn graag bereid (en vinden dat ook noodzakelijk) om een bijdrage te leveren aan de productontwikkeling vanuit de praktijk. GGD'en hechten veel belang aan een goede samenwerking met de thema-instituten, omdat dit volgens hen de kwaliteit van de gezondheidsbevordering ten goede komt.

De GGD'en zijn duidelijk over hoe zij de producten van de thema-instituten het liefst aangeboden willen krijgen. De GB-functionaris wenst een samenhangend preventieprogramma in de vorm van een 'bouwpakket' van effectieve modules. Idealiter gaat het hier om een basismodule die 'minimaal' moet worden ingezet en daarbij verschillende modules die, afhankelijk van de setting, de doelgroep(en), de lokale situatie en mogelijkheden, kunnen worden toegevoegd. Volgens de GGD'en kan de omslag van losse ad hoc interventies naar preventieprogramma's alleen gemaakt worden als de ontwikkelaars, aanbieders (onder andere thema-instituten, fondsen en universiteiten) en financiers (onder andere VWS en ZonMw) van interventies daaraan meewerken. In de visie van GB-functionarissen werkt een kortdurende subsidie in de hand dat interventies ad hoc worden ontwikkeld en geïmplementeerd. Hierdoor worden interventies volgens hen niet verder doorontwikkeld en onderbouwd met onderzoek.

Om haar regie- en implementatierol effectief te vervullen vinden GGD'en het belangrijk om tijdig inzicht te hebben in alle voor hen relevante activiteiten van de thema-instituten. Het gaat hierbij om massamediale campagnes, de ontwikkeling en aanpassingen aan interventies en de beëindiging van interventies en daarbij de beschikbaarheid van interventies en materialen. Ten slotte zou een betere samenwerking tussen thema-instituten onderling op onder andere de thema's overgewicht en seksuele gezondheid bij kunnen dragen aan een betere samenwerking tussen thema-instituten (landelijk) en GGD'en (lokaal) bij het ontwikkelen en uitvoeren van leefstijlinterventies.

# 1 Inleiding

Een van de kerntaken van het RIVM Centrum Gezond Leven (CGL) is het op elkaar afstemmen van de lokale vraag en het landelijke aanbod rond het ontwikkelen en uitvoeren van leefstijlinterventies. Voor deze taak is binnen het CGL de werkplaats Monitoren Vraag en Aanbod opgezet. In dit rapport worden de resultaten gepresenteerd van een onderzoek dat in 2008 is uitgevoerd door deze werkplaats. Het onderzoek is een verkenning van de samenwerking tussen GGD'en en landelijke thema-instituten. Hiervoor zijn interviews gehouden met professionals van de afdeling gezondheidsbevordering van alle GGD'en in Nederland.

Het doel van dit onderzoek was om vast te leggen hoe volgens afdelingshoofden gezondheidsbevordering en GB-functionarissen van de GGD'en de samenwerking tussen hen en de thema-instituten rond het ontwikkelen en uitvoeren van interventies verbeterd kan worden. In het onderzoek staat de samenwerking van de dertig lokale GGD'en en tien landelijke thema-instituten' centraal. Om te komen tot goede samenwerking tussen een GGD en een thema-instituut hebben beide partners een rol te vervullen. Het onderzoek is enkel gericht op het perspectief van de GGD'en op deze rollen. Andere landelijke en lokale organisaties ontwikkelen ook interventies, daarom is dit onderzoek niet beperkt tot het aanbod van de thema-instituten. De resultaten die direct betrekking hebben op de landelijk thema-instituten die in 2008 bij het CGL betrokken waren, zijn in de zomer van 2009 bilateraal teruggekoppeld en genuanceerd.

De resultaten van het onderzoek zijn aan de hand van een bewerkte versie van het 'Diffusion of Innovations' model van Rogers (2003) gestructureerd. Het model bestaat uit vijf fasen, in elke fase hebben verschillende partijen een verschillende rol. Er wordt ingegaan op de rollen die de GGD'en en thema-instituten in de verschillende fasen vervullen. De uiteindelijke bevindingen en de nuanceringen vanuit de landelijke thema-instituten zijn handvatten voor het CGL om de taak 'afstemmen van de lokale vraag en het landelijke aanbod' verder vorm te geven. Diverse concrete acties zijn of worden op korte termijn genomen. Andere bevindingen behoeven verdere uitwerking om tot concrete acties te komen.

Binnen gezondheidsbevordering worden de termen 'interventie' en 'preventieprogramma' beide gebruikt. Een harde definitie van de begrippen wordt niet gehanteerd. In dit rapport wordt ingegaan op de wens van de GGD'en om te werken met preventieprogramma's in plaats van interventies. In de rapportage worden beide termen gebruikt.

De belangrijkste bevindingen uit deze rapportage zijn opgenomen in het eerste CGL-rapport 'Leefstijlinterventies in Nederland, een verkenning van ervaringen en wensen' (Kroeze en Blokdijk, 2009). Deze rapportage is daarom een verdiepende bijlage bij het genoemde CGL-rapport.

## 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 staat een beschrijving van het veld. Hier wordt ingegaan op de ontwikkelingen (3.1.1) en de verschillen tussen GGD'en (3.1.2). Vervolgens komen in paragraaf 3.2 de taken en deskundigheden die de GGD'en aan henzelf en aan de thema-instituten toebedelen aan bod. In paragraaf 3.3 worden het contact en de samenwerking tussen beide

---

<sup>1</sup> STIVORO, NIGZ, NISB, Pharos, Stichting Voedingscentrum Nederland, Pharos, Schorer, Stichting Consument & Veiligheid, Soa Aids Nederland, Rutgers Nisso groep.

partijen beschreven. Daarna worden aan de hand van het bewerkte model van Rogers het ontwikkelen en uitvoeren van interventies geconcretiseerd (paragraaf 3.4). In paragraaf 3.5 wordt ingegaan op de voorgestelde verbeteringen voor samenwerking tussen een GGD en een thema-instituut. 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.

Om de leesbaarheid te bevorderen wordt 'de GGD'en' gebruikt om 'de geïnterviewde hoofden GB en GB-functionarissen van de GGD'en' mee aan te duiden.

Dit rapport geeft de visie weer van professionals van de GGD'en in Nederland. Omdat het een kwalitatief onderzoek betreft, staan de inzichten van de geïnterviewden centraal. Indien een bepaald standpunt slechts door enkele, of juist door de meeste GGD'en werd beschreven, staat dit in de tekst vermeld.



## 2 Opzet onderzoek

### 2.1 Onderzoeksvragen

In de verkenning naar de samenwerking tussen GGD'en en thema-instituten stond de volgende hoofdvraag centraal:

- Hoe kan volgens GGD'en de samenwerking tussen hen en de landelijke thema-instituten rond het ontwikkelen en uitvoeren van leefstijlinterventies worden verbeterd?

De volgende deelvragen zijn daarbij onderscheiden:

- Hoe zien GGD'en de rolverdeling en de daarbij behorende taken van hen en van de thema-instituten?
- Hoe verlopen volgens GGD'en het contact en de samenwerking tussen hen en de thema-instituten?
- Hoe verlopen volgens GGD'en het ontwikkelen en uitvoeren van interventies afkomstig van de thema-instituten?
- Welke verbeteringen zijn volgens GGD'en nodig om te komen tot een betere samenwerking tussen hen en de thema-instituten?

### 2.2 Methode

Tussen mei en november 2008 zijn bij 31 afdelingen gezondheidsbevordering (GGD Hollands Midden heeft 2 afdelingen gezondheidsbevordering) van alle 30 GGD'en gestructureerde interviews gehouden. Het gebruikte interview protocol is stapsgewijs ontwikkeld. Een conceptvragenlijst is opgesteld door de onderzoeksleider en verder ontwikkeld door de onderzoeksgroep. Het concept protocol is in de praktijk getest bij twee GGD'en. Na deze pilot is het definitieve interviewprotocol vastgesteld.

De interviews zijn uitgevoerd in wisselende samenstelling door telkens twee van de in totaal vier onderzoekers. Twee van de onderzoekers zijn werkzaam bij GGD'en, één onderzoeker is werkzaam bij het CGL en één bij de Vrije Universiteit in Amsterdam. De gesprekken zijn gevoerd met de hoofden van de afdelingen gezondheidsbevordering en (vaak) één of meerdere GB-functionarissen. In totaal zijn 86 personen geïnterviewd. Van elk interview is een verslag gemaakt dat ter correctie en aanvulling is aangeboden aan de betreffende GGD.

Tussen mei en juli 2009 zijn bij de 29 GGD'en (GGD Midden-Nederland en GGD Eemland zijn per 1 januari 2009 gefuseerd) per mail de formatiegegevens voor gezondheidsbevordering nagevraagd. In totaal hebben 27 GGD'en een respons gegeven op deze mailing. Deze gegevens zijn verwerkt in deze rapportage.

Naast dit rapport is er voor elk thema-instituut een aparte rapportage gemaakt. Deze resultaten maken geen deel uit van dit rapport, maar zijn per thema-instituut teruggekoppeld en waar aan de orde genuanceerd. Tevens zijn de algemene resultaten in het landelijke overleg van thema-instituten (LOT) gepresenteerd.

### Structurering van de gegevens

Een bewerking die de onderzoeksgroep maakte van het *diffusion of innovations model* van Rogers is gebruikt om de interviewgegevens te structureren. Hieronder in Tabel 1 worden ‘de fasen in de samenwerking bij het ontwikkelen en uitvoeren van interventies’ van dit model toegelicht.

Tabel 1 Fasen in de samenwerking bij het ontwikkelen en uitvoeren van interventies

Fase	Beschrijving
1. Behoeft- en probleemfase	In deze fase worden betrokken partijen zich bewust van een specifiek probleem en/of de behoefte om een nieuwe interventie te ontwikkelen. Deze behoefte kan voortkomen uit zowel landelijke als lokale gezondheidsproblemen en prioriteiten. Ook nieuwe wetenschappelijke inzichten kunnen aanleiding geven om een nieuwe interventie te ontwikkelen. Deze fase eindigt met een positief besluit om een interventie te ontwikkelen.
2. Onderzoeks- en ontwikkelingsfase	In deze fase wordt specifiek theoretisch en empirisch onderzoek gedaan naar de problematiek waarvoor een interventie gewenst is. Op basis van dit onderzoek wordt een interventie ontwikkeld en de verschillende aspecten van de interventie worden onderzocht.
3. Verspreidings- en adoptiefase	In deze fase wordt de interventie verspreid. De organisaties besluiten om een interventie te gaan implementeren. Dit besluit wordt het adoptiebesluit genoemd.
4. Implementatie- en aanpassingsfase	Deze fase begint na een positief adoptiebesluit. De organisatie implementeert de interventie. Als onderdeel van de implementatie wordt een interventie veelal aangepast aan de context. Het doen van onderzoek kan een geïntegreerd onderdeel zijn van implementatieprocessen.
5. Programma- en eigenaarschapsfase	Deze fase begint als de interventie voor de eerste maal is geïmplementeerd. Op dat moment begint een langdurige fase. De organisatie neemt een interventie op in het programma. Het kan de implementatiegraad en het bereik gaan vergroten en het effect van de interventie gaan monitoren. Op landelijk niveau moet allereerst vastgesteld worden wie invulling geeft aan de eigenaarschapsrol van een interventie, voor zover dit nog niet bekend is. De ontwikkelaar vervult meestal de ‘eigenaarschapsrol’ en kan de interventie verbeteren en blijvend beschikbaar maken. Wanneer de ontwikkelaar deze rol niet kan of wil vervullen kan de interventie worden overgedragen aan een andere organisatie. Deze fase eindigt als de interventie niet meer wordt toegepast.

## 3 Bevindingen

Dit hoofdstuk start met de ontwikkelingen in het veld van gezondheidsbevordering, daarna volgen de resultaten uit de mailing naar de GGD'en over de formatie voor gezondheidsbevordering. Vervolgens staan de bevindingen van de interviews beschreven. Achtereenvolgens komen aan de orde:

**Paragraaf 3.1** de beschrijving van het veld; uitgesplitst naar de recente ontwikkelingen (paragraaf 3.1.1) en de verschillen tussen GGD's (paragraaf 3.1.2);

**Paragraaf 3.2** de taken en deskundigheden van GGD'en en thema-instituten;

**Paragraaf 3.3** contact en samenwerking tussen GGD'en en thema-instituten;

**Paragraaf 3.4** de ontwikkeling en uitvoering van interventies; uitgewerkt aan de hand van het aangepaste model van Rogers;

**Paragraaf 3.5** voorgestelde verbeteringen door de GGD'en voor samenwerking tussen hen en de thema-instituten.

### 3.1 Beschrijving van het veld

In deze paragraaf staan de ontwikkeling rondom GGD'en (paragraaf 3.1.1) en de verschillen tussen GGD'en (paragraaf 3.1.2) beschreven. Er wordt onder andere ingegaan op de verschillen in formatie voor gezondheidsbevordering bij GGD'en.

#### 3.1.1 Ontwikkelingen

De gezondheidsbevordering in Nederland maakt momenteel een aantal ontwikkelingen door. Met een grove schets zijn deze ontwikkelingen te beschrijven als decentralisering, schaalvergroting, professionalisering en kennisintensivering.

##### **Decentralisering**

Met het invoeren van de Wet publieke gezondheid (Wpg), voorheen Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv), is de gezondheidsbevordering zowel bestuurlijk als uitvoerend in sterke mate gedecentraliseerd. De lokale speerpunten in de beleidsnota gezondheidsbevordering van de gemeenten zijn bepalend voor de werkzaamheden van de GGD.

##### **Schaalvergroting**

Door het fuseren van GGD'en ontstaan er steeds meer grotere organisaties met veelal een grotere formatie voor gezondheidsbevordering (zie paragraaf 3.1.2). Deze organisaties zijn werkzaam voor een groter aantal gemeenten, inwoners en intermediairen.

##### **Professionalisering**

Het vak van gezondheidsbevorderaar is in ontwikkeling. De NVPG (Nederlandse Vereniging voor Preventie en Gezondheidsbevordering) werkt aan een profilering van het beroep. Verschillende organisaties organiseren bijscholingen. Richtlijnen en protocollen dragen bij aan verdere professionalisering. Binnen GGD'en werken GB-functionarissen aan coherente preventieprogramma's, meerjarenplannen en het opzetten van netwerken en relatiebeheersystemen.

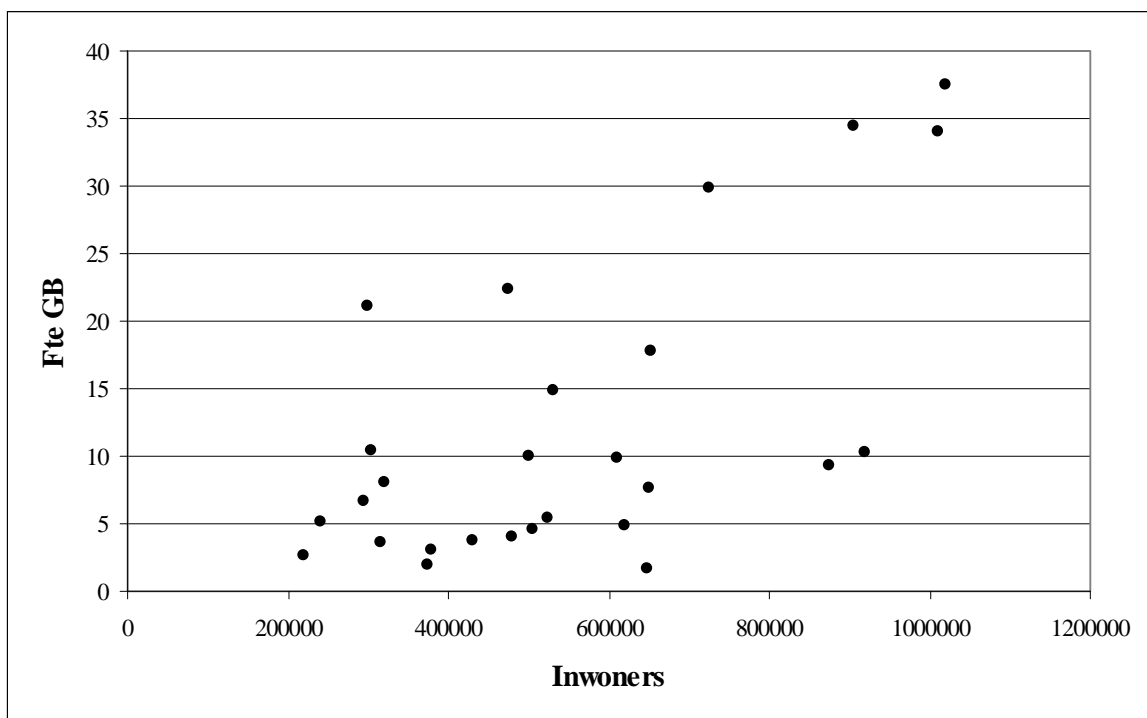
**Kennis intensivering**

Het doen van onderzoek en toepassen van kennis uit onderzoek neemt toe in de gezondheidsbevordering. De samenwerking met universiteiten is geïntensiveerd in de academische werkplaatsen, de beroepsgroep streeft naar meer wetenschappelijke onderbouwing van preventiemethoden en GGD'en zijn steeds meer bezig met het monitoren en evalueren van activiteiten.

**3.1.2 Verschillen tussen GGD'en**

De GGD'en maken de ontwikkelingen, zoals beschreven in paragraaf 3.1.1 niet gelijkmatig en niet in dezelfde mate door. Een aantal GGD'en is in de afgelopen jaren sterk ontwikkeld, terwijl andere GGD'en nauwelijks door de hierboven beschreven veranderingen lijken beïnvloed. Onder andere hierdoor bestaan er momenteel grote verschillen tussen de GGD'en.

Het aantal inwoners per GGD-gebied varieert van 220.000 tot 1.020.000. De beschikbare formatie varieert van 1 fte tot 38 fte gezondheidsbevordering per GGD. Omgerekend varieert de formatie gezondheidsbevordering van 0,3 fte tot 7,0 fte per 100.000 inwoners. De diversiteit in formatie leidt tot verschillen in de behoeften ten aanzien van de interventies en diensten van de thema-instituten en andere landelijke partijen en tot verschillen in de gewenste samenwerking. De GGD'en met een beperkte formatie zijn in veel sterkere mate afhankelijk van de producten en diensten die landelijke organisaties leveren. Daarnaast werken veelal grotere GGD'en intensief samen met universiteiten.



Figuur 1 De formatie voor gezondheidsbevordering van een GGD uitgezet tegen het aantal inwoners waarvoor een GGD werkzaam is

Figuur 1 laat de spreiding zien in de formatie voor gezondheidsbevordering. De exacte formatie is lastig vast te stellen en te vergelijken omdat de GGD'en intern verschillend zijn georganiseerd. Bij het

vaststellen van de formatie voor gezondheidsbevordering zijn (naast het hoofd en GB-functionarissen) de GB gerelateerde beleidsadvisering, mondgezondheidsvoorlichting en de VETC (voorlichting in eigen taal en cultuur) wel meegenomen. De epidemiologen, documentalist en uitvoerende taken van de JGZ-, AGZ- en SOA-verpleegkundigen en van de JGZ- en AGZ-artsen zijn niet tot de formatie voor gezondheidsbevordering gerekend. Met name de JGZ-, AGZ- en SOA-verpleegkundigen voeren ook regelmatig taken rond gezondheidsbevordering uit.

## 3.2 Taken en deskundigheden van GGD'en en thema-instituten

### **GGD'en**

GGD'en zien het implementeren van 'effectieve' preventieprogramma's in de lokale setting als hun kerntaak. De GGD heeft daarvoor een lokaal en regionaal netwerk en maakt daarover afspraken met gemeenten, scholen en andere samenwerkingspartners. De GGD'en hebben de taak om gemeenten te adviseren hoe zij hun lokaal gezondheidsbeleid structureel en integraal kunnen inrichten. Daarnaast zien zij het als hun taak om met intermediaire partijen, zoals scholen, te werken aan een structureel gezondheidsbeleid. Het overgrote deel van de GGD'en vindt niet dat ze zelfstandig interventies moeten ontwikkelen. Een paar, middelgrote en grote, GGD'en vormen hierop een uitzondering en zien het ook als hun taak om voor specifieke doelgroepen of op specifieke thema's zelfstandig interventies te ontwikkelen.

Als belangrijke deskundigheid rond het implementeren zien GGD'en het aanpassen van een interventie aan de lokale situatie, waarbij rekening gehouden wordt met het politieke krachtenveld, de specifieke lokale kansen en bedreigingen en de specifieke kenmerken van de doelgroep.

### **Thema-instituten**

De GGD'en zien als de belangrijkste taak van een landelijk thema-instituut dat zij effectieve en goed inzetbare preventieprogramma's ontwikkelen. Tevens wordt van de thema-instituten verwacht dat ze rond hun thema kennis hebben en onderzoek doen naar het effect van preventiemethoden, wetenschappelijke ontwikkelingen bijhouden en massamediale campagnes uitvoeren. Een aantal GGD'en geeft aan ook het ondersteunen van de lokale implementatie als taak van de thema-instituten te zien.

## 3.3 Contact en samenwerking tussen GGD'en en thema-instituten

### **Thema-instituten**

De GGD'en werken het meeste samen met STIVORO en het Trimbos-instituut en ervaren dit als een goede samenwerking. Van de Stichting Voedingscentrum Nederland nemen veel GGD'en wel materialen af, maar er is beperkt contact en weinig samenwerking. Een aantal GGD'en werkt met het NISB samen. Samenwerking met de Rutgers Nisso Groep komt veel voor, maar dan uitsluitend rond de interventie 'De Week van de Lentekriebels'. De meeste GGD'en geven aan ook samen te werken met Soa Aids Nederland, maar dan via de afdeling AGZ en niet via de afdeling gezondheidsbevordering. Met het NIGZ ligt de (goede) samenwerking en het contact vooral in het verleden. De Stichting Consument & Veiligheid staat goed bekend, maar slechts weinig GGD'en werken er daadwerkelijk mee samen. Bij slechts enkele GGD'en is er contact met Pharos of de Schorer. Mogelijk zijn er meer

contacten tussen deze thema-instituten en andere GGD-afdelingen dan met de GB-afdelingen. Over de 'kwaliteit' van de samenwerking met thema-instituten waarmee weinig contact is, is geen oordeel gegeven door de GGD'en.

#### **Andere organisaties**

De term 'GBI' is voor de GB-functionarissen een bekend begrip en staat voor gezondheidsbevorderend instituut. Echter welke van de landelijke organisaties, die zich bezighouden met gezondheidsbevordering, tot de tien officiële door VWS gefinancierde GBI's horen, was bij veel geïnterviewden onbekend. Voor GGD'en is de financiering van de landelijke organisatie (hét verschil of een organisatie een officiële GBI is of niet) irrelevant. Veel GGD'en werken ook samen met de Hartstichting, Movisie, de Diabetesvereniging, het Diabetesfonds, de Diabetesfederatie, de Kinderconsument, het KWF Kankerbestrijding, het Astmafonds en STAP – Nederlands Instituut voor Alcoholbeleid. Bovendien wordt dikwijls met universiteiten samengewerkt. De belangrijkste reden om met anderen samen te werken is dat het aangeboden programma goed aansluit op de doelgroep en/of de problematiek en dat universiteiten relevante deskundigheid en capaciteit op het gebied van onderzoek bieden.

#### **Samenwerking**

GGD'en geven aan dat duidelijke, vaste contactpersonen en persoonlijke contacten de samenwerking bevorderen. Meerdere malen wordt opgemerkt dat een persoonlijk bezoek van een thema-instituut aan de GGD op prijs wordt gesteld en het wederzijds delen van kennis bevordert. In bijna alle gevallen wordt meer gebruikgemaakt van het aanbod van een thema-instituut wanneer er persoonlijk contact is en een prettige samenwerking. De regiocoördinator van STIVORO is vaak genoemd als goed voorbeeld.

### **3.4 De ontwikkeling en uitvoering van interventies**

In deze paragraaf zijn de antwoorden van de GGD'en rondom de ontwikkeling en uitvoering van interventies gestructureerd aan de hand van het aangepaste model van Rogers. Er zijn vijf fasen onderscheiden; behoefte- en probleemfase (paragraaf 3.4.1), onderzoeks- en ontwikkelingsfase (paragraaf 3.4.2), verspreidings- en adoptiefase (paragraaf 3.4.3), implementatie- en aanpassingsfase (paragraaf 3.4.4) en programma- en eigenaarschapsfase (paragraaf 3.4.5).

#### **3.4.1 Behoeft- en probleemfase**

De samenwerking tussen GGD en thema-instituut in de behoefte en probleemfase verloopt volgens GGD'en niet optimaal. GGD'en denken dat er voor bepaalde thema's en/of doelgroepen geen interventies zijn, omdat er geen geld beschikbaar is en niet omdat er geen behoefte is. Het gevolg is dat het aanbod van interventies niet aansluit bij de behoeften van de GGD'en.

De geïnterviewde GGD'en vinden dat er onvoldoende adequaat aanbod is voor de volgende doelgroepen:

- lage sociale economische status (ses) (33%),
- speciaal onderwijs (33%),
- ROC (25%),
- ouderen (20%),

- streng christelijke groepen (15%),
- ouders in hun rol als voorbeeldgevers (10%),
- allochtonen (10%).

De geïnterviewde GGD'en vinden dat er onvoldoende adequaat aanbod is op de volgende thema's:

- overgewicht / overgewicht voor volwassenen / duidelijke richtlijnen gezonde voeding / combinatie voeding en bewegen (40%),
- alcoholgebruik voor adolescenten / volwassenen / senioren (20%),
- weerbaarheidstraining voor scholen als basis voor alle thema's (10%),
- depressie, collectieve preventie (10%).

GGD'en geven aan dat er een wildgroei is aan losse interventies op de thema's voeding en beweging, maar geen samenhangend goed doorontwikkeld aanbod op het gebied van overgewicht, waar wel behoefte aan is. Zij geven aan dat preventieprogramma's alleen ontwikkeld moeten worden als de praktijk er behoefte aan heeft of als nieuwe wetenschappelijk inzichten daar aanleiding toe geven.

Veel GGD'en geven aan dat er een versnipperend aanbod is en dat de manier van subsidiëren voor ontwikkeling een mogelijke oorzaak hiervan is. Het geven van een kortdurende projectsubsidie om een interventie te ontwikkelen, leidt volgens veel GGD'en tot het genereren van steeds weer nieuwe interventies die slechts een korte periode beschikbaar zijn en niet worden doorontwikkeld.

### **3.4.2 Onderzoeks- en ontwikkelingsfase**

Het ontwikkelen van preventieprogramma's zien bijna alle GGD'en als de primaire taak van de thema-instituten. De meeste GGD'en vinden het belangrijk dat ze in een vroeg stadium betrokken worden door de ontwikkelaar bij de ontwikkeling van deze programma's. Dit gebeurt volgens veel GGD'en momenteel niet.

### **3.4.3 Verspreidings- en adoptiefase**

GGD'en geven verschillende redenen aan om tot een keuze van een interventie te komen. De belangrijkste reden is dat de interventie het meest past bij de lokale situatie; de lokale prioriteiten, de wensen van de doelgroep, de financiële mogelijkheden en de beschikbare tijd. Daarnaast wordt ook het vertrouwen in het thema-instituut en het hebben van goed (persoonlijk) contact met het thema-instituut genoemd. Dit contact kan bijvoorbeeld bestaan uit een ex-collega of een bekende van een congres.

Twee derde van de geïnterviewden geeft aan onvoldoende inzicht te hebben in de wetenschappelijke onderbouwing van de interventies die de thema-instituten aanbieden of zegt dat het hen bekend is dat die onderbouwing ontbreekt. GGD'en hebben wél behoefte aan preventieprogramma's die goed zijn onderbouwd of op effect zijn geëvalueerd en zien dit ook als taak voor de thema-instituten.

### **3.4.4 Implementatie- en aanpassingsfase**

GGD'en zien het implementeren van preventieprogramma's in de lokale setting als één van hun kerntaken. De GGD heeft daarvoor een lokaal netwerk en maakt afspraken met gemeenten, scholen en andere samenwerkingspartners. Het, zonder afstemming met de GGD, direct benaderen van scholen, gemeenten of andere intermediairs met producten door de thema-instituten wordt door alle GGD'en genoemd als een belemmering. Dit staat haaks op de werkwijze van de GGD'en die binnen een gemeente een structureel, integraal (school)gezondheidsbeleid willen implementeren.

De GGD'en geven aan het aanpassen van interventies aan de lokale context te zien als een belangrijke taak en als hun specifieke expertise. Veel GGD'en geven aan dat een interventie vaak wordt vereenvoudigd en kleiner wordt gemaakt. De reden daarvoor is dat men ervaart dat bijvoorbeeld scholen veel interventies te veelomvattend vinden. Andere GGD'en geven aan de naam en de vormgeving van een interventie te veranderen zodat het beter past bij hun GGD en de doelgroep.

### 3.4.5 Programma- en eigenaarschapsfase

Wanneer een interventie door de GGD wordt opgenomen in het programma van aangeboden interventies, begint een langdurige fase waarin een interventie door de GGD continu of jaarlijks wordt geïmplementeerd. De samenwerking met de thema-instituten in deze fase loopt wisselend. GGD'en geven voorbeelden van interventies waarbij de samenwerking goed verloopt; materialen worden verbeterd en tijdig aangeleverd. Er zijn ook voorbeelden gegeven van interventies die te laat aangeleverd worden, niet worden aangepast of nader worden onderzocht en onverwacht niet meer leverbaar blijken.

De GGD'en verwachten van thema-instituten dat ze rond een interventie een aantal taken blijven uitvoeren die horen bij het 'eigenaarschap' van een interventie. Deze taken zijn samen te vatten met: doorontwikkelen, tijdig aanleveren van materialen en eventueel ondersteunen bij monitoring en implementatie. De invulling van deze taken zal per interventie verschillen.

Een aantal GGD'en is positief over de ondersteuning van thema-instituten bij het monitoren van het bereik van een interventie. Verschillende voorbeelden werden genoemd van thema-instituten die op postcodeniveau informatie geven aan een GGD over de deelname in hun regio aan een interventie. GGD'en geven aan wel van te voren op de hoogte te willen zijn van de lokale dataverzameling door thema-instituten en willen hierover afspraken maken. Verschillende GGD'en geven aan het monitoren van de implementatiegraad van hun interventies belangrijk te vinden. Lang niet alle GGD'en zijn hier echter actief mee bezig. Een aantal, veelal kleine, GGD'en ziet geen mogelijkheid om bereik te monitoren omdat de formatie daarvoor niet toereikend is. Enkele GGD'en zijn zelf bezig met het opzetten van een monitoringsysteem. Andere GGD'en geven aan dat zo'n systeem er zou moeten komen.

## 3.5 Voorgestelde verbeteringen voor samenwerking

In deze paragraaf komen de voorgestelde verbeteringen van de GGD'en aan bod.

### **GGD'en betrekken bij productontwikkeling**

Het ontwikkelen van preventieprogramma's wordt door bijna alle GGD'en gezien als de primaire taak van de thema-instituten. De meeste GGD'en geven aan het belangrijk te vinden dat ze betrokken worden door de thema-instituten bij de ontwikkeling van de preventieprogramma's. Dit kan in de vorm van advisering in een projectgroep of samen optrekken bij de implementatie van een pilot. Meerdere GGD'en geven aan bereid te zijn hieraan een bijdrage te leveren. Daarbij wordt opgemerkt dat het gewenst is rekening te houden met de verschillen tussen GGD'en en de verschillende gebieden in Nederland: grote steden, kleine steden, platteland, hoge ses, lage ses, verschillende religies. Een aantal malen werd opgemerkt dat thema-instituten meer vraaggericht moeten werken door actief in overleg

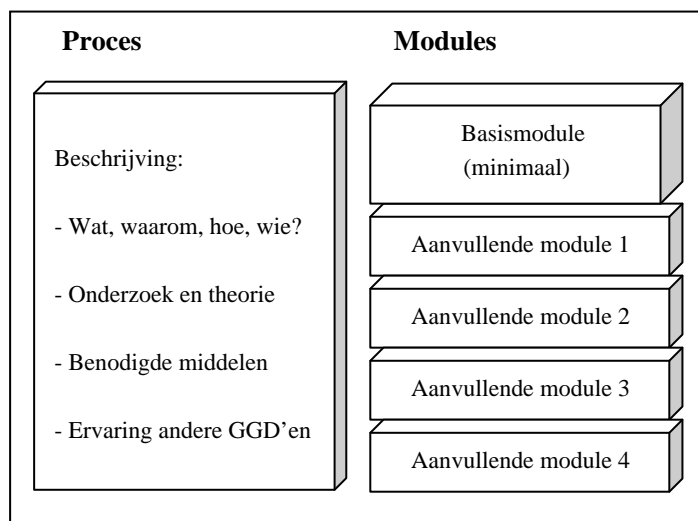


treden met de lokale partners om te vragen waaraan werkelijk behoefte is voordat er nieuwe producten en programma's worden ontwikkeld.

### **Preventieprogramma's in plaats van losse interventies**

GGD'en hebben behoefte aan samenhangende, goed onderbouwde preventieprogramma's in plaats van allemaal losse interventies. Met gebruik van verschillende beeldspraken kwam 85% van de geïnterviewden met een beschrijving van een samenhangend preventieprogramma in de vorm van een 'bouwpakket' van effectieve modules. Idealiter gaat het hier om een basismodule die 'minimaal' moet worden ingezet en daarbij verschillende modules die, afhankelijk van de setting, de doelgroep, de lokale situatie en mogelijkheden, kunnen worden toegevoegd. In Figuur 2 wordt schematisch weergegeven hoe een interventie eruit kan zien. Afhankelijk van de interventie is het prettig volgens GGD'en als de losse onderdelen (modules) zoveel mogelijk 'af' zijn. Daarnaast is het wenselijk dat zoveel mogelijk begeleidende materialen, zoals lesbrieven, persberichten, powerpoint presentaties, enzovoort, worden meegeleverd. Ook is er behoefte aan een beschrijving van de effectieve elementen van de verschillende onderdelen en aan een beschrijving van de benodigde randvoorwaarden. Met deze informatie kan bij de implementatie worden nagegaan of het programma(onderdeel) haalbaar is en zinvol kan worden ingezet.

Een preventieprogramma kan bestaan uit één interventie, waarvan minimaal de basismodule wordt uitgevoerd, maar vaak is een preventieprogramma veel breder. Verschillende interventies met aanvullende modules worden uitgevoerd. Er worden verschillende activiteiten uitgevoerd op verschillende beleidsterreinen en de GGD werkt samen met verschillende lokale organisaties.



Figuur 2 Eén interventie met verschillende modules

### **Onderbouwing van preventieprogramma's**

GGD'en willen graag beter inzicht in de wetenschappelijke en theoretische onderbouwing van preventieprogramma's zodat zij daarop onder andere hun keuze kunnen baseren. Idealiter wordt deze kort en bondig aangeleverd, bijvoorbeeld op een factsheet, en is op aanvraag uitgebreidere rapportage beschikbaar.

### **Inzichtelijke tijdsplanning**

Om haar regie en implementatierol effectief te vervullen, willen GGD'en graag tijdig inzicht hebben in alle voor hen relevante activiteiten (beschikbaarheid van interventies, massamediale campagnes, ontwikkeling en aanpassing interventies, beëindiging interventies) van de thema-instituten. GGD'en willen liefst minstens negen maanden van te voren hiervan op de hoogte zijn. Naast deze tijdige aankondiging gaat het om het consulteren van de GGD'en over hun betrokkenheid. Hierbij hoort dat de thema-instituten deze betrokkenheid aangeven in persberichten en massamediale uitingen. Ook zorgen de thema-instituten tijdig foldermateriaal, posters en gadgets beschikbaar te hebben (> 1 maand voor een campagne), zodat de GGD een rol kan spelen in de verspreiding van deze producten.

### **Financiering**

De mogelijkheden voor implementatie worden duidelijk vergroot als een thema-instituut bij de begroting van een programma mogelijkheden inruimt om organisaties zoals de GGD en/of scholen te subsidiëren om de activiteiten uit te voeren (door 20% spontaan genoemd).

### **Benaderen van intermediairs**

Door twee derde van de GGD'en is genoemd dat het niet wenselijk is dat thema-instituten zelf naar scholen communiceren of materialen opsturen naar regionale intermediairs zonder dat de GGD daarvan op de hoogte is. Dit moet volgens hen via/in afstemming met de GGD gebeuren. Voor scholen is het namelijk verwarrend, het werkt concurrerend en het gaat dwars door het werken aan een integrale planmatige aanpak in de regio. De GGD heeft een lokale en regionale infrastructuur en een link met gemeentelijk beleid en samenwerkingspartners, waar thema-instituten op kunnen aansluiten in plaats van doorkruisen.

### **Onderhoud en doorontwikkeling van preventieprogramma's**

Een programma zou voor langere tijd moeten worden aangeboden, waarbij de eigenaar verantwoordelijk blijft voor het doorontwikkelen, de kwaliteit waarborgt, nader onderzoek doet, de materialen up-to-date houdt en vernieuwt, zorgt dat materialen op voorraad zijn en blijft communiceren over het programma. Dit werd door 33% van de GGD'en spontaan genoemd. Langdurige financiering (in plaats van kortdurende financiering) aan de ontwikkelaars voor (door)ontwikkeling en implementatie van programma's werkt hierbij bevorderlijk.

### **Vaste contactpersoon per thema**

Duidelijke vaste contactpersonen en persoonlijke contacten bevorderen de samenwerking tussen een thema-instituut en een GGD. Eén regiocoördinator per thema werd meerdere malen voorgesteld.

### **Afstemming tussen thema-instituten onderling**

Er is behoefte aan een betere afstemming en samenwerking tussen de thema-instituten onderling, voornamelijk bij verwante of aanvullende thema's (door 30% van de GGD'en spontaan genoemd). Het betreffen hier dan vooral programma's op het gebied van overgewicht (Stichting Voedingscentrum Nederland en NISB) en op het gebied van seksualiteit en relationele vorming (Soa Aids Nederland, Schorer en Rutgers Nisso Groep). Ook bij het organiseren van regiobijeenkomsten is het wenselijk dat thema-instituten meer samenwerken en afstemmen. Daarnaast is bij massamediale campagnes een betere onderlinge planning tussen de thema-instituten gewenst (door 40% van de GGD'en genoemd).

## 4 Conclusies

De conclusies zijn gebaseerd op de voorgaande bevindingen en weergegeven per onderzoeksvraag. De hoofdvraag was:

- Hoe kan volgens GGD'en de samenwerking tussen hen en landelijke thema-instituten rond het ontwikkelen en uitvoeren van leefstijlinterventies worden verbeterd?

De volgende deelvragen daarbij waren:

- Hoe zien GGD'en de rolverdeling en de daarbij behorende taken van hen en van de thema-instituten?
- Hoe verlopen volgens GGD'en het contact en de samenwerking tussen hen en deze thema-instituten?
- Hoe verlopen volgens GGD'en het ontwikkelen en uitvoeren van leefstijlinterventies afkomstig van de thema-instituten?
- Welke verbeteringen zijn volgens GGD'en nodig om te komen tot een betere samenwerking tussen hen en de thema-instituten?

Bij de interpretatie van de conclusies is het belangrijk om te blijven beseffen dat het hier gaat om meningen en interpretaties van managers en medewerkers gezondheidsbevordering van GGD'en. GGD-managers en -medewerkers op het terrein van de jeugdgezondheidszorg, SOA-zorg en algemene gezondheidszorg zijn niet bevroegd, terwijl ook zij in hun werk met één of meerdere thema-instituten te maken hebben en daar mogelijk andere ervaringen op hebben gedaan dan hun collega's gezondheidsbevordering. Dit geldt ook voor andere lokale partners op het gebied van gezond leven.

### **Rolverdeling en taken**

GGD'en zien het implementeren van 'effectieve' preventieprogramma's in de lokale setting als hun taak. Het ontwikkelen van deze effectieve en goed inzetbare preventieprogramma's zien zij daarbij als taak van de thema-instituten. GGD'en hebben kritiek op de thema-instituten die intermediairs zoals scholen en gemeenten direct benaderen terwijl GGD'en er veelal naar streven om vraaggestuurd structureel en integraal beleid met deze lokale partners c.q. opdrachtgevers op te stellen.

### **Contact en samenwerking**

Het meeste contact en samenwerking rapporteren GGD'en te hebben met STIVORO en het Trimbos-instituut. Met de Rutgers Nisso Groep is er voornamelijk contact in het kader van 'De Week van de Lentekriebels'. Van de Stichting Voedingscentrum Nederland nemen GGD'en vooral materialen af. Een aantal GGD'en werkt samen met het NISB en Stichting Consument & Veiligheid. De meeste GGD'en geven aan samen te werken met Soa Aids Nederland, maar dan via de afdeling AGZ. Bij slechts enkele GGD'en is er contact met Pharos of Schorer. Met het NIGZ lag de samenwerking en het contact vooral in het verleden. Daarnaast hebben GGD'en ook contacten met andere landelijke organisaties, zoals de Hartstichting.

Het aantal inwoners per GGD-gebied varieert van 220.000 tot 1.020.000. De beschikbare formatie varieert van 1 fte tot 38 fte gezondheidsbevordering per GGD. Omgerekend varieert de formatie gezondheidbevordering van 0,3 fte tot 7,0 fte per 100.000 inwoners. De diversiteit in formatie leidt tot verschillen in de behoeften ten aanzien van de interventies en diensten van de thema-instituten en andere landelijke partijen en tot verschillen in de gewenste samenwerking. De GGD'en met een

bepaalde formatie zijn in veel sterkere mate afhankelijk van de producten en diensten die landelijke organisaties leveren.

### **Ontwikkelen en uitvoeren van interventies**

Veel GGD'en ervaren een versnipperd aanbod en missen voor verschillende doelgroepen en thema's specifiek aanbod. Het aanbod sluit niet altijd aan op de behoefte van GGD'en. Zo zijn veel activiteiten en interventies gericht op voeding of bewegen, maar een samenhangend goed doorontwikkeld preventieprogramma op het gebied van overgewicht wordt gemist. Onderlinge afstemming tussen thema-instituten op één thema en een vaste contactpersoon voor één thema vinden GGD'en wenselijk. Meerdere malen wordt genoemd dat afstemming op het thema seksualiteit en het thema overgewicht beter kan. Met betrekking tot één contactpersoon voor één thema, wordt STIVORO voor roken veelvuldig genoemd.

GGD'en verwachten dat een thema-instituut rond een preventieprogramma een aantal taken blijft uitvoeren die horen bij het 'eigenaarschap' van het programma. Hierbij gaat het om het doorontwikkelen, het tijdig aanleveren van materialen en eventueel het ondersteunen bij monitoren en implementatie. Ook inzicht geven in de wetenschappelijke onderbouwing van onderdelen is één van de taken van de thema-instituten. Daarnaast vinden GGD'en het belangrijk om betrokken te worden bij de ontwikkeling van preventieprogramma's. Dit kan bijvoorbeeld in de vorm van advisering in een projectgroep of samen optrekken bij de implementatie van een pilot.

### **Voorgestelde verbeteringen**

GGD'en hebben grote behoefte aan goed onderbouwde effectieve preventieprogramma's in plaats van losse interventies. Die preventieprogramma's zijn idealiter opgebouwd uit modules, welke GB-functionarissen afhankelijk van de lokale situatie kunnen inzetten. Van elke module moet duidelijk zijn wat de effectieve elementen zijn en de benodigde randvoorwaarden, zoals de benodigde kosten en tijdsinvestering.

De ontwikkeling van preventieprogramma's is alleen zinvol als:

- deze een bijdrage leveren aan het programma van de GGD;
- er zicht is op duurzame financiering;
- er vanaf het begin een partij betrokken is die invulling kan gaan geven aan de eigenaarschapsrol.

Inzichtelijke tijdsplanning van de thema-instituten is noodzakelijk voor samenwerking tussen GGD en thema-instituut. Wanneer GGD'en tijdig op de hoogte zijn van activiteiten (onder andere campagnes en interventies) van de thema-instituten kunnen zij de activiteiten van de GGD die daarbij horen, tijdig vormgeven. GGD'en geven aan dat zij hierover graag minimaal negen maanden van tevoren geïnformeerd worden. Daarnaast benoemt een aantal GGD'en dat het opnemen van implementatiekosten voor een GGD (of school) in de landelijke begroting van het preventieprogramma, de lokale implementatie kan bevorderen.

## 5 Aan de slag!

Het onderzoek gepresenteerd in dit rapport bevat het perspectief van de GGD'en op de samenwerking met thema-instituten rond het ontwikkelen en uitvoeren van leefstijlinterventies. De gepresenteerde bevindingen zijn geen eindoordeel, maar een startpunt om in gesprek te gaan en afspraken te maken, waarbij het doel is het verbeteren van de gezondheidsbevordering in Nederland om te komen tot een gezonder Nederland.

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

GGD'en wensen preventieprogramma's die zijn opgebouwd uit effectieve modules in plaats van 'losse', niet doorontwikkelde interventies. Daarbij hechten zij er belang aan dat deze programma's worden onderhouden en doorontwikkeld. Dit vraagt om meerjarige programmering door onder andere thema-instituten, waarbij al vanaf het prille stadium van de interventieverkenning tot en met implementatie, onderhoud en borging samen wordt gewerkt met relevante lokale stakeholders, inclusief één of meerdere GGD'en.

Om de omslag van losse ad hoc interventies naar preventieprogramma's te kunnen maken, is het belangrijk dat ontwikkelaars en aanbieders (thema-instituten, bedrijven, universiteiten et cetera), maar ook uitvoerders (onder andere GGD'en, thuiszorg, GGZ en sportservice organisaties) en financiers (VWS, ZonMw en fondsen) van programma's hierin samenwerken. Het CGL kan hierbij een verbindende rol spelen. Vanuit haar opdracht wil het CGL, samen met ontwikkelaars/aanbieders en lokale stakeholders, toewerken naar meer samenhangende programma's, waarbij specifieke aandacht is voor inhoudelijke samenhang.

### **Inzichtelijke tijdsplanning**

Betere samenwerking tussen thema-instituten kan bijdragen aan een betere afstemming rondom activiteiten (massamediale campagnes of bepaalde thema's, zoals overgewicht en seksuele gezondheid). Daarnaast kan tijdige bekendmaking (volgens GGD'en liefst minimaal negen maanden van te voren) van de activiteiten bijdragen aan betere lokale implementatie. Hiervoor ontwikkelt het CGL samen met haar partners een kalender op het Loket Gezond Leven. Op de kalender komen, activiteiten en campagnes te staan die direct relevant zijn voor de uitvoering van lokale gezondheidsbevordering.

### **Wetenschappelijke onderbouwing**

GGD'en zijn een voorstander van wetenschappelijke onderbouwing van gezondheidsbevordering. GGD'en willen informatie over de effecten van preventieprogramma's. Hiervoor voert het CGL samen met het Nederlands Jeugd instituut (NJI) en het RIVM Centrum Jeugdgezondheid het erkenningsysteem interventies uit. Zowel de thema-instituten als ook andere aanbieders kunnen interventies indienen voor beoordeling, de informatie wordt vervolgens gepresenteerd in de I-database (Interventie-database) op het digitale loket van het Centrum Gezond Leven. Dit bevordert het inzicht in kwaliteit en effectiviteit van interventies en daardoor ondersteunt het lokale partners in het keuzeproces om programma's te kunnen samenstellen die het beste passen bij de eigen lokale situatie.

## **Literatuur**

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

Rogers, E.M. (2003) Diffusion of innovations (5th. ed.) New York: Free Press.

## Lijst van afkortingen

AGZ	Algemene Gezondheidszorg
CGL	Centrum Gezond Leven
GB	Gezondheidsbevordering
GBI	Gezondheids Bevorderend Instituut
GGD	Gemeentelijke / Gemeenschappelijke / Gewestelijke Gezondheidsdienst
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
JGZ	Jeugdgezondheidszorg
LOT	Landelijk Overleg Thema-instituten
NIGZ	Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie
NISB	Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen
NJi	Nederlands Jeugd instituut
NVPG	Nederlandse Vereniging voor Preventie en Gezondheidsbevordering
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
ROC	Regionaal Opleidingscentrum
SES	Sociaal Economische Status
SOA	Seksueel Overdraagbare Aandoening
STIVORO	Stichting Volksgezondheid en Roken
STAP	STAP – Nederlands Instituut voor Alcoholbeleid
VETC	Voorlichter Eigen Taal en Cultuur
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wcpv	Wet collectieve preventie volksgezondheid
Wpg	Wet publieke gezondheid

**RIVM**

Rijksinstituut  
voor Volksgezondheid  
en Milieu

Centrum Gezond Leven

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