



rivm

Rapport 255001001/2009
W. Kroeze | L. Blokdijk

Leefstijlinterventies in Nederland

Een verkenning van ervaringen en wensen

RIVM-rapport 255001001/2009

Leefstijlinterventies in Nederland

Een verkenning van ervaringen en wensen

W. Kroeze
L. Blokdijk

Contact:
Lobke Blokdijk
Centrum Gezond Leven
lobke.blokdijk@rivm.nl

Dit onderzoek werd verricht in het kader van de opstartfase van het Centrum Gezond Leven

© RIVM 2009

Delen uit deze publicatie mogen worden overgenomen op voorwaarde van bronvermelding: 'Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), de titel van de publicatie en het jaar van uitgave'.

Rapport in het kort

Leefstijlinterventies in Nederland

Een verkenning van ervaringen en wensen

Het Centrum Gezond Leven heeft in 2008 verschillende lokale professionals (GGD, thuiszorg, GGZ en gemeente) gevraagd naar het gebruik, de ervaringen en wensen betreffende gezondheidsbevorderende interventies en methoden.

De gezondheidsthema's die als belangrijk worden ervaren door de lokale professionals worden in de praktijk niet altijd aangepakt. Mogelijk omdat het landelijke aanbod op het gebied van bijvoorbeeld sociaaleconomische verschillen of 'kwetsbare groepen' (lager opgeleiden, ouderen, allochtonen) niet voldoende is, of omdat het wettelijk gezien geen speerpunten zijn. De meeste interventies die worden aangeboden vallen onder de thema's van de landelijke speerpunten en het thema seksualiteit en relaties.

Lokale organisaties geven de voorkeur aan het gebruik van bestaande interventies en bijbehorende producten. Echter, lokale organisaties hebben moeite met de toepasbaarheid van deze producten, aangegeven wordt dat het aanbod niet volledig past op de specifieke lokale situatie.

Er is behoefte aan informatie op één centrale plek: een plek waar informatie over beschikbare interventies en de certificering van deze interventies beschikbaar is. Daarnaast is het ook wenselijk dat de handleidingen 'lokaal gezondheidsbeleid' centraal aangeboden worden.

Een effectieve en efficiënte aanpak van gezondheidsbevordering vraagt om een goede afstemming tussen de verschillende landelijke en lokale partijen. Een goede communicatie en planning door de landelijke GBI's (Gezondheidsbevorderende Instituten) op het gebied van het ontwikkelen en aanbieden van producten (interventies, handleidingen) is een voorwaarde om efficiëntie te bevorderen. Daarnaast ervaren de GGD'en het als een groot struikelblok dat de landelijke GBI's lokale intermediairs, zoals scholen en gemeenten, rechtstreeks benaderen om hun producten te gebruiken.

In de nabije toekomst zal het Centrum Gezond Leven lokale professionals verder betrekken bij de verheldering van de zaken die spelen in het lokale veld van gezondheidsbevordering. Op basis hiervan zullen stappen worden ondernomen om de aansluiting tussen vraag en aanbod te verbeteren.

Trefwoorden: leefstijlinterventie, gezondheidsbevordering, Centrum Gezond Leven, vraagverheldering

Abstract

Lifestyle interventions in the Netherlands

Observations on experience and wishes

In 2008, the Dutch Centre for Healthy Living consulted health professionals working at local level for information on their use, experience and wishes regarding health promotion interventions and methods. The professionals were from the Local Health Services (GGD), the Basic Home Care Services, the Mental Health Service (GGZ) and local authorities.

The various health themes considered important by professionals working at the local level are not always targeted through the applied interventions or policy. The reason for this may be due to an inadequate national provision of services addressing problems associated with social-economic differences or vulnerable groups (lowly educated, the elderly, foreigners) or because legislatively, these areas are not seen as policy spearheads. Most interventions offered fall within the category of the national priorities and the theme of sexuality and relationships.

Local organisations have indicated that they prefer to use existing interventions and their accompanying products. In reality, however, local organisations find it difficult to use these products in real situations. The reason for this is that the supply is not always suited to the specific local circumstances.

There is a need to collect all the information concerning the available interventions (including certification) centrally. It is also desirable to have local health policy guidelines available in the same way.

An effective and efficient approach to health promotion requires good mutual agreements between the various national and local parties. Good communication and planning on the part of the national Health Promotion Institutes are an important condition to promote efficiency in the development and provision of products such as interventions and guidelines. In addition, the fact that national Health Promotion Institutes directly approach local intermediaries such as schools and local authorities on the use of their products, has been experienced as a great stumbling block by Local Health Services.

In the near future, the Centre for Healthy Living will involve local professionals more and more in identifying and defining health promotion issues in local communities. This will facilitate improving the link between supply and demand.

Key words: health promotion intervention, Centre for Healthy Living

Voorwoord

Het terrein van de gezondheidsbevordering kent onvoldoende regie en coördinatie. Dit blijkt uit het rapport van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) ‘Staat van de Gezondheidszorg 2005. Openbare gezondheidszorg: hoe houden we het volk gezond?’¹. In dit rapport schetst de IGZ een duidelijk beeld van de situatie van de openbare gezondheidszorg. Het lokale beleid voor de openbare gezondheidszorg is flink verbeterd sinds de gemeenten wettelijk verplicht zijn een nota gezondheidsbeleid op te stellen, echter er zijn ook problemen geconstateerd. Zo is het gebruik van beschikbare bewezen, effectieve maatregelen nog onvoldoende, worden er nog te weinig eigen instrumenten ingezet om leefstijlveranderingen te ondersteunen en ontbreekt er samenhang in het lokale gezondheidsbeleid. Ook stelt de IGZ dat de (landelijke) organisaties op het terrein van de gezondheidsbevordering versnipperd zijn.

Hiertoe is in juni 2007 het Centrum Gezond Leven (CGL) binnen de sector Volksgezondheid en Zorg bij het RIVM opgericht. Het CGL ondersteunt de lokale professional door beschikbare interventies inzichtelijk te presenteren en te beoordelen op kwaliteit en samenhang. Daarnaast stemt het CGL de vraag en het aanbod betreffende leefstijlinterventies op elkaar af. Taken hierbij zijn het inrichten van één internetloket met interventiedatabase, waar de lokale professional informatie kan vinden over de kwaliteit, implementatiegraad, kosten en andere randvoorwaarden van beschikbare leefstijlinterventies. Daarnaast beoordeelt het CGL de kwaliteit van interventies aan de hand van een certificeringssysteem. Ten slotte wordt samenhang aangebracht tussen gedragsbeïnvloedende interventies die gericht zijn op de leefstijl en omgeving van het individu.

In ‘Leefstijlinterventies in Nederland. Een verkenning van ervaringen en wensen’ presenteert het Centrum Gezond Leven de resultaten van verschillende onderzoeken uit 2008. De ervaringen, wensen en behoeften van het lokale veld op het gebied van leefstijlinterventies zijn in kaart gebracht. Hiermee hebben het RIVM en haar partners een eerste stap gezet om de vraag en het aanbod meer op elkaar af te kunnen stemmen.

Moniek Pieters,
directeur van de sector Volksgezondheid en Zorg (RIVM)

¹ Staat van de Gezondheidszorg 2005. Openbare gezondheidszorg: hoe houden we het volk gezond? Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Den Haag, november 2005.

Inhoud

Samenvatting	7
1. Inleiding	8
2. Methoden	9
3. Resultaten	11
3.1 Gezondheidsbevorderende interventies	11
3.1.1 <i>Gebruik van gezondheidsbevorderende interventies</i>	11
3.1.2 <i>Ervaringen rondom gezondheidsbevorderende interventies</i>	12
3.1.3 <i>Behoeftte aan interventies, informatie en ondersteuning</i>	14
3.2 Handleidingen Lokaal Gezondheidsbeleid	16
3.2.1 <i>Gebruik van handleidingen</i>	16
3.2.2 <i>Ervaringen rondom handleidingen</i>	17
3.2.3 <i>Suggesties voor verbetering handleidingen</i>	17
3.3 Schoolgezondheidsbeleid	18
3.3.1 <i>Gebruik van een methode voor schoolgezondheidsbeleid</i>	18
3.3.2 <i>Ervaringen met schoolgezondheidsbeleid</i>	19
3.3.3 <i>Wensen met betrekking tot methoden voor schoolgezondheidsbeleid</i>	19
4. Conclusies	21
4.1 Thema's en doelgroepen	21
4.2 Toepasbaarheid bestaande producten	21
4.3 Informatie en ondersteuning	22
4.4 Evaluatie en monitoring	22
4.5 Samenwerking	22
Aan de slag!	23

Samenvatting

Dit rapport geeft een globaal overzicht van de belangrijkste bevindingen uit de verschillende onderzoeken bij lokale professionals in 2008. Deze onderzoeken zijn uitgevoerd in opdracht van het Centrum Gezond Leven (CGL). De resultaten worden gebruikt ten behoeve van de verschillende ‘werkplaatsen’ van het CGL. De ‘werkplaatsen’ zijn; 1) werkplaats digitaal loket en I-database, 2) werkplaats certificering, 3) werkplaats monitoren vraag en aanbod en 4) werkplaats gezonde school.

Wat de GGD'en betreft zijn de resultaten representatief voor heel Nederland. De bevindingen van de GGZ, gemeenten en thuiszorg geven een eerste indruk, aangezien het onderzoek vooralsnog bij een klein aantal willekeurig gekozen organisaties is uitgevoerd.

Uit de rapportages over het gebruik van interventies en handleidingen lokaal gezondheidsbeleid blijkt dat er een ‘natuurlijke’ verdeling bestaat als het gaat om aandachtsgebieden en doelgroepen van de verschillende lokale organisaties. De GGD'en lijken in hoofdzaak gericht te zijn op jeugd en primaire preventie, de thuiszorgorganisaties op volwassenen en ouderen en secundaire preventie en de GGZ-instellingen houden zich bezig met alles op het gebied van psychische gezondheid.

Lokale organisaties geven de voorkeur aan het gebruik van bestaande interventies. Dit bleek ook uit het grote aandeel van landelijke beschikbare interventies in het interventieaanbod van de GGD'en. Maar voor vrijwel alle landelijk beschikbare producten, zoals interventies, handleidingen lokaal gezondheidsbeleid en methoden voor schoolgezondheidsbeleid, geldt dat de lokale organisaties moeite hebben met de toepasbaarheid van deze producten. Er is een grote behoefte aan goed onderbouwde effectieve preventieprogramma's in plaats van losse interventies. De preventieprogramma's zijn idealiter opgebouwd in modules, die de professionals afhankelijk van de lokale situatie kunnen inzetten.

Uit het onderzoek is duidelijk geworden dat de lokale partijen behoefte hebben aan up-to-date informatie over de beschikbare interventies en certificering van deze interventies. Deze informatie moet bovendien gemakkelijk te vinden zijn (op één centrale plek) en bijvoorbeeld opgezocht kunnen worden per doelgroep, thema of setting.

Daarnaast blijkt dat GGD'en in wisselende mate gegevens beschikbaar hebben over het bereik en de implementatie van gezondheidsbevorderende interventies in hun regio. Het registreren van deze gegevens, als voorwaarde voor het verkrijgen van subsidie, zoals bij de thuiszorg gebeurt, lijkt de beschikbaarheid van deze data aanzienlijk te verbeteren.

Ten slotte ervaren GGD'en het als een knelpunt dat landelijke GBI's lokale intermediairs, zoals scholen en gemeenten rechtstreeks benaderen. De integrale aanpak van de GGD wordt hierdoor nadelig beïnvloed. Consensus over de rolverdeling bij het benaderen van lokale intermediairs is gewenst. Ook lokale organisaties (gemeente, GGD, GGZ en thuiszorg) kunnen de onderlinge communicatie mogelijk verbeteren en duidelijke afspraken maken om zo tot een optimale dekking op het gebied van doelgroepen en thema's in hun regio te komen.

1. Inleiding

Het Centrum Gezond Leven bevordert het gebruik van landelijk beschikbare leefstijlinterventies en ondersteunt de lokale professional door interventies inzichtelijk te presenteren via een digitaal loket. De website en database zijn gemaakt in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Voor meer informatie over het Centrum Gezond Leven kunt u terecht op de website: www.loketgezondleven.nl.

Het Centrum Gezond Leven werkt samen met GGD'en, thuiszorgorganisaties, GGZ-instellingen, gemeenten en de volgende gezondheidsbevorderende organisaties: Consument en Veiligheid, NIGZ, NISB, Pharos, Rutgers Nisso Groep, Soa Aids Nederland, Schorer, Stivoro, Trimbos-instituut en het Voedingscentrum.

Ook beoordeelt het CGL interventies op kwaliteit en samenhang. Daarnaast is een belangrijk doel van het Centrum het bevorderen van een goede aansluiting tussen vraag en aanbod van gedragsbeïnvloedende interventies in Nederland. Om deze aansluiting te kunnen bewerkstelligen, dient allereerst de huidige stand van zaken met betrekking tot het aanbod en gebruik van interventies in kaart gebracht te worden. Daarnaast is het noodzakelijk dat de ervaringen die in het veld zijn opgedaan met dergelijke interventies, maar ook de wensen en behoeften van lokale organisaties rondom dit onderwerp duidelijk in kaart gebracht worden.

In de afgelopen periode hebben medewerkers van de verschillende werkplaatsen van het Centrum Gezond Leven de ervaringen en wensen over leefstijlinterventies nagevraagd bij alle GGD'en, en bij enkele GGZ-instellingen, gemeenten en thuiszorgorganisaties. Daarnaast zijn er vragen gesteld over specifieke onderwerpen: de handleidingen voor de ontwikkeling van lokaal gezondheidsbeleid, methoden en instrumenten voor de uitvoering van schoolgezondheidsbeleid, een internetloket met interventiedatabank en een certificeringssysteem voor de beoordeling van interventies.

In dit rapport wordt een globaal overzicht gegeven van de belangrijkste bevindingen, om zo een beeld te geven van het lokale veld van gezondheidsbevordering. Wat de GGD'en betreft zijn de resultaten representatief voor heel Nederland. De bevindingen van de andere organisaties geven een eerste indruk, aangezien het onderzoek voorsnog bij een klein aantal willekeurig gekozen organisaties is uitgevoerd.

In hoofdstuk 2. Methoden worden zeer kort de deelonderzoeken die zijn uitgevoerd beschreven. De bevindingen van deze onderzoeken worden beschreven in hoofdstuk 3. Resultaten en thematisch gegroepeerd onder de kopjes gezondheidsbevorderende interventies, handleidingen lokaal gezondheidsbeleid en schoolgezondheidsbeleid. Het rapport sluit af met een samenvatting van de belangrijkste bevindingen (conclusies). In de loop van 2009 worden uitgebreidere rapportages voor een aantal deelonderzoeken gepubliceerd.

2. Methoden

Om een beeld te krijgen van de stand van zaken, ervaringen en wensen met betrekking tot het gebruik van gezondheidsbevorderende interventies in het lokale veld heeft het Centrum Gezond Leven onderzoek gedaan bij verschillende lokale organisaties. Dit onderzoek bestond uit het houden van interviews en het afnemen van vragenlijsten. De interviews en vragenlijsten zijn gehouden en afgenomen ten behoeve van de vier verschillende ‘werkplaatsen’ van het CGL: 1) werkplaats digitaal loket en I-database, 2) werkplaats certificering, 3) werkplaats monitoren vraag en aanbod en 4) werkplaats gezonde school.

Hieronder volgt een korte beschrijving van de onderzoeken die ten grondslag liggen aan dit rapport ‘Leefstijlinterventies in Nederland. Een verkenning van ervaringen en wensen’.

Er zijn interviews gehouden om de ervaringen en wensen met betrekking tot het gebruik van gezondheidsbevorderende interventies in kaart te brengen. De interviews zijn gehouden met GB-professionals van alle dertig GGD'en en bij zeven GGZ-instellingen, zes thuiszorgorganisaties en tien gemeenten. De selectie van GGZ, thuiszorg en gemeenten was willekeurig en werd hoofdzakelijk bepaald door hun bereidheid om mee te werken aan het onderzoek. Hierbij is wel gestreefd naar enige spreiding in het land en naar de verdeling wat betreft werkgebieden (stedelijk/landelijk).

Daarnaast zijn bij alle GGD'en verschillende vragenlijsten uitgezet. Dit waren ten eerste vragenlijsten die als doel hadden om in kaart te brengen welke interventies de GGD aanbiedt met de daarbij behorende beschikbaarheid van gegevens over implementatie² en bereik³. Hiervoor werden de gegevens van de vragenlijst van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) gebruikt. In de vragenlijst van de IGZ zijn interventies nagevraagd, die zijn opgenomen in de ‘Leeflijnen’ van de handleidingen preventie in lokaal gezondheidsbeleid op het gebied van de landelijke speerpunten overgewicht, roken, depressie en alcohol. Het was daarnaast mogelijk om vijftien andere, niet met naam genoemde interventies in te vullen in de vragenlijst. Alle GGD'en vulden deze vragenlijst in. Een aanvullende vragenlijst van het Centrum Gezond Leven richtte zich op interventies van negen landelijke GBI's⁴ met de thema's seksualiteit en relaties, psychische gezondheid (zonder depressie), veiligheid en drugs bij kinderen (4-12 jaar), jeugd (12-19 jaar) en ouderen (55+ jaar). Ook hier was het mogelijk andere, niet met naam genoemde interventies in te vullen. 27 GGD'en vulden deze vragenlijst in. Daarnaast werd gevraagd wat de behoefte aan ondersteuning was bij het monitoren van dergelijke gegevens. Op dit onderdeel van de vragenlijst was de respons honderd procent, omdat de vier GGD'en die de vragenlijst niet hadden ingevuld, telefonisch of per mail de vragen over behoefte aan ondersteuning alsnog beantwoordden.

² Aantal of percentage (intermediairs) organisaties zoals scholen, die een interventie uitvoeren.

³ Aantal of percentage bereikte mensen uit de doelgroep.

⁴ Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ), Nederlands Instituut Sport en Bewegen (NISB), Pharos (landelijk kennis- en adviescentrum op het gebied van de gezondheid van vluchtelingen en nieuwkomers), Rutger Nisso Groep (kenniscentrum seksualiteit), Soa Aids Nederland, Stichting Consument en Veiligheid, Stichting Volksgezondheid en Roken (STIVORO), Trimbos Instituut en Stichting Voedingscentrum Nederland.

Ten tweede kregen de GGD'en een vragenlijst voorgelegd (ingevuld door 25 personen) met de vraag welke interventies GGD'en gecertificeerd wilden hebben. Iedere GGD kon maximaal vier interventies selecteren uit een overzicht van interventies, gebaseerd op een inventarisatie van interventies genoemd op websites van GGD'en en in de vier Leeflijnen. Het was ook mogelijk om een andere interventie in te vullen waarvoor certificering gewenst was. De vragenlijst bevatte daarnaast vragen over het belang van certificering, onderbouwing en toepasbaarheid van interventies.

De derde vragenlijst bestond uit 42 stellingen over het type informatie dat de lokale professionals al dan niet op het digitale loket van het Centrum Gezond Leven zouden willen vinden. De stellingen konden worden gewaardeerd van 1 (zeer onbelangrijk) tot 5 (zeer belangrijk). 89 personen hebben de stellingenlijst ingevuld, waarvan 82 personen werkzaam waren bij 25 GGD'en, de andere 7 personen zijn werkzaam bij een andere lokale instelling. Een groot deel van de respondenten (n=47) vervulde een functie op het gebied van het ontwikkelen en uitzetten van interventies en 31 personen hadden een functie met beleid en strategie.

De vierde vragenlijst is gebruikt om verschillende zaken met betrekking tot schoolgezondheidsbeleid (SGB) in kaart te brengen. Onderdelen die nagevraagd zijn: de stand van zaken in gebruik van een SGB-methode, behoeften en randvoorwaarden ten aanzien van een SGB-methode, het interventieaanbod, de ondersteuningsstructuur en een mogelijk te ontwikkelen keurmerk gezonde en veilige school. De vragenlijst werd uitgezet bij alle GGD'en; 26 GGD'en hebben de lijst daadwerkelijk ingevuld.

De laatste vragenlijst is afgenomen bij GGD-functionarissen (n=25), GGZ-functionarissen (n=28)⁵ en gemeenteambtenaren volksgezondheid, welzijn en/of WMO (n=110) met het doel om de vier handleidingen voor lokaal gezondheidsbeleid te evalueren. Zowel het gebruik van, als tevredenheid met de handleidingen is nagevraagd.

Tot slot zijn aanvragen en voortgangs- of eindrapportages van 56 thuiszorgorganisaties geanalyseerd die de organisaties hadden ingediend bij het programma 'Preventiekracht Thuiszorg' van ZonMw ten behoeve van het verkrijgen van subsidie. De analyse was bedoeld om het bereik van uitgevoerde preventieactiviteiten van de thuiszorgorganisaties in 2007 in kaart te brengen.

⁵ Onder de GGZ'ers waren drie functionarissen werkzaam bij een Instelling voor verslavingszorg. In het vervolg van dit rapport worden ze als GGZ'ers beschouwd.

3. Resultaten

3.1 Gezondheidsbevorderende interventies

3.1.1 Gebruik van gezondheidsbevorderende interventies

De behoefte aan, of keuze voor gezondheidsthema's wordt in eerste instantie bepaald door de landelijke speerpunten en zijn verder afgestemd op prioriteiten in de lokale gezondheidsproblematiek. Deze gekozen thema's bepalen vervolgens de keuze voor interventies. Het aanbod en gebruik van interventies is uitgezocht voor GGD'en en andere organisaties in de GGD-regio en bij thuiszorgorganisaties. Uit de vragenlijsten bleek dat zo goed als alle GGD'en of andere organisaties in hun regio interventies inzetten⁶ op vier landelijke speerpunten preventie, namelijk van overgewicht, roken, depressie en alcohol. Het gemiddelde aantal interventies dat een GGD of andere organisaties in de regio aanbood in 2007, varieerde per thema (overgewicht: 37; roken: 12; depressie: 17; alcohol: 12). De meeste interventies (91%) die aangeboden worden, komen uit het aanbod voorgesteld in de Leeflijnen van de handleidingen lokaal gezondheidsbeleid voor de betreffende thema's. Echter, een groot deel van de interventies die in de verschillende Leeflijnen staan beschreven, wordt niet of nauwelijks door GGD'en of andere organisaties ingezet in de praktijk (tussen de 18-44%, afhankelijk van de Leeflijn).

Daarnaast hield in 2007 de meerderheid van de GGD'en zich ook bezig met seksualiteit en relaties, psychische gezondheid (exclusief depressie)⁷ en drugs (gemiddeld respectievelijk 14, 2 en 8 interventies). Voor de thema's seksualiteit en relaties, en drugs worden vooral interventies van landelijke GBI's ingezet (88% en 94%). Voor het thema psychische gezondheid wordt vooral gebruikgemaakt van andere interventies, maar gemiddeld hebben GGD'en maar twee interventies op dit thema in hun aanbod. De meeste GGD'en zetten geen interventies in op het thema veiligheid. Voor de thema's psychische gezondheid en veiligheid werd een groot gedeelte van de nagevraagde GBI-interventies uit de CGL-vragenlijst niet of nauwelijks aangeboden (80% en 100%). Op de thema's seksualiteit en relaties, en drugs werd een kleiner deel van de nagevraagde GBI-interventies niet of nauwelijks aangeboden (33% en 13%).

Samengevat blijken voor de volgende vijf thema's de meeste interventies door GGD'en of andere organisaties te worden ingezet: 1) overgewicht 2) depressie 3) seksualiteit en relaties 4) roken en 5) alcohol.

De beschikbaarheid⁸ van gegevens over de implementatiegraad en het bereik van interventies, ontwikkeld door de GBI's of afkomstig uit de Leeflijnen, verschilt tussen de thema's en tussen GGD'en of GGD-regio's. Voor minstens 44-47% van de interventies op de thema's seksualiteit en relaties, veiligheid, drugs en depressie zijn gegevens over implementatie en/of bereik beschikbaar. Voor de thema's alcohol en psychische gezondheid zijn voor respectievelijk 38% en 29% van de

⁶ Onder inzetten van interventies door GGD'en wordt verstaan het verspreiden van interventiematerialen onder intermediairs met het doel deze door hen uit te laten voeren en het door de GGD zelf uitvoeren van interventies.

⁷ Depressie en psychische gezondheid worden als twee aparte thema's gezien. Bij het gebruik van de term psychische gezondheid in dit rapport is dit altijd exclusief depressie.

⁸ Er is gevraagd of de GGD'en cijfers over bereik/implementatie beschikbaar hebben. De exacte cijfers zijn (nog) niet bekend.

interventies gegevens over implementatie en/of bereik bekend, en voor de thema's overgewicht en roken voor respectievelijk 54% en 63% van de interventies.

In 2007 heeft de thuiszorg 735 door ZonMw gesubsieerde interventies uitgevoerd. Van deze interventies is een top vijf van gezondheidsthema's samengesteld. De vijf thema's waarop de thuiszorgorganisaties de meeste mensen hebben bereikt, zijn: 1) overgewicht, 2) diabetes, 3) valongelukken, 4) overig⁹ en 5) gezond ouder worden. Dit bereik zegt overigens niets over de effectiviteit van de interventie. Interventies op het gebied van overgewicht, voeding en leefstijl waren gericht op alle leeftijden, de interventies van de overige thema's waren met name bedoeld voor volwassenen en ouderen. Het is niet onderzocht of er gebruikgemaakt werd van bestaande landelijke interventies of van zelf ontwikkelde interventies.

Om voor subsidie in aanmerking te komen, werden de thuiszorgorganisaties verplicht implementatie- en bereikgegevens te registreren. Van 635 interventies is het gerealiseerde bereik bekend. Dit betekent dat voor de thuiszorgorganisaties, die subsidie kregen uit het programma Preventiekracht, 89% van de uitgevoerde interventies bekend is hoeveel mensen uit de doelgroep zijn bereikt.

3.1.2 Ervaringen rondom gezondheidsbevorderende interventies

Aanbod

Uit interviews met de GGD'en komt regelmatig naar voren dat er een grote hoeveelheid aan losse interventies is op het gebied van voeding en bewegen. Echter, een samenhangend en goed doorontwikkeld aanbod voor het thema overgewicht, vooral voor volwassenen, wordt gemist. Daarnaast wordt het aanbod aan interventies onvoldoende ervaren voor mensen met een lage sociaaleconomische status (33%), voor scholen voor speciaal onderwijs (33%) en voor Regionale Opleidingscentra (25%). Een deel van de GGD'en vindt ook het aanbod voor de doelgroep ouderen (20%) en het thema alcoholgebruik voor alle leeftijden (20%) niet voldoende. In mindere mate wordt genoemd dat het aanbod niet adequaat is op de thema's collectieve preventie van depressie, 'ouders als voorbeeldgevers' (10%) en weerbaarheid (10%) en voor de doelgroepen 'streng christelijk' (15%) en allochtoon (10%). Bij actuele, nieuwe onderwerpen, zoals cyberpesten, is het aanbod dikwijls zeer beperkt of niet goed (digitaal) beschikbaar en moeten interventies zelf door de GGD ontwikkeld worden.

In het algemeen geven de verschillende organisaties aan dat zij de voorkeur geven aan bestaande interventies. Echter, de beschikbare interventies van landelijke GBI's zijn dikwijls te ambitieus, te ingewikkeld, te duur en sluiten vaak niet aan bij de doelgroep (bijvoorbeeld wat taal betreft), volgens de lokale gezondheidsbevorderende organisaties. Bestaande interventies moeten vrijwel altijd aangepast worden aan de lokale situatie. Nagenoeg alle GGD'en vinden het (zeer) belangrijk om interventies aan te kunnen passen aan de lokale situatie.

De lokale partijen hebben geen specifieke voorkeur voor een interventie van een 'officiële' GBI, maar gebruiken ook interventies van andere organisaties die goed aansluiten bij hun doelgroep of aandachtsgebied. Andere organisaties waarvan interventies worden gebruikt zijn bijvoorbeeld de

⁹ Met overig worden alle onderwerpen bedoeld die niet horen bij de thema's overgewicht, diabetes, valongelukken, gezond ouder worden, leefstijl, COPD, voeding en/of bewegen, hart- en vaatziekten, ziekenverzorging, CVA, roken, psychische klachten, dementie, opvoeding of reuma.

Nederlandse Hartstichting, Movisie¹⁰ (met onder andere het veelgenoemde Marietje Kesselsproject¹¹), Diabetesvereniging Nederland, het Diabetes Fonds, Nederlandse Diabetesfederatie, Stichting de Kinderconsument¹², KWF Kankerbestrijding, Astmafonds en STAP¹³.

Samenwerking

Samenwerking en kennisuitwisseling met andere lokale, regionale of landelijke organisaties vinden de verschillende partijen belangrijk om zo op een effectieve en efficiënte manier bezig te zijn met gezondheidsbevordering. Lokaal ontwikkelde interventies en producten kunnen ook ter beschikking gesteld worden aan anderen. De ervaring leert echter dat er niet altijd even netjes om wordt gegaan met elkaars diensten, producten en ‘eigenaarschap’. Andere partijen strijken soms met de eer van een nieuw idee of er wordt niet verwezen naar de originele broninterventie.

De landelijke GBI's zijn vrijwel allemaal bekend bij de GGD'en, maar met de ene organisatie is meer contact dan met de andere. De GGD'en geven aan dat het erg prettig is om duidelijke, vaste contactpersonen te hebben bij een organisatie. Daarnaast zou regelmatig persoonlijk contact het gebruik van preventieprogramma's van de betreffende organisatie bevorderen.

Een belangrijk punt van kritiek op de landelijke GBI's is dat zij scholen, gemeenten en andere intermediairs regelmatig benaderen buiten een GGD om. Deze aanpak staat haaks op de werkwijze van de GGD'en die binnen een gemeente structureel integraal gezondheidsbeleid ontwikkelen en implementeren. Daarnaast zou de afstemming tussen GBI en GGD over projecten beter kunnen wat betreft inhoud, toepasbaarheid en praktische planning.

Evaluatie en monitoring¹⁴

Evaluatie en monitoring spelen een belangrijke rol bij gezondheidsbevordering om de effectiviteit, kwaliteit en noodzaak van interventies te kunnen onderbouwen. Naast de invloed van de landelijke nota's worden de prioriteiten voor de aanpak van gezondheidsproblemen bepaald door regionale/lokale epidemiologische gegevens, bijvoorbeeld een jeugdmonitor, en ook door de lokale politiek. Gemeenten bepalen door middel van hun nota's lokaal gezondheidsbeleid welke prioriteiten er per gemeente worden gekozen. Lokale en regionale gegevens spelen daarin een rol. Daarnaast is het van belang dat nieuwe interventies geëvalueerd worden, zowel wat betreft effectevaluatie¹⁵ als procesevaluatie¹⁶. De GGD'en geven aan dat effectstudies geen primaire taak van een GGD of gemeente zijn, waardoor de benodigde middelen (tijd/geld) meestal ontbreken.

Verder ervaren de GGD'en het als bijzonder lastig en tijdrovend dat dezelfde gegevens over bereik en implementatie bij verschillende organisaties (bijvoorbeeld IGZ, ZonMw of CGL) moeten

¹⁰ Movisie geeft kennis en advies op het gebied van maatschappelijke ontwikkeling.

¹¹ Marietje Kesselsproject is een weerbaarheidsproject voor groep 7 en 8 van het basisonderwijs.

¹² Kinderconsument is gericht op kinderen en internet.

¹³ STAP is de Stichting Alcohol Preventie.

¹⁴ In een monitor worden systematisch op vooraf vastgestelde momenten of intervallen bepaalde condities gemeten met als doel om deze te volgen of te bewaken zodat veranderingen op het spoor gekomen kunnen worden.

¹⁵ Effectevaluaties richten zich op de vraag of het beoogde doel van de interventie is bereikt (voorkomen van een gezondheidsprobleem; veranderen van gedrag; veranderen van determinanten van gedrag).

¹⁶ Een procesevaluatie brengt in kaart hoe en onder welke omstandigheden een interventie wordt geïmplementeerd, bij wie de interventie wel en bij wie de interventie niet is aangekomen, en of de interventie wordt begrepen en gewaardeerd door de betrokkene.

worden aangeleverd, maar dan op verschillende manieren. Daarnaast heerst vaak het gevoel dat er weinig tegenover het aanleveren van gegevens staat. Wat heeft de organisatie aan het aanleveren van data? Wat levert het hen op? Men is uiteraard wel geïnteresseerd in de werkzaamheid van hun beleid en projecten en of de beoogde doelstellingen behaald zijn. Evaluaties die plaatsvinden bij de GGD zijn tot op heden vaak alleen gericht op procesevaluatie (bereik van interventie). Echter, de verzamelde gegevens van procesevaluaties worden nog niet eenduidig gedocumenteerd.

3.1.3 Behoeftte aan interventies, informatie en ondersteuning

Behoeftte rondom aanbod en keuze van interventies

De lokale organisaties hebben behoefte aan interventies die *evidence-based* zijn (effectief of veelbelovend) en passen bij de organisatie wat betreft werkgebied, visie, bestaande infrastructuur, kosten, draagvlak en manier van werken. Een interventie op het gebied van overgewicht kan geschikt zijn voor een GGD, maar bijvoorbeeld niet voldoen aan de wensen van een thuiszorgorganisatie. De keuze wordt verder bepaald door de wens dat interventies bij voorkeur een minimale inspanning nodig hebben om tot een maximaal effect te komen en laagdrempelig te implementeren zijn.

Gemeenten geven aan dat het belangrijk is dat GBI's bij het ontwikkelen en verspreiden van nieuwe interventies of handleidingen rekening houden met de cyclus van de lokale nota gezondheidsbeleid. Interventies moeten op tijd beschikbaar zijn, zodat lokale partijen hier rekening mee kunnen houden bij het maken van hun eigen plannen. Het lokale veld heeft behoefte aan een samenhangend, doorontwikkeld en goed onderbouwd aanbod. Voor het maken van de juiste keuzes hebben de gemeenten behoefte om meer en vaker 'monitoregegevens' te ontvangen, zodat zij prognoses kunnen maken en hun beleid daar goed op af kunnen stellen. De wens naar meer regionale cijfers is ook aanwezig bij thuiszorgorganisaties.

De verschillende lokale organisaties hebben in interviews aangegeven welke gezondheidsthema's en doelgroepen (de komende tijd) belangrijk voor hen zijn. Belangrijke onderwerpen voor de GGD'en zijn: alcohol/drugs, seksualiteit, weerbaarheid, overgewicht, kwetsbare groepen (bijvoorbeeld ouderen), sociaaleconomische gezondheidsverschillen en pesten op internet. Voor de GGZ zijn onder andere onderwerpen als depressie bij jongeren, angststoornissen, verslaving, opvoedproblemen, huiselijk geweld en sociale vaardigheden van belang. Belangrijke onderwerpen voor de thuiszorg zijn hart- en vaatziekten, mantelzorgondersteuning, overgewicht en diabetes (in het bijzonder interventies voor 18-55 jaar).

Behoeftte aan informatie en ondersteuning rondom interventies

Alle lokale organisaties geven in de interviews aan dat zij behoefte hebben aan informatie over interventies. Hierbij werd informatie genoemd over: uitgangspunten, (kosten-)effectiviteit, succes- en faalfactoren, noodzakelijke randvoorwaarden (wervingsprocedures, infrastructuur) en overdraagbaarheid (met andere woorden: welke interventie kun je voor wie op welke manier in welke setting goed gebruiken?). Alle GGD'en geven aan het belangrijk tot zeer belangrijk te vinden om een dergelijke beschrijving van interventies tot hun beschikking te hebben. Ook willen ze informatie die de praktische toepasbaarheid van de interventie inzichtelijk maakt. Inzicht in de kwaliteit van het onderzoek dat is uitgevoerd voor een interventie vindt de meerderheid van GGD'en ook (zeer) belangrijk. Ook is er een grote behoefte aan goed onderbouwde effectieve preventieprogramma's in plaats van losse interventies. De preventieprogramma's zijn idealiter opgebouwd in modules, die de professionals afhankelijk van de lokale situatie kunnen inzetten.

Daarnaast heeft het lokale veld behoefte aan een certificeringssysteem dat interventies op eenduidige manier beoordeelt en kan voorzien van een waardeoordeel. Nagenoeg alle GGD'en vinden het (zeer) belangrijk om te werken met gecertificeerde interventies en denken dat het certificeren van een interventie hen zal stimuleren deze te gebruiken. Bovendien kan het gecertificeerd zijn van één interventie de gemeente sneller motiveren om subsidie te verlenen voor dit programma. Het weergeven van bijvoorbeeld een top vijf van beste interventies voor een bepaald gezondheidsthema zou de keuze voor een interventie kunnen vergemakkelijken. Daarnaast willen de lokale partijen ook inzicht hebben in het proces van certificering (waarop is een beoordeling gebaseerd en hoe komt toekenning tot stand). Medewerkers van het Centrum Gezond Leven hebben nagevraagd welke interventies volgens de GGD'en zo snel mogelijk beoordeeld zouden moeten worden. Hierbij konden GGD'en interventies uit onder andere de Leeflijnen aankruisen of zelf interventies noemen. Uit deze vragenlijst is een lijst van te certificeren interventies opgesteld. Een aantal genoemde interventies¹⁷ wordt momenteel beoordeeld in het Erkenningstraject¹⁸.

Het Centrum Gezond Leven heeft een digitaal loket met één interventiedatabank (I-database) ontwikkeld om te voorzien in de behoefte aan informatie; het loket is te vinden op www.loketgezondleven.nl. De invulling van het loket is mede bepaald door professionals werkzaam bij GGD'en, die aan konden geven welke onderwerpen zij op het loket zouden willen vinden. Hieruit bleek dat informatie over effectiviteit, best-practices en succes- en faalfactoren van interventies het meest gewenst is.

De top tien van meest gewenste informatie op het loket is:

1. informatie over effectiviteit van interventies
2. informatie over best-practices
3. informatie over succes- en faalfactoren van interventies
4. overzichten met het aanbod van interventies in Nederland
5. de nieuwe I-database
6. informatie over ervaringen met interventies
7. informatie over kosten van beschikbare interventies
8. informatie over randvoorwaarden
9. de website moet aanzetten tot kennis delen
10. handleidingen voor specifieke thema's (leefstijlfactoren, doelgroepen, settings)

Informatie over het verkrijgen van subsidie voor het uitvoeren en aanpassen (aan de lokale situatie) van interventies wordt ook als wens geuit. Daarnaast ook informatie over potentiële subsidiegevers ten behoeve van het inzetten van interventies.

Wensen ten aanzien van samenwerking

De lokale partijen wensen meer samenwerking met de landelijke gezondheidsbevorderende instituten bij productontwikkeling en verwachten dat de landelijk partners beter aansluiten bij de vragen van lokale partijen. Bij het ontwikkelen van aanbod geldt dat de ontwikkelende organisatie aandacht heeft voor de visie en specifieke kenmerken van de uitvoerende organisatie. Verder wordt de wens geuit door GGD'en dat landelijke organisaties hun programma's en producten implementeren via de GGD. Hierbij is het noodzakelijk dat er duidelijkheid is over taken, uren en kosten voor implementatie. Van belang is dat bij de ontwikkeling van een interventie deze inzichten tot stand komen in samenwerking met lokale partijen. Daarnaast willen lokale partijen

¹⁷ Voorbeelden van projecten in het Erkenningstraject: Gezonde schoolkantine, Ik (r)ook niet, GALM en Halt u valt.

¹⁸ Het CGL ontwikkelt momenteel de beoordelingsprocedure en werkt aan de beoordeling van interventies.

zich ook goed voorbereiden op landelijke acties, zodat zij hun eigen planning en acties hierop aan kunnen laten sluiten. De GBI zou een landelijke campagne tijdig (bijvoorbeeld driekwart jaar tevoren) aan kunnen kondigen bij de GGD, zodat de GGD andere activiteiten hierop af kan stemmen. Verder moeten de materialen voor een geplande campagne op tijd bij de GGD zijn, zodat deze de verspreiding van de materialen in kan plannen. Als een product of campagne gestopt wordt, dient een GBI dit tijdig aan te geven.

Wensen ten aanzien van evaluatie en monitoring van interventies

Volgens de GGD is het de taak van de GBI's om nader (effect)onderzoek te doen naar hun interventies en op basis van de uitkomsten hun aanbod verder te ontwikkelen en te vernieuwen. De GGZ suggereert dat landelijke afstemming nodig is om ontwikkeling en gezamenlijke subsidies voor evaluatieonderzoeken mogelijk te maken. Om gegevens over effectiviteit, succes- en faalfactoren goed (in een databank) weer te geven, is het structureel bijhouden van bijvoorbeeld bereik en succes- en faalfactoren van belang. Zowel GGD'en als de thuiszorg hebben behoefte aan een kader voor evaluatieonderzoek. GGD'en willen eenduidige informatie over bijvoorbeeld implementatie en bereik (wat moet gemeten worden) en over hoe implementatie en bereik het beste geregistreerd kunnen worden. De algemene wens is wél dat iedereen de registratie doet (moet gaan doen) om zo tot een up-to-date overzicht te komen en elkaars inspanningen te kunnen benutten. Daarnaast geven de lokale organisaties aan dat voor dergelijke taken extra tijd/budget nodig is. Bovendien zou het zinvol zijn als er één landelijk, uniform registratiesysteem komt waarin de lokale organisaties slechts éénmalig gegevens hoeven in te voeren. Dit systeem kan vervolgens benut worden door de verschillende (landelijke) partijen en zou bij voorkeur ook openbaar toegankelijk moeten zijn.

3.2 Handleidingen Lokaal Gezondheidsbeleid

De handleidingen lokaal gezondheidsbeleid zijn uitgegeven voor de thema's tabakspreventie, preventie overgewicht, preventie depressie en lokaal alcoholbeleid. De handleidingen bestaan uit drie delen: deel 1 is gericht op het formuleren van het beleid, deel 2 op het uitvoeren van beleid en deel 3 is de zogenoemde Leeflijn, een overzicht van beschikbare interventies op het thema gegroepeerd naar leeftijdsgroepen. De frequentie van, en ervaringen met het gebruik van de handleidingen wordt bepaald door het takenpakket van de verschillende typen functionarissen en hun aandachtsgebieden. Zowel GGD- als GGZ-functionarissen zijn voornamelijk betrokken bij het adviseren en aanleveren van informatie ten behoeve van het schrijven van nota's. Gemeenteambtenaren schrijven juist de nota.

Hieronder volgt een algemene beschrijving van ervaringen per gebruikersgroep, een gedetailleerd rapport over gebruik en ervaringen van de handleidingen in de praktijk komt uit in 2009.

3.2.1 Gebruik van handleidingen

Voor de GGD'en zijn eigenlijk zoals eerder genoemd de volgende gezondheidsthema's een aandachtsgebied binnen de organisatie: overgewicht 92%, alcohol 84%, depressie 76% en tabak 60%. De GGD'en zijn de belangrijkste gebruikers van de handleidingen en de handleidingen genieten een goede bekendheid (> 87%). Toch gebruiken de GGD-functionarissen de verschillende delen van de handleidingen wisselend. De meest genoemde toepassing van de

handleidingen is het gebruik als achtergrondinformatie, maar ook worden de handleidingen gebruikt voor het adviseren van gemeenten over lokaal gezondheidsbeleid.

Voor de GGZ is vooral het thema depressie belangrijk (84%); de handleiding op dit thema is dan ook bij 89% bekend. Alcohol is voor 37% een aandachtsgebied, de handleiding op het gebied van alcohol is bij 32% van de GGZ-functionarissen bekend. Ongeveer de helft van de GGZ-functionarissen geeft aan de verschillende delen van de handleiding voor depressie vaak te gebruiken. Het gebruik van de verschillende delen van de handleiding voor alcohol en depressie varieert. Deel 1 wordt het meest gebruikt. De handleidingen worden meestal toegepast bij het adviseren van gemeenten of GGD'en en als achtergrondinformatie.

Voor gemeenteambtenaren zijn alle thema's een aandachtsgebied binnen de organisatie (alcohol 90%, overgewicht 77%, depressie 68% en tabak 57%). De handleidingen genieten een goede bekendheid (overgewicht 93%; alcohol 90%; depressie 69%; tabak 62%). Toch gebruikt de overgrote meerderheid van de gemeenteambtenaren de verschillende delen van de handleidingen niet tot weinig. Uitzonderingen hierop zijn deel 1 van de handleiding overgewicht en alcohol die door 40% van de gemeenteambtenaren veel gebruikt wordt. De handleidingen worden vooral toegepast als achtergrondinformatie bij het formuleren van lokaal beleid en het opstellen van actieplannen.

3.2.2 Ervaringen rondom handleidingen

De bruikbaarheid van de handleidingen lokaal gezondheidsbeleid worden door alle doelgroepen beschouwd als (ruim) voldoende. De gemiddelde scores voor de verschillende onderdelen variëren tussen de 6,2 en 7,1. Echter, een aanzienlijk deel van de gebruikers ervaart de verschillende handleidingen niet of een beetje als richtinggevend voor het maken van beleid.

In een toelichting op de antwoorden worden door een deel van de respondenten verschillende positieve en negatieve aspecten van de handleidingen genoemd. Hieronder volgt een beknopte beschrijving van regelmatig terugkerende punten. De handleidingen worden gebruikt, omdat ze: overzichtelijk zijn, structuur aangeven voor lokaal gezondheidsbeleid, mogelijke samenwerkingspartners en interventies aangeven, veel handige achtergrondinformatie bevatten en mogelijkheden duidelijk op een rijtje zetten.

Met betrekking tot deel 3 (Leeflijnen) gaf de meerderheid aan te missen: informatie, zoals wetenschappelijke onderbouwing, informatie over kosteneffectiviteit en een up-to-date overzicht van interventies.

3.2.3 Suggesties voor verbetering handleidingen

Op basis van deze gegevens is het in ieder geval van belang dat er aandacht besteed wordt aan het verbeteren van de toepasbaarheid van de handleidingen. Om de informatie in de handleidingen up-to-date te houden, worden de handleidingen digitaal aangeboden en geïntegreerd binnen de functionaliteiten van het digitale loket. De aangeboden interventies in de leeflijnen zouden vooraf beter geselecteerd moeten worden op basis van effectiviteit, maar ook zal er gezocht moeten worden naar samenhang tussen interventies. Belangrijk is dat er een eenduidig kader voor de handleidingen wordt gemaakt, maar ook dat de onderdelen voor gezondheidsbevordering en lokaal gezondheidsbeleid in de verschillende handleidingen eenduidig worden omschreven. Daarnaast is tijdige beschikbaarheid van handleidingen een noodzakelijke voorwaarde om ook daadwerkelijk

gebruikt te kunnen worden. Uit interviews blijkt de GGZ behoefte te hebben aan een handleiding over gedragsproblemen en de thuiszorg geeft aan dat de toekomstige handleidingen ook meer op hun behoeften afgestemd zouden moeten worden.

3.3 Schoolgezondheidsbeleid

De gemeente heeft een wettelijke taak om de gezondheid van de jeugd te bevorderen, een taak die uitgevoerd wordt door de GGD. School wordt als een goede setting beschouwd om deze doelgroep te bereiken en de focus van de GGD ligt in deze setting steeds meer op schoolgezondheidsbeleid. Een structurele, planmatige aanpak van gezondheid binnen de school gericht op gezond gedrag en omgeving met aandacht voor samenwerking met externe partijen is dan het doel. Voor deze gestructureerde aanpak is een methode ontwikkeld: de gezonde schoolmethode. Ook bestaan er vele varianten op deze methode. In het volgende deel worden gebruik, ervaringen en wensen ten aanzien van (methoden voor) de aanpak van schoolgezondheidsbeleid vanuit het perspectief van de GGD'en beschreven.

3.3.1 Gebruik van een methode voor schoolgezondheidsbeleid

De meerderheid van de GGD'en (70%) geeft aan dat zij werken aan schoolgezondheidsbeleid, bijvoorbeeld met de gezonde schoolmethode of een methode die daarop lijkt. Echter, bij een groot deel van de GGD'en staat de uitvoering van schoolgezondheidsbeleid nog wel in de kinderschoenen. Het werken aan schoolgezondheidsbeleid kan worden onderverdeeld in verschillende activiteiten die door de meerderheid van de GGD'en wordt uitgevoerd. De GGD brengt de gegevens van de gezondheidssituatie van de school (enigszins) in kaart (88%) en ondersteunt de school (enigszins) bij het bepalen van de prioriteiten van de school (73%). Daarnaast ondersteunen zij de scholen (enigszins) bij het bepalen van strategieën en activiteiten (81%). Nagenoeg alle GGD'en voeren interventies en activiteiten uit op scholen en de meesten evalueren deze activiteiten in meerdere of mindere mate.

De GGD'en die wel en de GGD'en die niet werken aan schoolgezondheidsbeleid verschillen in de uitvoering van activiteiten. Het creëren van draagvlak bij scholen voor het werken met schoolgezondheidsbeleid, het in kaart brengen van de gezondheidssituatie van de school, het bepalen van de prioriteiten van een school en het koppelen van collectieve preventie aan individuele leerlingenzorg wordt vaker door GGD'en gedaan die werken aan een schoolgezondheidsbeleid dan door GGD'en die dat niet doen. Het uitvoeren van activiteiten en interventies op scholen wordt echter vaker gedaan door GGD'en die niet werken aan schoolgezondheidsbeleid.

De 26 GGD'en die de vragenlijst hebben ingevuld, hebben minimaal drie van de activiteiten voor schoolgezondheidsbeleid uitgevoerd (voor een specifiek gezondheidsthema of gezondheid in het algemeen) bij in totaal 853 basisscholen, 252 voortgezet onderwijs scholen, 30 scholen voor speciaal onderwijs en 4 ROC's¹⁹. Er zijn grote verschillen tussen de GGD'en in het bereik van scholen. Relatief gezien worden de meeste activiteiten uitgevoerd op scholen voor voortgezet

¹⁹ Mogelijk geven deze cijfers een overschatting, omdat in ieder geval één GGD het aantal locaties heeft ingevuld in plaats van het aantal scholen. Hierdoor zijn grote scholengemeenschappen met meerdere vestigingen bij deze GGD meerdere keren meegeteld.

onderwijs en in veel mindere mate in het basisonderwijs en speciaal onderwijs en het minst op het ROC's.

3.3.2 Ervaringen met schoolgezondheidsbeleid

De GGD'en die een methode voor schoolgezondheidsbeleid gebruiken (n=17) hebben hun ervaringen aangegeven met betrekking tot de specifieke activiteiten die uitgevoerd worden. De ervaringen met het in kaart brengen van de gezondheidssituatie van de school, het bepalen van prioriteiten van een school en het uitvoeren van activiteiten en interventies op scholen wordt door de GGD'en als (zeer) positief ervaren. De ervaringen van de GGD'en met de evaluatie van activiteiten op scholen, het bepalen van strategieën en activiteiten, het opstellen van een plan van aanpak en het koppelen van collectieve preventie aan individuele leerlingenzorg zijn over het algemeen gematigd positief.

De GGD'en blijken negatieve ervaringen te hebben met het creëren van draagvlak bij scholen voor het werken met schoolgezondheidsbeleid. In een toelichting geven enkele GGD'en aan dat het moeilijk is om scholen te vinden die mee willen doen, mogelijk doordat schoolgezondheidsbeleid nog weinig bekend is binnen scholen. Het wordt als een nieuw project gezien, naast de kerntaak onderwijs en alle andere ontwikkelingen zoals het Centrum voor Jeugd en Gezin. Scholen hebben weinig tijd om aan nóg iets nieuws te beginnen en weten niet of gezondheidsbeleid hun taak wel is en bij wie de verantwoordelijkheid voor dit onderwerp dan neergelegd zou moeten worden (besturen of directies). De ervaringen van GGD'en met de toepasbaarheid van de verschillende methoden voor schoolgezondheidsbeleid waren grotendeels positief. Echter de tijd die nodig is om met een dergelijke methode te werken is een knelpunt.

De GGD'en die niet werken aan schoolgezondheidsbeleid (n=7) geven als belangrijkste reden aan dat het hen ontbreekt aan middelen (tijd/geld) om een methode zoals de Gezonde Schoolmethode te gebruiken. Ze beschouwen de methode daarnaast als onvoldoende uitvoerbaar en niet passend bij de opdracht van de gemeente/het beleid van de GGD. De GGD'en geven echter aan mogelijk wel van plan te zijn om een methode voor schoolgezondheidsbeleid te gaan gebruiken.

De drie meest genoemde succesfactoren voor het werken aan schoolgezondheidsbeleid door GGD'en zijn: 1) de aanwezigheid van gunstige randvoorwaarden (steun gemeente en preventieteam op school), 2) inspelen op de vraag en wens van de school (via schoolprofiel) en 3) samenwerking met ketenpartners. De drie meest genoemde knelpunten zijn: 1) interne organisatie en samenwerking bij de GGD (met name samenwerking tussen gezondheidsbevordering en JGZ), 2) gebrek aan draagvlak binnen de school en 3) tekort aan tijd van GGD'en.

3.3.3 Wensen met betrekking tot methoden voor schoolgezondheidsbeleid

De GGD'en die werken aan schoolgezondheidsbeleid geven aan dat ze bij dit werk behoefte hebben aan ondersteuning. Ze zijn geïnteresseerd in specifieke trainingen voor de verschillende activiteiten, zoals het creëren van draagvlak bij scholen, het maken van een schoolprofiel, het opstellen van een plan van aanpak en het evalueren van het beleid. Verder hebben zij behoefte aan het uitwisselen van ervaringen met andere GGD'en. Daarnaast kunnen zij ondersteuning bij het proces van uitvoering goed gebruiken. Andere genoemde vormen van ondersteuning zijn: het creëren van samenhang of het positioneren ten opzichte van andere ontwikkelingen in en rond het

onderwijs en een landelijk draagvlak voor een methode schoolgezondheidsbeleid, bijvoorbeeld door het aantrekkelijk en actueel blijven houden van de website www.gezondeschool.nl.

De GGD'en geven ook aan dat het voor een school eenvoudiger moet worden om een plan van aanpak te schrijven en dat het scholen makkelijker gemaakt moet worden een methode voor schoolgezondheidsbeleid toe te passen.

Om de keuze uit het beschikbare aanbod van leefstijlinterventies te vereenvoudigen, geven de GGD'en aan dat zij graag een kaart met een selectie van goed bewezen schoolinterventies per thema, leeftijd en schooltype zouden willen hebben, vergelijkbaar met de reeds bestaande Leeflijnen. De helft van de GGD'en zou een (digitaal) overzicht van alle beschikbare schoolinterventies willen hebben of advies over één goed bewezen interventie per leefstijlthema en leeftijdscategorie.

4. Conclusies

Dit rapport geeft een globale beschrijving van gebruik, ervaringen en wensen over leefstijlinterventies en methoden. De bevindingen die gevonden zijn voor de GGD'en geven een goed beeld van de stand van zaken in Nederland. Echter, de gegevens van GGZ, thuiszorg en gemeenten zijn gebaseerd op een kleine selectie van de organisaties. Ze geven een goede eerste indruk, maar zijn niet representatief voor de situatie in heel Nederland. Met deze beperking in gedachten, geven we hieronder een samenvatting van de hoofdzaken weer met waar mogelijk een interpretatie.

4.1 Thema's en doelgroepen

De landelijke speerpunten overgewicht, roken, alcohol en depressie worden door de lokale partijen goed opgepakt. Uit de rapportages over het gebruik van interventies en handleidingen lokaal gezondheidsbeleid blijkt dat er een 'natuurlijke' verdeling bestaat als het gaat om aandachtsgebieden en doelgroepen van de verschillende lokale organisaties. De GGD'en lijken in hoofdzaak gericht te zijn op jeugd en primaire preventie, de thuiszorgorganisaties op volwassenen en ouderen en secundaire preventie en de GGZ-instellingen houden zich bezig met alles op het gebied van psychische gezondheid. Er lijkt beperkt overlap te bestaan als het om thema's gaat. De GGD en de thuiszorg geven allebei aan zich bezig te houden met overgewicht en de GGD en de GGZ hebben aandacht voor onderwerpen op het gebied van depressie, weerbaarheid en sociale vaardigheden. Verder lijkt het thema alcohol (vooral bij volwassenen) en interventies gericht op groepen voor mensen met een lage sociaaleconomische status, ouderen en allochtonen nog niet voldoende opgepakt te (kunnen) worden.

Uit het gerapporteerde aanbod (paragraaf 3.1.1) lijken de thema's die als belangrijk worden ervaren (paragraaf 3.1.3), in de praktijk niet altijd aangeboden te worden. Mogelijk omdat het landelijke aanbod op het gebied van bijvoorbeeld sociaaleconomische verschillen of 'kwetsbare groepen' (lager opgeleiden, ouderen, allochtonen) niet voldoende is of omdat het wettelijk gezien geen speerpunten zijn.

4.2 Toepasbaarheid bestaande producten

Lokale organisaties geven de voorkeur aan het gebruik van bestaande interventies. Dit bleek ook uit het grote aandeel van landelijke beschikbare interventies in het interventieaanbod van de GGD'en. Maar voor vrijwel alle landelijk beschikbare producten, zoals interventies, handleidingen lokaal gezondheidsbeleid en methoden voor schoolgezondheidsbeleid, geldt dat de lokale organisaties moeite hebben met de toepasbaarheid van deze producten. Aangegeven wordt dat het aanbod niet volledig past bij de specifieke lokale situatie (bijvoorbeeld andere kenmerken van doelgroep; beperkte tijd en budget). Daarnaast is er een grote behoefte aan goed onderbouwde effectieve preventieprogramma's die bestaan uit modules.

4.3 Informatie en ondersteuning

Uit het onderzoek is duidelijk geworden dat de lokale partijen behoefte hebben aan up-to-date informatie over de beschikbare interventies en certificering van deze interventies. Deze informatie moet bovendien gemakkelijk te vinden zijn (op één centrale plek) en bijvoorbeeld opgezocht kunnen worden per doelgroep, thema of setting. Handleidingen lokaal gezondheidsbeleid zouden meer centraal en digitaal aangeboden moeten worden. Naast informatie over beschikbare interventies is er een grote behoefte aan praktische ondersteuning (draaiboek, persoonlijk advies) bij de vertaalslag van een bestaand product naar de lokale situatie.

4.4 Evaluatie en monitoring

Uit dit rapport blijkt dat GGD'en in wisselende mate gegevens beschikbaar hebben over het bereik en de implementatie van gezondheidsbevorderende interventies in hun regio. Het registreren van deze gegevens, als voorwaarde voor het verkrijgen van subsidie, zoals bij de thuiszorg gebeurt, lijkt de beschikbaarheid van deze data aanzienlijk te verbeteren. Een regelmatig terugkerend punt is het gebrek aan middelen (kennis/tijd/geld) om interventies en maatregelen te evalueren, monitoren en registreren. Dit zou eenvoudig en snel moeten kunnen, op een uniforme manier en bij voorkeur op één plaats. Richtlijnen voor monitoren, evalueren en registreren zijn gewenst. Daarnaast is het handig dat de gegevens ofwel in één landelijke database ingevoerd kunnen worden ofwel dat bijvoorbeeld alle regionale databases op één plek te vinden zijn.

4.5 Samenwerking

Om een goede keuze te maken uit het beschikbare aanbod aan interventies is informatie nodig. Vanzelfsprekend kan de behoefte aan informatie alleen bevredigd worden als deze daadwerkelijk wordt aangeleverd. Hierbij is het belangrijk dat alle partijen bereid moeten zijn de benodigde gegevens aan te leveren en praktijkervaringen met elkaar te delen. Een effectieve en efficiënte aanpak van gezondheidsbevordering vraagt om een goede afstemming tussen de verschillende partijen. Zo is een goede communicatie en planning door landelijke GBI's op het gebied van het ontwikkelen en aanbieden van producten (interventies, handleidingen) een voorwaarde om efficiëntie te bevorderen. Daarnaast ervaren GGD'en het als een knelpunt dat landelijke GBI's lokale intermediairs, zoals scholen en gemeenten rechtstreeks benaderen. De integrale aanpak van de GGD wordt hierdoor nadelig beïnvloed. Consensus over de rolverdeling bij het benaderen van lokale intermediairs is gewenst. Ook lokale organisaties (gemeente, GGD, GGZ en thuiszorg) kunnen de onderlinge communicatie mogelijk verbeteren en duidelijke afspraken maken om zo tot een optimale dekking op het gebied van doelgroepen en thema's in hun regio te komen. Uit dit rapport blijkt dat het creëren van draagvlak bij scholen als bijzonder moeilijk wordt ervaren. Voor een goede samenwerking is en blijft het creëren van draagvlak en motivatie essentieel.

Aan de slag!

Dit rapport maakt extra duidelijk dat het Centrum Gezond Leven – als knooppunt tussen vragers en aanbieders, tussen ontwikkelaars en gebruikers en tussen praktijk, onderzoek en beleid – veel te doen heeft. Het bevorderen van gezond leven kent vele medestanders. Hoe deze (professionele) medestanders erin staan, waar zij behoeften aan hebben en wat zij (al) bieden, heeft u grotendeels kunnen lezen. Meer details volgen in de afzonderlijke rapporten²⁰. Hopelijk zijn ze een feest der herkenning voor velen en een uitnodiging tot verdere uitwerking. Dat doet het Centrum Gezond Leven natuurlijk niet alleen.

Voorjaar 2009 organiseert het Centrum Gezond Leven vijf regionale CGL-ontmoetingen voor gezondheidsbevorderaars in beleid en praktijk. In de nabije toekomst wil het Centrum Gezond Leven ook de thuiszorgorganisaties, GGZ-instellingen en gemeenten verder betrekken bij het verhelderen van de zaken die spelen in het lokale veld van gezondheidsbevordering. Hierbij kijkt het CGL ook naar de lacunes tussen (landelijk) aanbod en (lokale) vraag. Op basis hiervan zullen stappen ondernomen worden om de aansluiting tussen vraag en aanbod te verbeteren. De eerste concrete stappen zijn reeds gezet door het lanceren van het digitaal loket met een interventiedatabase. Daarnaast trekt het CGL samen op met het Centrum Jeugdgezondheid en het Nederlands Jeugdinstituut in de ontwikkeling van een gezamenlijk en breed gedragen systeem van erkenning van interventies. Het CGL geeft hier in de werkplaats certificering een implementatie-impuls aan. Tot slot vraagt ook de ontwikkeling van programmatisch schoolgezondheidsbeleid in aansluiting op de core business van het onderwijs en in relatie tot ZorgAdviesTeams en Centra voor Jeugd en Gezin in 2009 de inzet van velen. Bundeling van inzet op het terrein van gezondheidsbevordering in doorlopende leerlijnen, passend in het onderwijs en in verschillende planningscycli, is daarbij de uitdaging die het CGL met haar partners in 2009 aangaat. De verschillende onderliggende rapportages bieden de aanknopingspunten; samen met professionals uit praktijk, beleid en onderzoek gaan we nu aan de slag!

Mariken Leurs,
hoofd Centrum Gezond Leven

²⁰ De rapporten gaan over:

- de ervaringen van lokale professionals met het aanbod van landelijke GBI's;
- handleidingen lokaal gezondheidsbeleid;
- schoolgezondheidsbeleid.

RIVM

Rijksinstituut
voor Volksgezondheid
en Milieu

Centrum Gezond Leven

Postbus 1
3720 BA Bilthoven
www.loketgezondleven.nl