

“Bijdragen is meten en passen”

Een casestudie naar de doorwerking van kennis en onderzoek in het lokale gezondheidsbeleid

Erasmus Universiteit Rotterdam

Faculteit der Sociale Wetenschappen - Bestuurskunde

Student	Laizita Ribeiro Silva
Studentnummer	311530
Master	Publiek Management
Scriptiebegeleider	dr. F.B van der Meer
Tweede Lezer	dr. M.W. van Buuren
Datum	mei 2013

I. Voorwoord

Met deze masterscriptie sluit ik mijn studie Bestuurskunde aan de Erasmus Universiteit Rotterdam af. Het waren voor mij bijzondere jaren. Terwijl ik me in de eerste jaar steeds bleef afvragen of ik wel de juiste studiekeuze had gemaakt, kon ik hier in het laatste jaar met volle overtuiging antwoord op geven. Het eerste jaar stond vooral in het teken van kennismaken met allerlei inleidende vakken en vaardigheden binnen de Bestuurskunde, en natuurlijk de uiteenlopende onderwerpen binnen het openbaar bestuur. Door de breedte van het studieobject maak je op logische wijze ook kennis met onderwerpen waar je net iets minder affiniteit mee hebt. Het is mij nu in ieder geval duidelijk geworden dat ik me graag inzet voor het oplossen van maatschappelijke problemen en dit voornamelijk binnen het sociaal domein.

Mijn dankbetuiging gaat hierbij uit naar de medewerkers bij de GGD Rotterdam-Rijnmond die op verschillende wijze een bijdrage hebben geleverd aan dit onderzoek en aan mijn fijne stageperiode. In het bijzonder dank ik mijn stagebegeleidster, Wilma Klaus, voor haar tijd, de waardevolle feedback en uiteraard voor het bieden van de mogelijkheid om het onderzoek te doen. Mijn “oud-collega’s” op kamer 562 bedank ik ook zeer zeker voor de tips en informatie, de behulpzaamheid en de leuke gezelschap.

Als het gaat om de totstandkoming van deze masterscriptie, gaat mijn dank ook uit naar mijn scriptiebegeleider Frans-Bauke van der Meer die mij voorzag van de nodige begeleiding. Het schrijven van een scriptie kent ook zijn minder leuke momenten waarin je als het ware verdwaalt in je eigen verhaal, maar de aanmoedigende gesprekken hielpen mij altijd weer in de goede richting.

Als laatste, maar niet als minste bedank ik mijn ouders voor alle steun gedurende mijn hele studie. Andere familieleden en goede vrienden voor alle morele steun en natuurlijk de speciale vrienden die tot diep in de nacht wakker bleven om mij op te peppen tijdens mijn deadlines.

II. Samenvatting

Gemeenten zijn verplicht om elke vier jaar hun volksgezondheidsbeleid vast te stellen in een nota. Deze dient gebaseerd te zijn op een epidemiologische analyse van de volksgezondheidstoestand (GGD Rotterdam-Rijnmond, 2010a:4). Een gemeente legt de verantwoordelijkheid en rapportage hiervan meestal neer bij de Gemeentelijke Gezondheidsdiensten (GGD'en). Op nationaal niveau wordt een dergelijke analyse verzorgd door het Rijkinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Het brengt om de vier jaar een landelijke Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) uit. Er is sinds kort een regionale concept van de VTV ontwikkeld, de rVTV.

De GGD Rotterdam-Rijnmond is van plan om in 2013 voor de tweede keer een rVTV uit te brengen. De GGD is zich daarom af gaan vragen hoe zij de doorwerking van de rVTV in het lokale gezondheidsbeleid kan bevorderen. Dit onderzoek had als doel te achterhalen hoe de nieuwe rVTV inhoudelijk en/of procesmatig kan worden vormgegeven zodat deze beter benut wordt door de (deel)gemeenten en kan bijdragen aan een effectief en efficiënt gezondheidsbeleid. Aan de hand van een terugblik op de doorwerking bij de voorgaande rVTV en met behulp van theoretische inzichten, is gezocht naar antwoord op de volgende hoofdvraag:

Hoe kan de GGD Rotterdam-Rijnmond de doorwerking van de rVTV 2013 in het lokale gezondheidsbeleid bevorderen?

Uit de literatuurstudie kwam naar voren dat de doorwerking van kennis en onderzoek in het beleid afhangt van een aantal factoren, namelijk de kwaliteit van het kennisproduct, de aansluiting op de wensen en behoeften van de gebruiker, de verspreiding van het kennisproduct, de interactie tussen producent en gebruiker, en de politieke en/of organisatorische interesses. Vanuit de netwerkbenadering, waarin de nadruk extra wordt gelegd op de interactie en andere relevante actoren in het beleidsnetwerk, zijn deze klassieke factoren verder ontwikkeld en ondergebracht in vier domeinen die in dit onderzoek beschouwd worden als de determinanten van doorwerking:

- *Verwachting*
- *Overdracht*
- *Acceptatie*
- *Interpretatie*

De *interactie* is ook een determinant, maar wordt ook gezien als overkoepelend van de andere vier.

Bij de terugblik op de doorwerking van de vorige rVTV, waren deze factoren, alhoewel verschillend per (deel)gemeente, duidelijk te herkennen in de praktijk. Er werd verder een onderscheid gemaakt tussen vier verschillende vormen van doorwerking die elkaar niet uitsluiten: instrumentele, conceptuele, agenderende en politiek-strategische doorwerking. Zoals de verwachting vanuit theoretisch perspectief was, kwamen alle vormen, met uitzondering van de instrumentele doorwerking, voor. Er is met dit onderzoek dus aangetoond dat de theoretische bevindingen ook gelden voor deze situatie. Wat betreft de factoren van doorwerking, is er hiernaast nog een aantal externe factoren geïdentificeerd die van invloed is geweest op de doorwerking van de rVTV 2010, namelijk het aanbod aan informatie door andere kennisbronnen of –producten, de eigen instelling/houding van de beleidsmakers, de wisseling van functies en de (huidige) bezuinigingen bij de overheid.

De evaluatie naar de rVTV 2010 heeft laten zien op welke wijze de lokale beleidsmakers, die meegenomen zijn in het onderzoek, de vorige rapportages hebben benut ten aanzien van het gezondheidsbeleid en welke factoren hierin een rol speelden. De GGD kan deze resultaten meenemen als input bij de volgende rVTV, maar dient zich ervan bewust te zijn dat de situatie in de toekomst niet (altijd) hetzelfde zal zijn. Zo blijkt de situatie in 2013 anders te zijn dan die in 2010. Er is met deze evaluatiestudie desondanks wel inzicht gecreëerd in de mechanismen die van invloed zijn op de doorwerking. Dit geeft aan waar de GGD op kan inspelen, wil hij de doorwerking bevorderen. De geformuleerde aanbevelingen zijn kortom gebaseerd op de theoretische inzichten, de ervaringen uit het verleden en de vooruitzichten voor de toekomst:

Een juiste timing van de publicatie is belangrijk voor een goede aansluiting op de behoeften van een kennisgebruiker, maar vormt in deze situatie een probleem. De GGD biedt de rVTV namelijk niet aan één gebruiker aan, maar aan meerdere gebruikers in het werkgebied die hun nota's op verschillende momenten vaststellen. De GGD heeft daardoor te maken met meerdere "juiste momenten". Van de opgedane ervaring bij de rVTV 2010, hebben we geleerd dat een verkeerde timing minder belemmerend kan zijn als de doorwerking op een andere wijze wordt bevorderd. Er wordt vanuit deze ervaring en vanuit theoretisch oogpunt aanbevolen om vooral in te zetten op de nazorg, waarbij het gaat om de manier waarop het product en de kennis verspreid wordt.

De theorie beschreef verder dat bepaalde factoren moeilijk, of niet beïnvloedbaar zijn. Het gaat met name om de onderliggende factoren die bepalend zijn voor de acceptatie en de interpretatie. Dit bleek verder ook te gelden voor een aantal beschreven externe factoren. De GGD kan hier toch op een tactvolle manier mee omgaan door, waar mogelijk, maatwerk toe te passen en met name in de interactie en de nazorg. Het is hierbij van belang om oog te hebben voor de verschillende (veranderende) situaties bij de (deel)gemeenten. Het gaat bijvoorbeeld om de politieke voorkeuren van het bestuur, wisselingen van functies en/of de organisatorische instelling. Een korte evaluatie door middel van een enquête na publicatie van een rVTV kan ook

dienen als hulpmiddel bij het bepalen van de gepaste nazorg. De GGD creëert op deze manier ook beter inzicht in de vragen of behoeften die zijn blijven hangen.

De GGD zal tot slot het aanbod van de rVTV zo moeten vormgeven, dat het een toegevoegde waarde heeft ten opzichte van andere kennisproducten. Het gaat zowel om de kennisbronnen van de GGD zelf, als om die van andere instanties. Dit kan door specifiekere informatie aan te bieden. De informatie in de vorige rVTV werd namelijk vaak als “te algemeen” beschreven. Hiernaast dient er ook oog te zijn voor wat al bekend is en wat niet. Het aanbod kan hierop afgestemd worden. De interactie komt hier van pas. Het actiever onder de aandacht brengen van het product, wat onderdeel is van de nazorg, kan ook hier het verschil maken.

Inhoudsopgave

I.	Voorwoord	1
II.	Samenvatting	2
1.	Inleiding	7
1.1	Probleemanalyse	7
1.1.1	Opdrachtschrijving	
1.1.2	Uitkomsten verkenningen	
1.2	Probleemstelling	9
1.2.1	Doelstelling	
1.2.2	Vraagstelling	
1.3	Onderzoeksaanpak	11
1.4	Leeswijzer	12
2.	Een theoretisch perspectief	13
2.1	Modellen van doorwerking	13
2.2	Netwerkbenadering	16
2.2.1	Netwerk als begrip	
2.2.2	De netwerkbenadering belicht in de praktijk	
2.3	Vormen van onderzoeksgebruik	20
2.4	Samenvattend	22
2.4.1	Theoretisch kader	
2.4.2	Theoretische verwachtingen	
3.	Methodologische verantwoording	27
3.1	Operationalisatie	27
3.2	Selectie van cases	32
3.3	Onderzoeksmethoden	34
3.4	Betrouwbaarheid en validiteit	35
4.	Kennismaking met het onderwerp	37
4.1	Ontstaan van de GGD'en	37
4.1.1	Overheidsbemoeyenis	
4.1.2	Wettelijke bepalingen	
4.1.3	Rol van de GGD	
4.1.4	GGD rotterdam- rijnmond	
4.2	De Volksgezondheid Toekomst Verkenning	44
4.2.1	Nationaal	
4.2.2	Regionaal	

5.	De rVTV 2010	48
5.1	De totstandkoming en vormgeving	48
5.1.1	De keuze voor een VTV	
5.1.2	Inhoud van de rVTV	
5.2	De gezondheid van de (deel)gemeenten in kaart	52
5.2.1	Een aantal gezondheidsproblemen in het werkgebied	
5.2.2	Gezondheidsproblemen per (deel)gemeente	
5.3	Gebruik per (deel)gemeente	62
5.3.1	De gemeenten	
5.3.2	De deelgemeenten	
5.4	Doorwerking van de rVTV 2010	73
5.4.1	Het proces rondom het rVTV 2010- project	
5.4.2	Factoren van doorwerking	
6.	Conclusies	88
6.1	Bevindingen	88
6.1.1	In de praktijk	
6.1.2	Theoretische verklaringen	
6.2	Een vooruitblik op de rVTV 2013	91
6.2.1	Lessen uit het verleden	
6.2.2	Aanbevelingen rVTV 2013	
III.	Literatuurlijst	96
IV.	Bijlagen	100
	I. Interviewhandleiding	
	II. Codeerlijst	

1. Inleiding

In Nederland kenden we tot aan het eind van de 18e eeuw nauwelijks een vorm van overheidsbemoediging op het gebied van volksgezondheid en welzijn, maar de overheid heeft tegenwoordig duidelijk een leidende en sturende rol bij het bevorderen van de volksgezondheid (ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2012). Deze taak zien we ook steeds meer terugkomen op lokaal niveau; zo hebben de gemeenten in de afgelopen jaren een steeds belangrijker rol hierin gekregen. Dit blijkt onder andere uit de verplichting die opgenomen is in de Wet publieke gezondheid (Wpg), welke voorschrijft dat naast het ministerie nu ook gemeenten verplicht zijn om elke vier jaar hun volksgezondheidsbeleid vast te stellen. Dat dient gebaseerd te zijn op een epidemiologische analyse van de lokale volksgezondheidstoestand (GGD Rotterdam- Rijnmond, 2010:4). Een dergelijke analyse op nationaal niveau en de rapportage ervan wordt al jaren verzorgd door het Rijkinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM); dat brengt om de vier jaar een landelijke Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) uit. Sinds kort worden er ook op regionaal niveau VTV's opgesteld door de Gemeentelijke Gezondheidsdiensten (GGD's). Deze bevatten dan informatie over de gezondheidssituatie in gemeenten en deelgemeenten en dienen voornamelijk als feitelijke onderbouwing voor de bestuurlijke keuzes die lokale overheden maken. Deze rapporten bevatten niet alleen cijfers, maar ook een vertaling hiervan in adviezen voor het gezondheidsbeleid op regionaal niveau (GGD Rotterdam- Rijnmond, 2010a:4). De bedoeling is dat lokale overheden deze rapporten ook echt optimaal kunnen benutten als ondersteuning voor een zo efficiënt en effectief mogelijk beleid.

1.1 Probleemanalyse

1.1.1 Opdrachtomschrijving

De GGD Rotterdam-Rijnmond bracht in 2010 haar eerste regionale VTV uit dat per gemeente en deelgemeente werd opgesteld. In 2013 zal de rVTV voor de tweede keer worden uitgebracht. Met het oog hierop is de GGD zich af gaan vragen hoe zij de doorwerking van de rVTV in het lokale gezondheidsbeleid kan bevorderen. Dit kan achterhaald worden door eerst vast te stellen welke typische mechanismen hierop van invloed kunnen zijn en waar dus op ingespeeld kan worden. Dit kan mede door eerst na te gaan op welke wijze de lokale bestuurders de vorige rapportages hebben benut ten aanzien van het gezondheidsbeleid en welke factoren hier een rol in hebben gespeeld. Aangezien het VTV-rapport voor de gemeenten en deelgemeenten wordt gemaakt, kunnen deze partijen in dit geval als het ware beschouwd worden als afnemers van dit product. Voor de GGD Rotterdam-Rijnmond is het daarom ook van belang om te weten wat de klant van het product gevonden heeft. Dit kan mogelijk van invloed zijn geweest op de wijze waarop de doorwerking eerder heeft plaatsgevonden.

1.1.2 Uitkomsten verkenning

Net als de GGD Rotterdam Rijnmond, kampen epidemiologen en professionals in de praktijk wel vaker met de vraag of hun onderzoeksresultaten ook echt het lokaal beleid bereiken. Dit heeft zelfs geleid tot fundamentele vraagstukken over de toegevoegde waarde van dergelijk onderzoek voor het lokaal beleid (De Goede, 2011:11). Alhoewel de aandacht hiervoor in de afgelopen jaren wel wat is toegenomen, was er tot voor kort nog maar weinig bekend over het werkelijk effect van epidemiologisch onderzoek op het lokaal gezondheidsbeleid en hoe dit verbeterd kan worden.

Er bestaat al enige tijd aandacht voor de rol van kennis en (feitelijke) informatie in het (politiek) beleid. Dit zegt in feite niet direct iets over de wijze waarop de doorwerking van onderzoek bevorderd kan worden, maar brengt wel inzichten in de mogelijke verklaringen van gebruik, wat vervolgens handvatten kan bieden bij de bevordering hiervan. Bij de beschrijving van de verschillende ideaaltypische benaderingen van beleid en beleidsprocessen gebruikt Bekkers (2007:54), naast andere dimensies, ook de rol van kennis om een onderscheid te maken tussen de verschillende modellen. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen een rationele, politieke, culturele, en een institutionele benadering van beleid. Deze benaderingen kunnen bepalend zijn voor de waarde die aan kennis wordt gehecht en de wijze waarop hier gebruik van wordt gemaakt. Er wordt namelijk verondersteld dat er vanuit een bepaalde benadering een eigen betekenis of nut wordt toegekend aan kennis en informatie in het beleidsproces. Theoretisch gezien betekent het bijvoorbeeld dat een beleidsmaker die veel affiniteit heeft met de rationele benadering, in meerdere mate of op een andere wijze waarde hecht aan het gebruik van kennis en informatie, dan een beleidsmaker die vanuit een politieke benadering redeneert. Vanuit deze benaderingen zijn er in de loop van de tijd theoretische modellen ontwikkeld die iets zeggen over het gebruik van onderzoek in beleid en welke factoren daarachter schuilen. In het volgende hoofdstuk worden deze nader toegelicht.

Er zijn in de afgelopen jaren verder ook al een aantal diepgaande studies gedaan naar het gebruik van kennisinformatie door beleidsmakers. Zo besteedde een aantal onderzoekers aandacht aan het gebruik van wetenschappelijke kennis bij de ontwikkeling van het jeugdgezondheidsbeleid (Gorissen, Schulpen, Kerkhoff & Heffen, 2005:133). Hiernaast vond bijvoorbeeld ook een studie plaats naar de factoren die bepalend zijn voor het gebruik van onderzoek door beleidsmakers bij het ministerie van Volksgezondheid, Wetenschap en Sport (De Goede, 2011:13). Daarmee is echter nog niet met zekerheid aangetoond dat deze resultaten ook toepasbaar zijn op lokaal niveau, omdat het beleidsproces rondom het gezondheidsbeleid zich vaak kenmerkt door andere mechanismen en actoren (Ibid.).

De Goede (2011) heeft met haar onderzoek naar het lokale gezondheidsbeleid geprobeerd dit gat als het ware op te vullen. In een studie naar evidence-based lokaal gezondheidsbeleid doet

zij onderzoek naar de interactie tussen onderzoek en lokaal beleid en kijkt zij daarmee naar de mogelijkheden voor lokale epidemiologen en andere professionals binnen de openbare gezondheidszorg om het gebruik van epidemiologisch onderzoek in het lokale beleidsvormingsproces te verbeteren. Hierbij besteedt zij aandacht aan epidemiologisch onderzoek geleverd door de GGD'en, de ontwikkeling van lokale gezondheidsanalyses, en strategieën die gebruikt worden om epidemiologisch kennis in het lokaal beleidsproces te betrekken (De Goede, 2011:14). Met een aantal casestudies heeft zij ook geprobeerd meer inzicht te creëren in de dagelijkse praktijk om zo tot beantwoording van de vraagstelling te komen. In het onderzoek wordt er een onderscheid gemaakt tussen verschillende vormen van onderzoeksgebruik. Instrumenteel gebruik, wat inhoudt dat het onderzoek op een concrete en directe manier leidt tot beleidsverandering, komt in de praktijk minder vaak voor, omdat het door de complexiteit van beleidsprocessen moeilijker haalbaar is. Conceptueel gebruik blijkt vaker voor te komen en houdt in dat het onderzoek ervoor zorgt dat het inzicht in het onderwerp en de daarmee samenhangende problemen verbeterd wordt. Het maakt hierbij dus niet uit of de aannames uit het onderzoek concreet worden overgenomen in het beleid. Bij symbolisch gebruik wordt onderzoek tactisch toegepast als ondersteuning en rechtvaardiging van beleidsstandpunten of -acties. Er wordt verondersteld dat alle vormen van gebruik een eigen vorm van bijdrage kunnen leveren aan het beleidsproces en daarom altijd als 'succes' kunnen worden beschouwd (De Goede, 2011:193). De epidemiologische onderzoekers zouden zich er verder wel bewust van moeten blijven dat ze zich als actor in een beleidsarena bevinden en dus strategisch moeten uitvinden hoe ze de interactie met de lokale beleidsmakers beter zouden kunnen benutten (Ibid.).

1.2 Probleemstelling

1.2.1 Doelstelling

De GGD Rotterdam-Rijnmond die in totaal voor 19 verschillende Rijnmondgemeenten werkt, kampt, zoals eerder aangegeven, met de vraag hoe het gebruik van de rVTV door de lokale beleidsmakers bevorderd kan worden. Met een onderzoek hiernaar wordt er als het ware ingezoomd op een specifiek kennisproduct en het gebruik hiervan door de beleidsmakers. In deze casestudie gaat de aandacht naar een GGD die haar product aan verschillende (deel)gemeenten biedt, die niet alleen qua samenstelling, maar ook organisatorisch sterk van elkaar verschillen. Zo heeft de GGD bijvoorbeeld zowel gemeenten als deelgemeenten als klant, die wat betreft de inhoud van het onderzoeksproduct uiteenlopende verwachtingen zouden kunnen hebben omdat ze simpelweg verschillende rollen vervullen in het beleidsproces. Daarnaast verschilt de relatie tussen de GGD en de Rotterdamse gemeente nogal van de relatie met overige regiomeenten omdat de GGD zelf een gemeentelijke dienst is van de gemeente Rotterdam. Om doorwerking te bevorderen is daarom wellicht een iets andere aanpak nodig. Uitgaande hiervan, kan er verondersteld worden dat de GGD Rotterdam-Rijnmond zich dus in

een zeer complexe omgeving bevindt en het optimaal gebruik van haar kennisproduct van verschillende factoren kan afhangen. Met dit onderzoek zal er gekeken worden naar de wijze waarop de doorwerking van de rVTV bevorderd kan worden. Aannames en inzichten uit voorgaande onderzoeken zullen als (theoretische) ondersteuning gebruikt worden om aanbevelingen voor te kunnen dragen.

Verder hebben de overheidsplannen in de afgelopen jaren vooral in het teken gestaan van “bezuinigen en nog eens bezuinigen”. Het overheidstekort en de bezuinigingen die hieruit voortvloeien, liggen tegenwoordig dan ook vaak ten grondslag aan de gemaakte beleidsplannen. De bezuinigingen die op Rijksniveau plaatsvinden, treffen zonder twijfel ook de lokale overheden. Voor de gemeenten betekent dit namelijk dat hun inkomsten vanuit het rijk ook flink worden ingeperkt. Het is daarom, juist omdat de budgetten zo beperkt zijn, van groot belang dat de juiste bestuurlijke keuzes gemaakt worden. Aangezien de regionale VTV hiervoor belangrijke informatie verschaft en het rapport tevens kan fungeren als feitelijke onderbouwing voor bestuurlijke keuzes, is het belangrijk dat dit rapport optimaal benut wordt. Net als bij de nationale VTV gaat men ervan uit dat door interactie van wetenschap, beleid en onderzoek beter beleid tot stand kan worden gebracht met als doel de volksgezondheid te verbeteren (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2011:9). De GGD Rotterdam-Rijnmond stelt de rVTV op vanuit de veronderstelling dat met deze kernboodschappen, die tevens gebaseerd zijn op epidemiologisch onderzoek, de lokale volksgezondheid verbeterd kan worden. Uitgaande hiervan kan er verondersteld worden dat het woongebied van de GGD Rotterdam-Rijnmond ook baat heeft bij optimale benutting van de regionale VTV.

Dit onderzoek heeft kortom als doel om mede aan de hand van een terugblik op de voorgaande rVTV te achterhalen hoe de nieuwe rVTV inhoudelijk en/of procesmatig opgesteld kan worden zodat deze beter benut kan worden door de (deel)gemeenten en bijdraagt aan een effectief en efficiënt gezondheidsbeleid. Deze studie zal zich dus eerst uiten in een kort evaluatieonderzoek. De verwachting is dat de uitkomsten die hieruit voortvloeien wat kunnen zeggen over de factoren die van invloed kunnen zijn op de waardering en benutting van dergelijke rapportages. Met behulp van theoretische inzichten zullen deze tevens achterhaald en verklaard worden. Het uiteindelijke doel is om op basis van het evaluatief onderdeel en de theoretische inzichten aanbevelingen te doen voor de toekomstige rVTV 2013. Het onderzoek is daarmee dus ook verklarend en prescriptief van aard.

1.2.2 Vraagstelling

De centrale vraagstelling in dit onderzoek is:

Hoe kan de GGD Rotterdam-Rijnmond de doorwerking van de rVTV 2013 in het lokale gezondheidsbeleid bevorderen?

Deelvragen

Om tot beantwoording van deze centrale vraag te komen, zijn er deelvragen opgesteld die stapsgewijs moeten leiden tot beantwoording van de hoofdvraag. Om tot beantwoording van de hoofdvraag te komen, is het vanuit een theoretisch perspectief gezien, noodzakelijk om eerst in kaart te brengen hoe dit product inhoudelijk is vormgegeven. De eerste deelvraag luidt daarom:

1. Hoe was de rVTV 2010 inhoudelijk opgesteld?

Na de rVTV 2010 in kaart te hebben gebracht, wordt nagegaan hoe deze is toegepast door de (deel)gemeenten. Er wordt dan gekeken naar de manier waarop de kernboodschappen uit de rVTV terugkomen in de beleidsplannen op gebied van de lokale gezondheid en op welke wijze dit rapport van invloed is geweest op het gehele beleidsproces. De tweede deelvraag luidt daarom als volgt:

2. Op welke wijze is de rVTV 2010 gebruikt door de (deel)gemeenten?

Deelvraag drie is het verlengde van deelvraag 2. Bij de derde deelvraag wordt specifiek aandacht besteed aan de factoren die bepalend zijn geweest voor de wijze waarop er gebruik is gemaakt van de rVTV 2010. Deze kunnen aansluitingspunten geven bij het achterhalen van eventuele knelpunten en bieden tevens antwoord op de vraag welke factoren mogelijk ook een rol zullen spelen in de toekomst. De derde deelvraag luidt:

3. Welke factoren zijn van invloed op de wijze waarop er gebruik wordt gemaakt van de rVTV ?

Bij de vierde deelvraag wordt er door een terugblik te werpen op de rVTV 2010, vooruitgeblijkt op de rVTV 2013. Hierbij wordt er gekeken naar bepaalde aspecten uit de rVTV 2010 en hoe dit tevens beter kan bij de volgende rVTV. Deze vragen worden mede beantwoord met behulp van de theoretische inzichten beschreven in het theoretisch kader. De vierde deelvraag is:

4. Welke verbeterpunten kunnen er, ten aanzien van de inhoud van de rVTV en de vormgeving van het proces eromheen, aangedragen worden aan de GGD Rotterdam-Rijnmond ?

1.3 Onderzoeksaanpak

Er is in dit onderzoek een deductief onderzoeksdesign gehanteerd. Aan de hand van theorie is gezocht naar antwoorden op de onderzoeksvragen, om zo tot aanwijzingen te komen voor het empirisch onderzoek. Er zijn uiteindelijk meerdere theoretische inzichten gebruikt. Er wordt in dit onderzoek verondersteld dat deze elkaar niet uitsluiten of tegenspreken, maar juist aanvullen. Deze samenhang is te verklaren door het feit dat de ene benadering is voortgevloeid uit de andere.

Dit onderzoek richt zich op de doorwerking van epidemiologisch onderzoek in het lokaal beleid. Er wordt hierbij specifiek gekeken naar de doorwerking van de rVTV 2010 van de GGD Rotterdam-Rijnmond in het lokale gezondheidsbeleid en hoe dit eventueel beter zou kunnen in de toekomst. Omdat de aandacht hierbij dus naar een specifiek geval van dit onderwerp gaat, kan er gesproken worden van een gevalstudie. Omdat de rVTV 2010 voor verschillende (deel)gemeenten is opgesteld en deze regio dus meerdere woongebieden beslaat, kan er hierbinnen weer gesproken worden van aparte cases binnen dit onderwerp. In verband met de haalbaarheid is er een geselecteerd aantal (deel)gemeenten meegenomen in het onderzoek. Meegenomen zijn de regiogemeenten Spijkenisse, Capelle a/d IJssel, Middelharnis, Schiedam, Maassluis, en de deelgemeenten Hoek van Holland, Feijenoord en Delfshaven. Deze selectie leek vanuit bestuurskundig oogpunt interessant voor het onderzoek. Nadere toelichting over de selectie vindt plaats in het methodologisch kader.

1.4 Leeswijzer

In het volgende hoofdstuk wordt een nadere toelichting gegeven op het theoretisch perspectief dat gehanteerd is in dit onderzoek. Hierbij zullen de theoretisch benaderingen en de verwachtingen die hieruit zijn voortgevloeid, worden beschreven. In hoofdstuk 3 volgt de verantwoording over de wijze waarop het onderzoek is uitgevoerd en welke methoden hierbij zijn toegepast. Om een beter beeld te krijgen van het onderzoeksonderwerp, volgt voorafgaand aan het empirische gedeelte een introducerende hoofdstuk. In hoofdstuk 4 wordt ingegaan op de GGD als organisatie en een aantal belangrijke ontwikkelingen op het gebied van het gezondheidsbeleid in Nederland. Het empirisch onderzoek volgt in hoofdstuk 5. In dit onderdeel worden de resultaten van het onderzoek beschreven en wordt er antwoord gegeven op de eerste drie deelvragen. Dit hoofdstuk uit zich enerzijds in een evaluatief onderdeel omdat er stil wordt gestaan bij de rVTV 2010 en de doorwerking hiervan, anderzijds biedt het een vooruitzicht op de volgende rVTV. De bevindingen en conclusies van het onderzoek worden in hoofdstuk 6 beschreven, gevolgd door aanbevelingen aan de GGD Rotterdam-Rijnmond.

2. Een theoretisch perspectief

In dit hoofdstuk worden de theoretische inzichten, waarvan verondersteld wordt dat ze antwoord kunnen geven op de onderzoeksvragen, nader beschreven. Het hoofdstuk begint met een beschrijving van de verschillende benaderingen. In verband met de eerder genoemde samenhang tussen de theoretische benaderingen, is er hier opvolgend een samenvattende paragraaf opgenomen. Op basis van deze inzichten worden in de laatste paragraaf de theoretische verwachtingen beschreven.

2.1 Modellen van doorwerking

De verschillende studies en inzichten die over de jaren zijn gedaan naar de doorwerking van wetenschappelijk onderzoek in het beleid, hebben geleid tot de ontwikkeling van een aantal theoretische modellen die iets zeggen over het gebruik van onderzoek in beleid en welke factoren daarachter schuilen. Deze verschillende modellen kunnen worden ingedeeld in twee groepen, namelijk modellen die wat zeggen over de achterliggende redenen voor onderzoeksgebruik, en modellen die meer gefocust zijn op het proces dat hiermee gepaard gaat. Hierdoor spreken de verschillende modellen elkaar niet zozeer tegen, maar vullen ze elkaar juist aan. In de volgende alinea's zullen deze modellen worden beschreven. In de opvolgende paragraaf vindt een schematische samenvatting hiervan plaats, waarin de te herleiden factoren uit de modellen aangeduid zullen worden.

1. Het eerst te onderscheiden model is het **pushmodel** waarin de kwaliteit van nieuwe ideeën en inzichten de belangrijkste determinanten zijn voor de toepassing van kennis in beleid (Bekkers, 2007:318). Er wordt in de internationale studies ook wel gesproken van **de knowledge driven explanations** waarbij in principe naar hetzelfde wordt verwezen. De aanname is dat naarmate onderzoeksrapporten aan bepaalde kwaliteitseisen voldoen, er meer doorwerking plaatsvindt (De Goede et al., 2010:5). De kwaliteit wordt bepaald door de geldigheid en betrouwbaarheid van het rapport waarbij het draait om de mate waarin de aanbevelingen (eenvoudig) toepasbaar zijn en kunnen bijdragen aan het oplossen van problemen.
2. Het **demand-pull-model** legt, in tegenstelling tot het voorgaande model, meer de nadruk op de rol van de opdrachtgever. De aanname is namelijk dat naarmate een kennisproduct meer aansluit op de wensen en behoeften van gebruikers, de kans op de doorwerking toeneemt (Bekkers, 2007:318). Belangrijk hierbij is dus om goed in kaart te brengen wat de wensen en behoeften van de gebruikers precies zijn. Het wordt echter ingewikkelder op het moment dat de kennisproducent met meerdere kennisgebruikers

te maken heeft. Dit leidt soms tot uiteenlopende wensen en behoeften, wat veroorzaakt wordt door onder andere uiteenlopende belangen en formele posities (Ibid.).

3. Het *dissemination-model* dat door Bekkers (2007:318) ook wel het *verspreidingmodel* wordt genoemd, focust zich, net als de vorige twee modellen, op de lineaire relatie tussen kennis en gebruiker. De aanname is dat de doorwerking afhankelijk is van de activiteiten die de onderzoekers zelf ondernemen om de resultaten van hun onderzoek bekend te maken en daarmee dus aandacht vragen van de gebruikers. De doorwerking kan volgens dit model voornamelijk bevorderd worden door extra aandacht te besteden aan de nazorg. Deze nazorg wordt niet alleen bepaald door de vorm van publicatie en verspreiding van onderzoeksrapporten, maar ook door de vormgeving, de timing en de inhoud (Bekkers, 2007:319). Dit vergt daarom een systematische aanpak.
4. Het *interactie-model* bouwt voort op de voorgaande drie modellen, maar benadrukt hierbij ook het belang van allerlei overlegvormen. De interactie tussen beide partijen wordt hier zeer belangrijk gevonden en leidt tot de aanname dat naarmate de interactie tussen kennisproducent en kennisgebruiker intensiever is, de kans op doorwerking groter wordt (Bekkers, 2007:319). Interactie kan gedefinieerd worden als een gezamenlijke activiteit van twee of meer mensen die samenwerken en hierbij meningen, waarden en normen uitwisselen en zoeken naar consensus (De Goede et.al., 2010:4). De manier waarop deze interactie plaatsvindt, is dus verklarend voor de wijze waarop het kennisproduct later gebruikt wordt tijdens het beleidsproces (Ibid.). Het model wordt gezien als een voortvloeisel van de *two communities explanations*. Dit model wijst nadrukkelijk op de culturele kloof tussen twee verschillende gemeenschappen. Deze kloof wordt veroorzaakt door verschillende talen en omgangsnormen. Onderzoekers zouden zich daarom moeten richten op het dichten van deze kloof door meer aandacht te besteden aan leesbare en aangrijpende rapporten die makkelijk te interpreteren zijn. Bovendien zouden deze rapporten specifieke aanbevelingen ten opzichte van interventies moeten bevatten die ook echt uitvoerbaar zijn voor beleidsmakers (De Goede et.al., 2010:5). Deze culturele kloof, welke als een vorm van een barrière ervaren kan worden, kan mede doorbroken worden door een goede interactie, wat de doorwerking uiteindelijk kan bevorderen.
5. Het *enlightenment-model* focust zich niet direct op de lineaire relatie tussen kennisproducent en kennisgebruiker. Dit model gaat in dit geval verder en heeft meer aandacht voor de functie van het kennisproduct. Het gaat hierbij dus niet zozeer om de vraag of bepaalde aanbevelingen zijn overgenomen, maar meer om de vraag of het product ervoor gezorgd heeft dat beleidsmakers anders zijn gaan kijken naar het

beleidsprobleem en de aanpak hiervan (Bekkers, 2007:319). Kennis wordt hier dus gezien als een voedingsbodem en vervult daarmee een agenderende functie. Om de doorwerking vast te kunnen stellen, moet er dus antwoord worden gegeven op de vraag of de verkregen kennis geleid heeft tot andere definities, benaderingen en conceptualisering van het probleem. De doorwerking is hierdoor echter wel moeilijk vast te stellen (Ibid.). In tegenstelling tot de andere modellen brengt dit model dus niet echt een determinant naar voren, maar zegt het meer iets over de vorm van gebruik, waar in een volgende paragraaf dieper op in zal worden gegaan.

6. De Goede et.al. (2010:5) verwijzen naast de demand-pull-explanations ook naar de *organizational interests explanations*. Dit verklaringmodel, is niet helemaal gelijk aan het voorgaande, maar kan als een variant hiervan worden beschouwd. Bij het eerste model, dat zich op individueel niveau afspeelt, worden de wensen en behoeften van de kennisgebruikers als belangrijkste uitgangspunt genomen. Bij dit tweede model is er echter gedetailleerde aandacht voor deze wensen die voortvloeien uit factoren zoals de organisatiestructuur, politieke domeinen, eigen normen en waarden en de positie van actoren die bepalend zijn voor het proces. Vanuit dit model wordt er verondersteld dat kennis voornamelijk gebruikt wordt wanneer dit voor de gebruiker goed uitkomt. Kennis kan dus eigenlijk gezien worden als een vorm van machtsgebruik om eigen morele of politieke waarden te ondersteunen. Het *politiek-argumentatieve model* van Bekkers (2007:320) verwijst, ondanks een andere benaming, naar hetzelfde principe; de mate waarin analyses en adviezen aansluiten bij de belangen van bepaalde actoren is meestal bepalend voor de doorwerking hiervan in het beleid, waardoor er dus sprake is van selectief politiek gebruik.

In onderstaand tabel worden de verschillende modellen van doorwerking nogmaals samengevat. Hierbij zijn tevens de factoren en barrières beschreven die uit deze benaderingen zijn te herleiden.

Figuur 2.1: Modellen van doorwerking

Modellen van doorwerking	Belangrijkste determinant voor onderzoeksgebruik	Probleem/uitdaging
1. Knowledge driven model/push-model	Kwaliteit van kennisproduct	Gedeelde erkenning van kwaliteitseisen
2. Demand pull model	Aansluiting op de wensen en behoeften van kennisgebruikers	Uiteenlopende wensen en behoeften bij meerdere gebruikers
3. Dissemination model/verspreidingsmodel	Verspreiding van kennis	Systematische nazorg
4. Interactiemodel	Interactie tussen beide partijen	“twee gescheiden werelden”
5. Enlightenment model	-	-
6. Organizational interests/ Politiek-argumentatieve model	Persoonlijke en/of organisatorische interesses/visies	Strategisch adviseren

(Bekkers, 2007:317-320; De Goede et.al., 2004:4-5)

2.2 Netwerkbenadering

De modellen van doorwerking bieden een nuttige blik op de factoren die meespelen bij de doorwerking van beleid. Zij bieden een blik op de interactie tussen onderzoek en beleid, waar de aandacht dus voornamelijk gaat naar het gebruik van onderzoek op individueel niveau (De Goede, Putters & Van Oers, 2012:708). In de praktijk is er echter zelden sprake van alleen interactie tussen een enkele kennisproducent en kennisgebruiker. Er zijn zowel bij het onderzoeksproces (totstandkoming van het kennisproduct) als bij het beleidsproces meerdere actoren betrokken. Veel onderzoekers kijken om deze reden vanuit een netwerkbenadering om de doorwerking van kennisonderzoek te bestuderen, waarbij als het ware een diepgaandere uitwerking van het eerder beschreven interactiemodel plaatsvindt (De Goede et.al., 2012:708). Omdat dit model in feite als overkoepelend van de andere modellen kan worden beschouwd, wordt het voorgaande niet tegengesproken maar juist aangevuld. Voordat dit theoretisch concept wordt toegelicht, wordt er eerst kort ingegaan op de term “netwerk”.

2.2.1 Netwerk als begrip

Vanuit de netwerkbenadering bekeken, bevinden zowel de onderzoekers als de beleidsmakers zich binnen netwerken. Een netwerk wordt gedefinieerd als het verschijnsel dat gekenmerkt wordt door stabiele patronen in sociale relaties (tussen onderling afhankelijke actoren) die plaatsvinden rondom beleidsproblemen of -programma’s. Netwerken kunnen variëren in termen van interesses, macht, de wil om samen te werken, probleempercepties en bronnen (De Goede et.al., 2012:708). Er kunnen om deze reden meestal meerdere netwerken worden onderscheiden rondom beleidsproblemen. De mensen die de kennis leveren voor het te voeren

beleid, de mensen die het beleid maken en de mensen die het beleid uitvoeren, bevinden zich bijvoorbeeld onderling allemaal binnen een eigen netwerk. Daarnaast komen zij echter tegelijkertijd samen binnen één beleidsnetwerk omdat ze allen, alhoewel ieder op een andere manier, betrokken zijn bij hetzelfde beleidsonderwerp. Hiernaast zijn ze om hun doel te bereiken (meestal) afhankelijk van elkaar. Dit gezamenlijke netwerk ontstaat dus door de nodige interactie die plaatsvindt tussen de groepen (Teisman, Van Buuren & Gerrits, 2009:22). In deze casus, waarin de aandacht gaat naar de doorwerking van een onderzoeksproduct in het lokaal beleid, vindt deze interactie bijvoorbeeld plaats tussen onderzoekers en beleidsmakers doordat onderzoekers vanuit hun eigen netwerk een kennisproduct leveren aan beleidsmakers die zich ook in een eigen netwerk bevinden. De interactie die ontstaat rondom dit kennisproduct, zorgt voor het ontstaan van een “nieuw” netwerk waarin er sprake is van pluraliteit aan actoren en probleempercepties.

2.2.2 De netwerkbenadering belicht in de praktijk

De netwerktheorie richt de aandacht sterk op het interactieproces tussen verschillende actoren en de complexiteit van feiten en strategieën die hierbij komt kijken (Teisman et.al., 2009: 22). Er wordt verondersteld dat deze interactie, en de wijze waarop deze plaatsvindt, een essentiële determinant is voor het gebruik van onderzoeksresultaten door een potentiële gebruiker. Vanuit dit oogpunt, zijn de klassieke modellen van doorwerking verder ontwikkeld en ondergebracht in vier domeinen die bepalend zijn voor het gebruik van kennis en onderzoek (De Goede et.al., 2012:709). De interactie wordt gezien als overkoepelend van deze vier.

Om dit uitgangspunt beter toe te lichten in de praktijk, is gebruik gemaakt van een studie door De Goede et.al. (2010:7), waarbij onderzoek is gedaan naar de belemmeringen voor onderzoeksgebruik. De ondervonden barrières zijn door de auteurs geplaatst binnen de vier domeinen en geven aan wat voor soort problemen zich kunnen voordoen per domein. Het overzicht is gebaseerd op eerdere onderzoeken en geeft dus een beeld van situaties uit de praktijk (De Goede et.al., 2012:709). Ten behoeve van de bruikbaarheid in de praktijk, is er door de auteurs een onderscheid gemaakt tussen enerzijds barrières op het procesniveau, waar gedurende het onderzoeksproces aan gewerkt kan worden en die dus te voorkomen zijn. Anderzijds worden er barrières onderscheiden op individueel niveau. Deze zijn veel moeilijker identificeerbaar en aan te pakken, omdat ze samenhangen met de persoonlijke normen en waarden van zowel de kennisproducenten als de -ontvangers (De Goede et.al., 2010:3).

Naast een beschrijving van de determinanten van doorwerking, bieden deze onderzoeksresultaten inzicht in de aspecten die op hun beurt weer van invloed zijn op de determinanten. Er is hierdoor meer ingezoomd op de beschreven domeinen zelf. De veronderstelling hierachter is dat door te laten zien waar het mis kan gaan, duidelijk wordt op welke aspecten gelet moet worden om een doorwerking te bevorderen. Het biedt hiermee dus

antwoord op de vraag, hoe een doorwerking bevorderd kan worden en voor welke specifieke aspecten men hierbij aandacht moet hebben. Inzicht in de hindernissen en de belangrijkste factoren hierin, kan in dit onderzoek tevens nuttig zijn bij het analyseren van het proces (in deze casestudie) en de mogelijke knelpunten hierin.

Na een beschrijving van de verschillende domeinen, wordt er in de volgende tabellen steeds een overzicht gegeven van de ondervonden barrières per domein. Hiernaast worden de belangrijkste factoren die geïdentificeerd zijn, beschreven. Het gaat om de factoren die van invloed zijn op de specifieke barrières.

Procesniveau

De eerste twee domeinen hebben betrekking op het procesniveau. Het gaat hierbij om de verwachtingen en de overdracht. Bij *verwachtingen* wordt er verwezen naar de mate waarin de onderzoeksresultaten binnen de context van een organisatie zijn aangepast aan de verwachtingen van de potentiële gebruikers (Steenkamer, De Goede, Treurniet, Putters & Van Oers, 2010:462). De bewustwording van de verschillende werelden waarbinnen de onderzoekers en beleidsmakers zich bevinden, staat hierin centraal. Het gaat er dus om dat de kennisproducent goed op de hoogte is van de verschillende wensen en behoeften die de gebruikers hebben, en het aanbod hierop afstemt. Volgens De Goede et.al (2012:709) dienen de maatregelen hiervoor, ondernomen te worden tijdens de voorbereidingsfase van het onderzoek. Op het moment dat de afstemming niet voldoende plaatsvindt, wordt de kans op doorwerking kleiner. Deze verkeerde/onvoldoende afstemmingen kunnen, zoals aangegeven in figuur 2.2, ontstaan op verschillende manieren en betrekking hebben op verschillende aspecten:

Figuur 2.2: Barrières met betrekking tot de verwachtingen

Specifieke barrières	Belangrijkste factoren van invloed
Weinig bekendheid over het politiek proces bij de kennisproducent/onderzoekers	Inzicht in de werkprocessen
Relevantie aanbod informatie	Inventarisatie van de vraagkant van informatie, onderhandeling over de onderzoeksvragen
Antwoorden op specifieke vraagstukken	Beperkingen van onderzoeksopzet en termijnen bespreken
Onvoldoende onderzoeksresultaten door de keuze voor de onderzoeksopzet	Beperkingen van onderzoeksopzet en termijnen bespreken
Mate van onzekerheden	Beperkingen van onderzoeksopzet en termijnen bespreken
Actualiteit	Beperkingen van onderzoeksopzet en termijnen bespreken
Timing	Tijdsplanning voor kennisoverdracht

(De Goede et.al., 2010:7)

Bij de *overdracht* gaat het om de mate waarin de onderzoeksresultaten qua vorm en inhoud zijn afgestemd op en verspreid zijn naar de mogelijke gebruikers. Het gaat hierbij om de fase waarin de onderzoeksresultaten gepubliceerd en gecommuniceerd worden naar de gebruikers.

Figuur 2.3: Barrières met betrekking tot de overdracht

Specifieke barrières	Belangrijkste factoren van invloed
Taal	Afstemming taalgebruik op de doelgroep, overtuigingskracht boodschap, de verpakking, relatie met andere beleidsterreinen
Tegensprekende resultaten van andere onderzoekers	Verzameling/analyse van andere onderzoeksresultaten
Media	Communicatie naar de media

(De Goede et.al., 2010:7)

Individueel niveau

Er worden verder nog twee domeinen onderscheiden op individueel niveau. De auteurs hebben aan de ene kant barrières geïdentificeerd die oplosbaar zijn gedurende het beleidsproces. Daarnaast zijn er ook andere barrières, die alleen veranderd kunnen worden door te leren en ervaring op te doen (De Goede et.al., 2010:3). Voor deze hindernissen geldt dat er geen factoren geïdentificeerd zijn. Deze barrières zijn daarom niet voorzien van een “belangrijkste factor van invloed”.

De *acceptatie*, het oordeel over de betrouwbaarheid en de legitimiteit van de onderzoekers en de onderzoeksresultaten door de gebruikers, is één van de domeinen. Dit oordeel over de betrouwbaarheid en legitimiteit is niet gebaseerd op wetenschappelijke eisen, maar op eigen percepties van onderzoekers en beleidsmakers (De Goede, 2011:188).

Figuur 2.4: Barrières met betrekking tot de acceptatie

Specifieke barrières	Belangrijkste factoren van invloed
Ervaren betrouwbaarheid en generaliseerbaarheid van bewijs	Wijze waarop stakeholders de kwaliteit van het onderzoek beoordelen/waarnemen
Ervaren geloofwaardigheid van bronnen	Wie brengt de boodschap
Aansluiting op de persoonlijke kennis, systemen van normen en waarden, voorkeuren en tradities	-

(De Goede et.al., 2010:7)

Tot slot speelt de *Interpretatie* een belangrijke rol. De vraag of het probleem belangrijk genoeg is voor een aanpak, staat hier centraal. Het gaat hierbij om de waarde die men toekent aan onderzoeksresultaten. Deze waarde hangt af van persoonlijke ervaringen en interesses, organisatorische interesses en beleidsmatige oplossingsmogelijkheden (De Goede et.al., 2010:4). Voor onderstaande barrières zijn er geen belangrijkste factoren geïdentificeerd. Er wordt verondersteld dat de barrières, die geplaatst zijn onder dit domein, niet oplosbaar zijn gedurende het beleidsproces.

Figuur 2.5: Barrières met betrekking tot de interpretatie

Specifieke barrières
Afweging of er voldoende aanleiding is om een probleem op te pakken, de relevantie
Afweging van de connectie met persoonlijke of institutionele interesses
Afweging van wie er verantwoordelijk is voor het probleem
Afweging van de oplossingen die aanwezig zijn

(De Goede et.al., 2010:7)

2.3 Vormen van onderzoeksgebruik

Onderzoeksrapporten kunnen op verschillende manieren doorwerken in het beleid. Deze verschillende vormen van doorwerking staan in verhouding met de beschreven modellen en geven een beschrijving van de verschillende manieren waarop beleidsmakers gebruik kunnen maken van kennis en onderzoek. In dit onderzoek wordt aangesloten bij de vier verschillende vormen van doorwerking die onderscheiden worden door (Bekkers, Fenger, Homburg & Putters, 2004:24). Zij hebben in hun onderzoek specifiek de aandacht gericht op de doorwerking van beleidsadvies door adviesraden in het beleid. Het theoretisch inzicht dat hier gebruikt is, kan desondanks gebruikt worden als inspiratiebron voor verschillende kennisproducten zoals evaluatierapporten of andere vormen van (wetenschappelijk) onderzoek (Bekkers, 2007:317). Het is hierdoor dus ook toepasbaar in dit onderzoek. Deze vormen van doorwerking worden in het volgende tabel weergegeven:

Figuur 2.6: Vormen van doorwerking

Vorm van doorwerking	Omschrijving
Instrumentele doorwerking	Het advies leidt tot een directe verandering van gedrag van individuen of organisaties in lijn met de aanbevelingen van het advies
Conceptuele doorwerking	Het advies heeft een verandering in de kennis, opvattingen of causale redeneringen van individuen of organisaties tot gevolg
Agenderende doorwerking	Als gevolg van het advies wordt een nieuw onderwerp of beleidsthema onderwerp van het maatschappelijke of politieke debat; het advies heeft een agenderende functie
Politiek-strategische doorwerking	Het advies wordt gebruikt om de machtspositie van één of enkele spelers te versterken om op deze wijze de politieke doelen beter te kunnen bereiken.

(Bekkers, Fenger, Homburg & Putters, 2004:24)

Een *instrumentele doorwerking*, welke in de praktijk zelden blijkt voor te komen, houdt in dat een advies leidt tot een directe aanpassing van het beleid. De verkregen kennis wordt dan gezien als een gegevensbron voor beleid (Bekkers, Fenger, Homburg & Putters, 2004:24). Deze opvatting verhoudt zich met de eerste twee klassieke modellen van doorwerking. Een directe doorwerking blijkt in veel gevallen echter nauwelijks haalbaar door de complexiteit waarmee het beleidsproces gepaard gaat (De Goede, 2011:192).

Bij een *conceptuele doorwerking* worden de aangekaarte problemen niet direct overgenomen in het beleid, maar wordt de kennis eerder gezien als inspiratiebron voor het beleid. Er vindt hierbij een verandering plaats in het referentiekader (Bekkers, 2007: 321). De veronderstelling is dat er een bijdrage wordt geleverd aan de kwaliteit van het beleidsproces doordat de gegevens leiden tot overwegingen en discussies (De Goede, 2011:192).

De *agenderende doorwerking*, die veel samenhangt met de vorige vorm van doorwerking, dient ook als inspiratiebron. Door de advisering worden onderwerpen, die eerder niet onder de aandacht van politici waren, op de politieke en/of maatschappelijke agenda gezet. Deze opvatting verhoudt zich sterk met de enlightenment-, interactie- en verspreidingsmodellen van doorwerking (Bekkers, Fenger, Homburg & Putters, 2004:19).

Er kan tot slot gesproken worden van een *politiek-strategische doorwerking*. In andere onderzoeken wordt ook wel verwezen naar de term ‘symbolisch gebruik’ (De Goede, 2011). Kennis wordt dan gebruikt als een machtsmiddel om de positie van actoren te versterken teneinde de eigen belangen en doeleinden beter te kunnen onderbouwen. De kennis dient als legitimerende argumentatie voor beleid (Bekkers, 2007:321). Deze opvatting verhoudt zich met het politiek-argumentatief model van doorwerking.

2.4 Samenvattend

2.4.1 Theoretisch kader

Er is in de voorgaande paragrafen een beschrijving gegeven van de theoretische inzichten, waarvan verwacht wordt dat zij bruikbaar zijn bij de beantwoording van de onderzoeksvragen. Uit de beschreven modellen zijn factoren te herleiden die bepalend zijn voor de doorwerking van de rTV. De belangrijkste determinanten waarop door de kennisproducent ingespeeld kan worden, blijken te zijn:

- ✚ de kwaliteit van het kennisproduct
- ✚ de aansluiting op de wensen en verwachtingen van de gebruiker
- ✚ de spreiding van het kennisproduct/nazorg

Op proces-basis zijn dit:

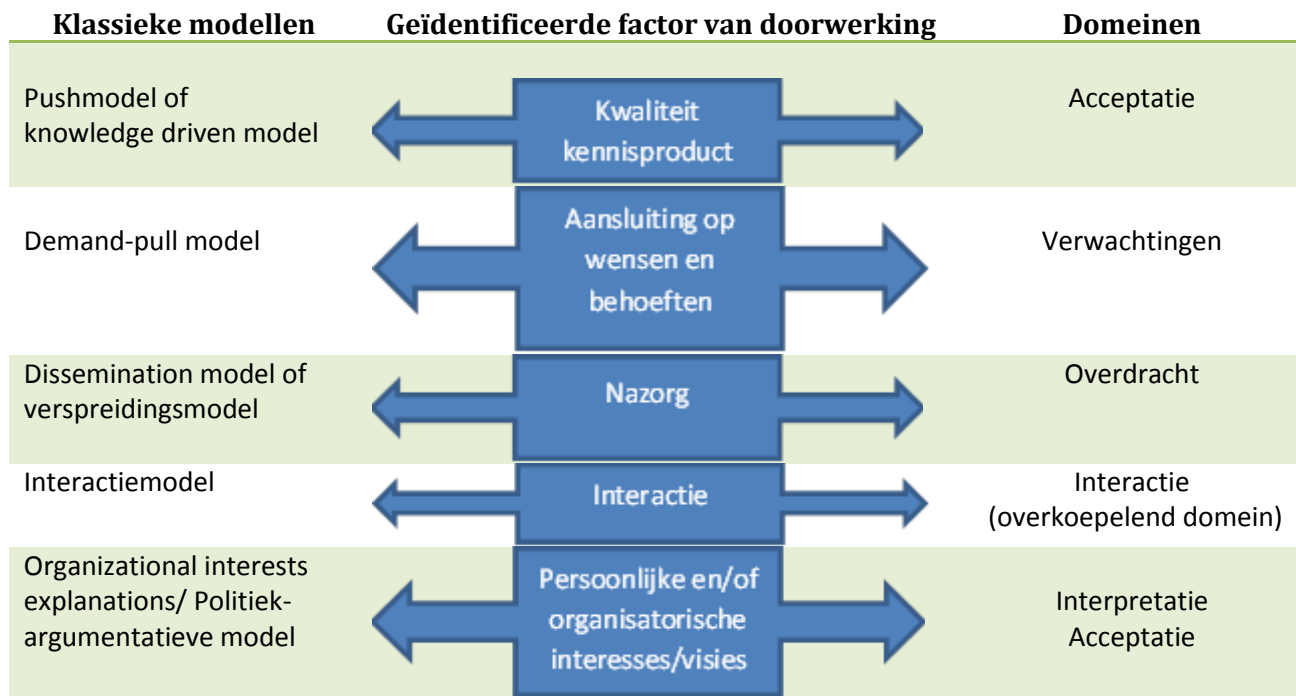
- ✚ de interactie
- ✚ de politieke en/of organisatorische interesses.

Er is verder extra aandacht besteed aan een verder ontwikkelde versie van het interactiemodel dat voortvloeit uit de netwerkbenadering. Vanuit deze benadering zijn er barrières en bijhorende factoren geïdentificeerd, die geplaatst kunnen worden binnen de volgende domeinen:

- ✚ Verwachting
- ✚ Overdracht
- ✚ Acceptatie
- ✚ Interpretatie

Deze domeinen, met de interactie als overkoepelend concept, worden in dit onderzoek beschouwd als de determinanten van doorwerking. Deze benadering, met de onderscheiden domeinen, sluit aan bij de klassieke modellen van doorwerking. Deze samenhang wordt geïllustreerd in onderstaand tabel. Het enlightenment-model brengt, zoals eerder beschreven geen factor van doorwerking naar voren, maar zegt meer iets over de vorm van gebruik. Het model is daardoor niet meegenomen in het tabel.

Figuur 2.7: Samenhang klassieke modellen en domeinen



In feite kunnen de geïdentificeerde factoren uit de modellen binnen deze domeinen geplaatst worden. Zo wordt er met bijvoorbeeld de verspreiding van het kennisproduct, oftewel de nazorg, naar het zelfde principe verwezen als dat gedaan wordt bij de “overdracht”. De factor die leidt uit het “Organizational interests explanations” kan zowel ondergebracht worden onder de interpretatie als de acceptatie. De persoonlijke/organisatorische kenmerken zijn namelijk zowel van invloed op de acceptatie als de interpretatie, die op hun beurt weer de doorwerking beïnvloeden.

De toegevoegde waarde van deze toespitsing op het interactiemodel in dit onderzoek, is dat er ook aandacht is voor andere stakeholders in het beleidsproces. Hiernaast is er bij de beschrijving meer expliciete aandacht voor details. Dit heeft ook te maken met de aandacht voor andere actoren. Zo wordt er bij het spreidingsmodel gewezen op het belang van ‘spreiding’ onder de potentiële gebruikers, terwijl er binnen het domein “overdracht” ook aandacht wordt gevraagd voor omringende actoren zoals de media. Daarnaast wordt er extra nadruk gelegd op de interactie bij alle determinanten van doorwerking. Om bijvoorbeeld het aanbod goed af te kunnen stemmen op de behoeften is voldoende inzicht hierin noodzakelijk. Dit inzicht is te verkrijgen door voldoende interactie met de kennisgebruikers tijdens de voorbereidingsfase. Op deze manier komt interactie dus ook van pas bij de andere aspecten die als factor van

doorwerking worden onderscheiden. Er zou daarom kortom gesteld kunnen worden dat dit model wat verder ontwikkeld is.

Via het enlightenment-model, één van de klassieke modellen van doorwerking, werd de focus al eerder gelegd op de functie van het kennisproduct. In de later ontwikkelde theoretische inzichten wordt een onderscheid gemaakt tussen vier verschillende vormen van doorwerking. Het onderscheid dat gemaakt wordt, is bruikbaar om in kaart te kunnen brengen van welke vorm van gebruik er eerder sprake is geweest, naar welke doorwerking de GGD Rotterdam-Rijnmond in de toekomst streeft en gericht op welk doel. De volgende vormen van doorwerking kunnen worden onderscheiden:

- ✚ Instrumenteel
- ✚ Conceptueel
- ✚ Agenderend
- ✚ Politiek-strategisch

Deze indeling impliceert in principe niet dat de ene doorwerking de andere uitsluit, deze vormen kunnen namelijk tegelijkertijd voorkomen. Een kennisproduct kan ervoor zorgen dat bepaalde problemen op de politieke agenda komen en een politicus die het daarmee eens is, kan het daarnaast gebruiken om zijn standpunten te onderbouwen. Uit eerdere studies is verder gebleken dat instrumenteel gebruik in de praktijk nauwelijks voorkomt omdat dit vaak moeilijk haalbaar is. Dit sluit echter niet uit dat er, indien dit gewenst is, mogelijkheden zijn om deze doorwerking op een strategische wijze te proberen te bevorderen. Daar kunnen de beschreven theoretische benaderingen inzicht in bieden.

2.4.2 Theoretische verwachtingen

De verschillende studies naar de rol van kennis in het beleid, hebben geleid tot de beschreven theoretische inzichten in dit hoofdstuk. Hieruit zijn factoren voor de doorwerking van onderzoek in beleid naar voren gekomen. Deze inzichten bieden daarmee een antwoord op de vraag hoe de doorwerking van de rVTV 2013 in het lokale gezondheidsbeleid bevorderd zou kunnen worden. Zoals eerder werd toegelicht, is het interactiemodel vanuit de netwerkbenadering verder ontwikkeld. Hiermee wordt geen afstand gedaan van inzichten uit de klassieke modellen, maar wordt er iets extra aan toegevoegd. Er wordt in dit onderzoek ook uitgegaan van dit perspectief. Dit heeft geleid tot het conceptueel model weergegeven in figuur 2.8.

Er wordt verondersteld dat de doorwerking, die zich in vier verschillende vormen kan voordoen, afhankelijk is van de acceptatie, overdracht, verwachtingen, interpretatie en interactie. Deze determinanten zijn weer afhankelijk van verschillende aspecten. De doorwerking, ongeacht welke vorm, hangt af van de invulling die wordt gegeven aan alle vijf verschillende determinanten. Het vakje “interactie” staat om een speciale reden op een andere plek: Zoals

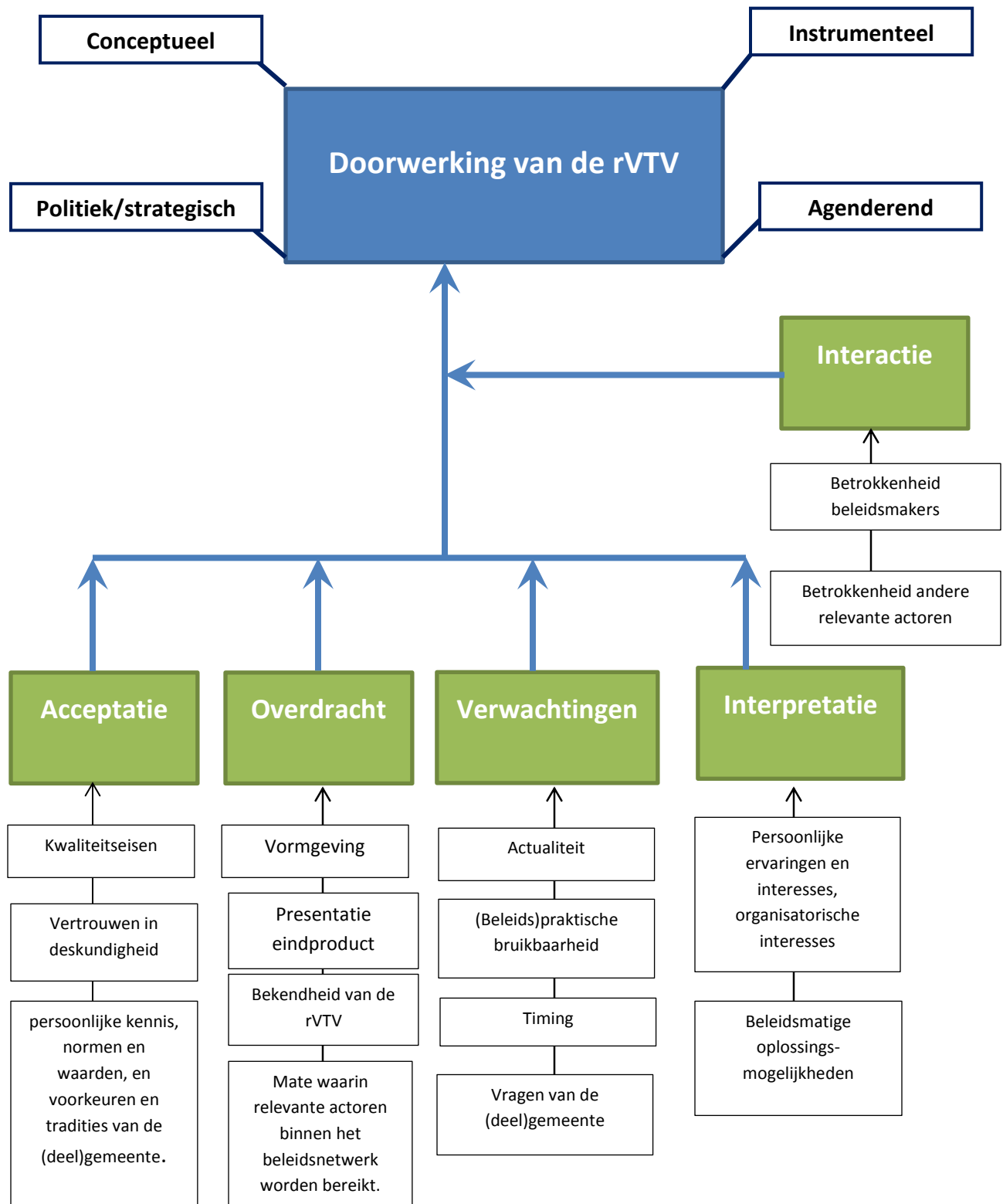
eerder werd toegelicht, wordt er vanuit de netwerkbenadering verondersteld, dat de interactie tussen kennisproducent en -gebruikers constant aanwezig dient te zijn. De aanname is dat de interactie ook een rol dient te spelen bij het strategisch inspelen op de andere factoren. De “interactie” wordt daarom aan de ene kant gezien als overkoepelend van de andere vier determinanten. Deze determinant wordt aan de andere kant ook als gelijkwaardig gezien en meegenomen als een onderdeel die apart waargenomen zal worden in het onderzoek. In het volgende hoofdstuk wordt hier verder op ingegaan. Uitgaande van dit perspectief is de aanname dat de doorwerking het beste bevorderd kan worden als er sprake is van:

- ✓ Voldoende overeenstemming over de kwaliteitseisen van het kennisproduct tussen de GGD Rotterdam-Rijnmond, de (deel)gemeenten en andere belangrijke stakeholders. Hierbij dient er tevens sprake te zijn van vertrouwen in de deskundigheid van de GGD. Hier verwijst het begrip *acceptatie* naar.
- ✓ Voldoende aansluiting bij de behoeften en vragen die de (deel)gemeenten (vooraf) hebben, oftewel de *verwachtingen*.
- ✓ Qua vormgeving en inhoud, goede afstemming op de doelgroep van de rVTV en relevante actoren. Hiernaast dient de rVTV voldoende onder de aandacht te worden gebracht bij de partijen. Dit wordt aangeduid met de *overdracht*.
- ✓ Een conveniërende *interpretatie* van het kennisproduct, door de gebruiker(s)
- ✓ Voldoende *interactie* tussen de GGD en de (deel)gemeenten, dit gedurende het hele proces.

Om bovenstaande punten te kunnen realiseren dient de GGD, waar mogelijk, in te spelen op onderliggende factoren die bepalend zijn voor deze determinanten. Verdere toelichting hierop volgt in het volgende hoofdstuk.

Andere verwachtingen die op basis van het theoretisch kader geformuleerd kunnen worden, hebben betrekking op de vormen van doorwerking. Er wordt verwacht dat de verschillende vormen samen terugkomen. Dit houdt in dat er per (deel)gemeente verschillende vormen van doorwerking geïdentificeerd kunnen worden. Hiernaast wordt er op basis van eerdere onderzoeksresultaten, verwacht dat de conceptuele doorwerking het vaakst voorkomt, oftewel herkend wordt, en de instrumentele doorwerking het minst vaak (De Goede, 2011:192).

Figuur 2.8: Conceptueel model



3. Methodologische verantwoording

In dit hoofdstuk wordt de toegepaste methodologie nader beschreven. Bij de operationalisatie zullen de variabelen, afgeleid uit het theoretisch kader, verbonden worden met de empirie waarbij aangegeven wordt, hoe ze waargenomen zijn. Deze zijn nodig om de doorwerking van de rVTV 2010 vast te kunnen stellen. Het hoofdstuk gaat verder met een toelichting op de selectie van de cases, gevolgd door een beschrijving van de onderzoeksmethoden.

3.1 Operationalisatie

De inzichten uit het theoretisch kader beschrijven dat de doorwerking van een kennisproduct in het beleid afhankelijk is van een aantal factoren die geplaatst kunnen worden binnen een aantal domeinen: de acceptatie, verwachting, overdracht en interpretatie van de kennisgebruiker. Deze domeinen samen met de “interactie”, die in dit onderzoek de onafhankelijke variabelen vormen, zullen in onderstaande alinea’s eerst steeds worden gedefinieerd, gevolgd door een beschrijving van de indicatoren. De indicatoren, die gebruikt zijn om aan te geven hoe de variabelen “gemeten”, oftewel waarneembaar zullen worden gemaakt, zullen verder in het onderzoek gebruikt worden bij het opstellen van de interviewvragen en de uitwerking hiervan.

Afhankelijke variabele

De doorwerking van het kennisproduct, wat in dit geval de rVTV van de GGD Rotterdam-Rijnmond is, vormt in dit onderzoek de afhankelijke variabele. De aanname is dat deze variabele afhankelijk is van de vijf andere (onafhankelijke) variabelen. Met de doorwerking van een kennisproduct in beleid wordt verwezen naar het gebruik van de kennis/informatie, verkregen uit het kennisproduct, ter realisatie en/of ondersteuning van beleid. Deze doorwerking kan zich in vier vormen voordoen: Instrumenteel, conceptueel, agenderend en/of symbolisch. Om deze vormen vast te kunnen stellen, is er gekeken naar de mate waarin de boodschappen uit de rVTV 2010 terugkomen in de collegeprogramma’s, gezondheidsnota’s en andere beleids- en bestuursdocumenten. Tijdens de interviews zijn er tevens vragen gesteld om het gebruik van de rVTV 2010 door de (deel)gemeenten te achterhalen.

Instrumentele doorwerking

- ❖ **Omschrijving:** Er is hier sprake van als de rVTV 2010 heeft geleid tot een directe verandering van gedrag van de (deel)gemeente/beleidsmaker in lijn met de aanbevelingen in het rapport.
- ❖ **Indicatoren:**
 - De (deel)gemeente past naar aanleiding van de kennis en informatie uit de rVTV 2010 haar gezondheidsbeleid aan en heeft daarvoor ook concreet de adviezen uit het rapport opgevolgd.

Conceptuele doorwerking

- ❖ **Omschrijving:** Er is hier sprake van als de rVTV 2010 heeft geleid tot verandering in de kennis, opvattingen of causale redeneringen van de (deel)gemeente/beleidsmaker.
- ❖ **Indicatoren:**
 - *De rVTV heeft geleid tot nieuwe/betere inzichten:*

Dit wordt waargenomen door middel van vergelijking van het beleid vóór de rVTV en het beleid ná de rVTV. Er wordt gekeken naar een causaal verband tussen rVTV en eventuele aanpassingen in het beleid van de (deel)gemeenten. Dit wordt afgeleid aan de hand van de beleidsanalyses en de interviewgesprekken.
 - *De rVTV wordt gebruikt als achtergrondinformatie:*

Dit wordt ten eerste vastgesteld aan de hand van de analyse van de beleidsdocumenten. Er wordt gekeken naar verwijzingen naar de rVTV en/of aanhalingen van het kennisproduct als bron hierin. Met behulp van de interviews wordt tevens achterhaald of de rVTV op een andere wijze gebruikt is als achtergrondinformatie, bijvoorbeeld bij een presentatie.

Agenderende doorwerking

- ❖ **Omschrijving:** De rVTV 2010 heeft ervoor gezorgd dat een nieuw onderwerp of beleidsthema onderwerp is geworden van het maatschappelijke of politiek debat.
- ❖ **Indicatoren:**
 - *De rVTV heeft geleid tot erkenning/ontdekking van een nieuw probleem:*

Dit wordt vastgesteld door vergelijking van het oud beleid met het nieuw beleid. Tijdens de interviews is tevens gevraagd of de rVTV een nieuw probleem aan het licht heeft gebracht.
 - *De rVTV heeft geleid tot aandacht van of vragen vanuit de gemeenteraad, media of andere groepen actoren:*

Om dit te achterhalen wordt er via de websites van de (deel)gemeenten gekeken naar vragen vanuit de raden, die te maken hebben met de informatie uit de rVTV. Tijdens de interviews wordt er verder gevraagd naar de invloed van de rVTV op de politieke/beleidsagenda's of bijeenkomsten met andere actoren in het beleidsveld.

Politiek-strategische doorwerking

- ❖ **Omschrijving:** De adviezen zijn gebruikt om de machtspositie van één of enkele spelers te versterken of om op deze wijze de politieke doelen beter te kunnen bereiken.

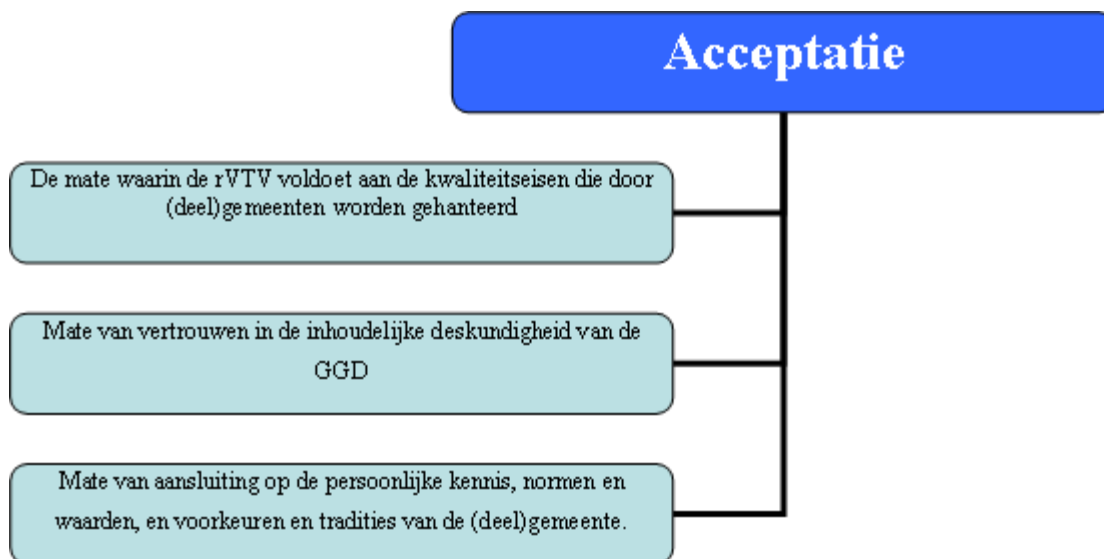
❖ **Indicatoren:**

- *De rVTV 2010 wordt gebruikt om bepaalde beleidskeuzes of -prestaties te verantwoorden.*
- *De rVTV 2010 wordt gebruikt om (politieke) standpunten te versterken tijdens debatten.*

Om deze indicatoren vast te stellen, wordt er bij de interviews gevraagd naar de wijze van gebruik van de rVTV. Via de website van de (deel)gemeenten worden verder beschikbare verslagen van debatten en andere bijeenkomsten geanalyseerd.

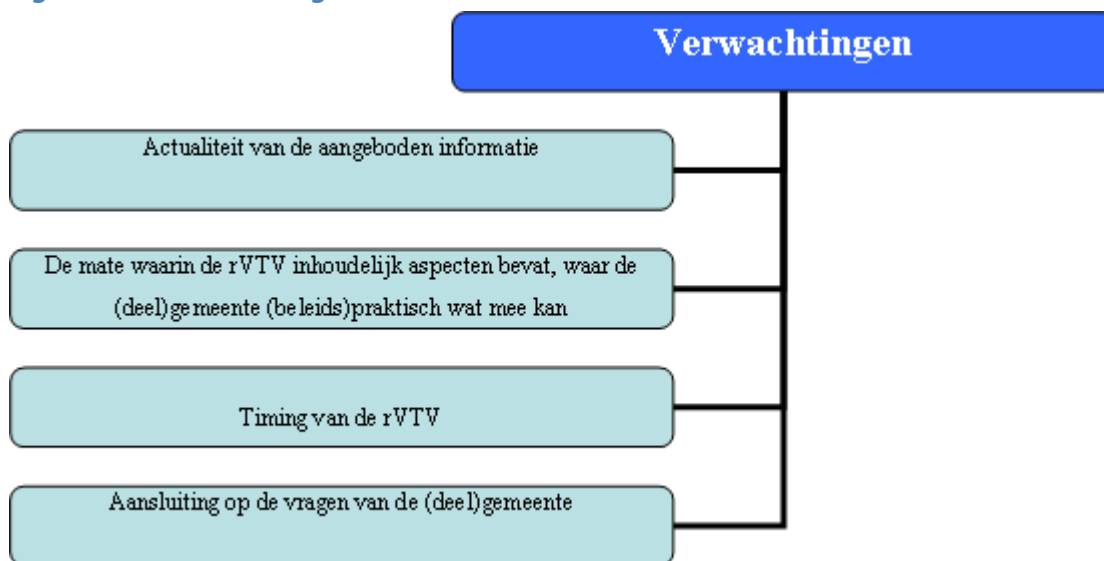
Onafhankelijke variabelen

Figuur 3.1: Acceptatie



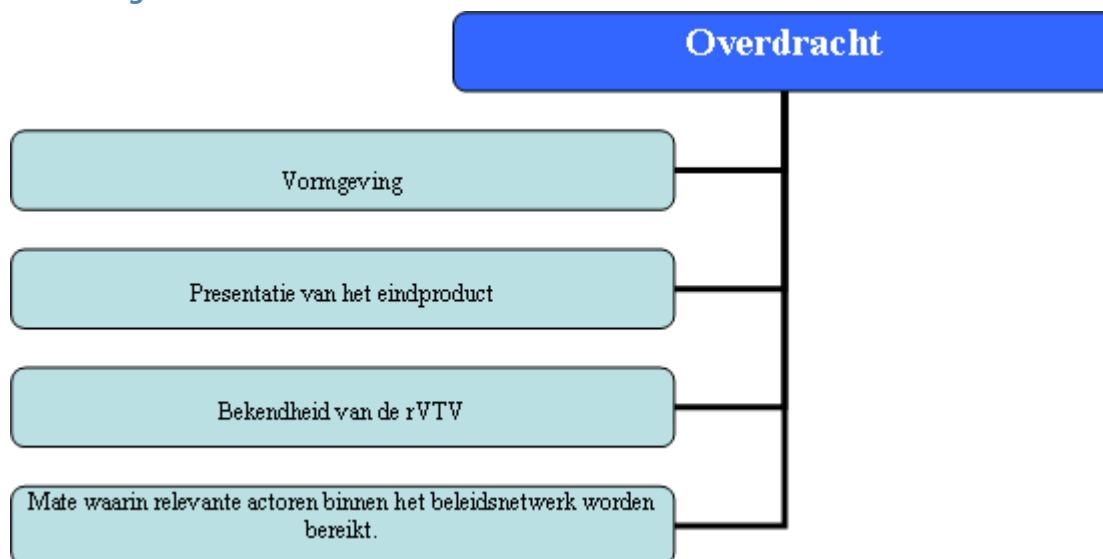
- ❖ **Definitie:** Oordeel over de betrouwbaarheid en legitimiteit van de rVTV door de (deel)gemeenten.
- ❖ **Omschrijving:** Zoals uit de definitie valt af te leiden, gaat het hierbij in principe om de beoordeling van de rVTV 2010 door de (deel)gemeente. Deze beoordeling wordt onder andere bepaald door het vertrouwen in de expertise van de GGD. Deze factor van invloed, is samen met de andere twee (weergegeven in figuur 3.1) vastgesteld op basis van het theoretisch kader. De acceptatie wordt vastgesteld met behulp van de interviews. In de vragenlijst zijn vragen opgenomen die gaan over de inhoudelijke kwaliteit van de rVTV, althans hoe de respondenten hier tegen aankijken. Door te vragen naar de argumentatie hierachter, wordt geprobeerd een beeld te krijgen van hun beoordeling.

Figuur 3.2: Verwachtingen



- ❖ **Definitie:** De mate waarin de rVTV aansluit op de wensen en behoeften van de (deel)gemeenten.
- ❖ **Omschrijving:** Om een beeld te kunnen krijgen van de verwachtingen van de (deel)gemeenten en de aansluiting hierop, wordt er door middel van de interviews gekeken naar de mate waarin voldaan is aan de aspecten (weergegeven in figuur 3.2) die hier van invloed op zijn. In de interviewhandleiding (zie bijlage I) zijn vragen opgenomen die gaan over de wensen en behoeften van de (deel)gemeenten en in hoeverre de rVTV hieraan tegemoetgekomen is.

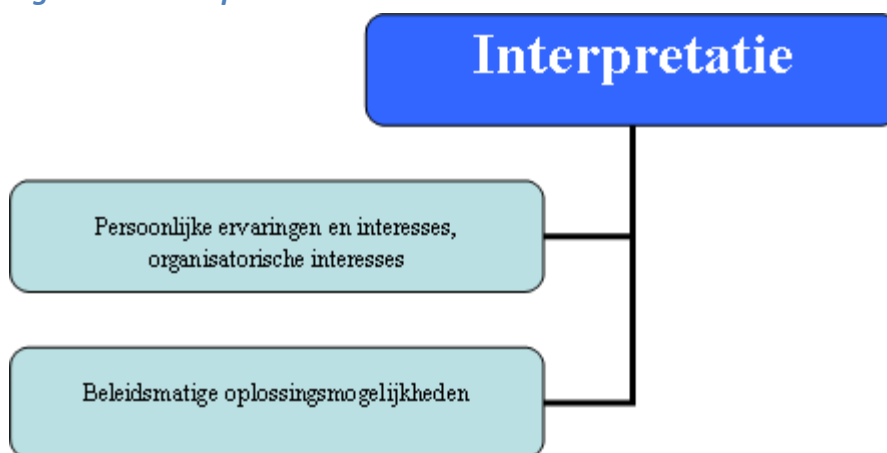
Figuur 3.3: Overdracht



❖ **Definitie:** De wijze of mate waarin de rVTV qua vorm en inhoud is afgestemd op, en verspreid is naar de mogelijke gebruikers en relevante actoren.

Omschrijving: Om te kunnen vaststellen hoe de overdracht is verlopen en of deze wijze de doorwerking heeft belemmerd of juist ten goede is gekomen, wordt er gekeken naar de vier aspecten weergegeven in figuur 3.3. De term “vormgeving” kan hier breed worden geïnterpreteerd. Het gaat in grote lijnen om de wijze waarop de rVTV qua layout en taalgebruik is samengesteld. In de interviewvragenlijst zijn vragen opgenomen die gaan over de overdracht en hoe dit is ervaren door de (deel)gemeenten. Op basis van de beantwoording van deze vragen, wordt de invloed op de doorwerking geanalyseerd.

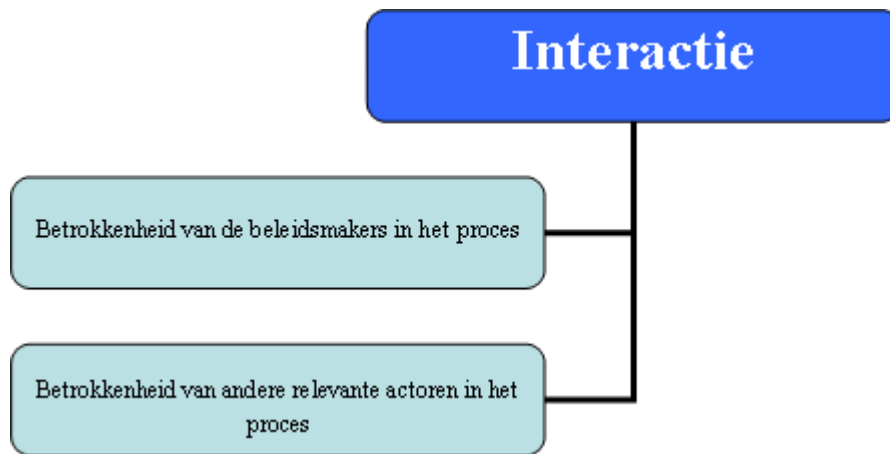
Figuur 3.4: Interpretatie



❖ **Definitie:** De betekenis/waarde die toegekend wordt aan de rVTV.

❖ **Omschrijving:** Het gaat bij deze onafhankelijke variabele om de ervaren relevantie van het kennisproduct. In figuur 3.4 wordt aangegeven welke onderliggende factoren hier van invloed op zijn. De interpretatie wordt vastgesteld met behulp van beantwoording van de interviewvragen. Tijdens de interviews worden vragen gesteld die betrekking op de visie van de (deel)gemeente op de rVTV en welke achterliggende factoren hieraan ten grondslag liggen.

Figuur 3.5 Interactie



- ❖ **Definitie:** Wisselwerking tussen de GGD, (deel)gemeenten en andere actoren.
- ❖ **Omschrijving:** Om dit vast te stellen, wordt er gekeken naar de betrokkenheid van de (deel)gemeenten en andere relevante actoren in het gehele proces. Dit wordt herleid uit de gesprekken met de betrokken personen van de GGD zelf, de interviews bij de (deel)gemeenten en een analyse van de interne documenten en/of verslagen van de GGD die gaan over het rVTV-project in 2010.

3.2 Selectie van cases

Zoals eerder vermeld, bestaat de rVTV 2010 onder andere uit 33 rapporten die per gemeente en deelgemeente zijn gemaakt. Om de doorwerking van ieder rapport vast te kunnen stellen zouden in principe alle (deel)gemeenten benaderd moeten worden. In verband met de haalbaarheid van het onderzoek is hiervoor niet gekozen en is er een selectie gemaakt. Deze selectie is naast het theoretisch kader ook gebaseerd op een aantal veronderstellingen uit bestuurskundige theorieën.

- *In één van de cases komt zowel een gemeente als een deelgemeente voor*

Aangezien de rVTV 2010 zowel voor gemeenten als deelgemeenten is gemaakt, zullen beide soorten instanties meegenomen worden in het onderzoek. Gemeenten en deelgemeenten verschillen qua soort overheidsinstelling uiteraard van elkaar. De deelgemeenten kunnen beschouwd worden als een vorm van binnengemeentelijke decentralisatie waarbij bevoegdheden met daarbij behorende personele, financiële en andere middelen door gemeentelijke organen overgedragen zijn aan lagere organen (Beukenholdt-ter Mors, Cachet, Daemen, Ringeling & Schaap, 2002:6). Vanuit de theorie, die eerder toegelicht werd in het theoretisch kader, wordt verondersteld dat de doorwerking van onderzoek in het beleid mede afhangt van de verwachtingen die de gebruiker heeft van het onderzoeksproduct en de mate

waarin hierop wordt aangesloten. Deze verwachtingen kunnen bijvoorbeeld samenhangen met de taken en bevoegdheden van de kennisgebruiker omdat ze meer geïnteresseerd kunnen zijn in informatie die bruikbaar is binnen hun takenpakket. Dit zou dus kunnen betekenen dat de behoeften/verwachtingen van een deelgemeente en een gemeente van elkaar verschillen. Indien dit zou blijken, zou de GGD om de doorwerking te bevorderen, hierop in kunnen spelen.

- *In de cases komt zowel een kleine als een grote (deel)gemeente voor die daarnaast ook verschillen qua lokale gezondheidsproblemen*

De reden om de selectie ook op dit criterium te baseren, hangt om te beginnen nauw samen met de voorgaande argumentatie. Gebaseerd op de theorie kan er verondersteld worden dat interactie een belangrijk aspect is bij de totstandkoming van lokaal beleid waarbij meerdere actoren betrokken zijn (De Goede, Putters & Van Oers, 2012:709). Dat heeft in dit onderzoek geleid tot dit tweede criterium. Gezondheidsproblemen blijken indirect samen te hangen met de urbanisatiegraad van een gebied (Ten Dam, 1997:19-20). Uit eerdere onderzoeken, door onder andere het Centraal bureau voor de Statistiek (CBS), blijkt namelijk dat de eigen gezondheidstoestand slechter wordt ervaren naarmate de urbanisatiegraad en het bevolkingsaantal groter wordt (ibid.). Waar meerdere gezondheidsproblemen geconstateerd zijn, worden meestal ook meer beleidsmaatregelen genomen op gebied van de volksgezondheid en zijn er ook meer gezondheidsambtenaren betrokken in het proces (De Goede, Putters & Van Oers, 2012:709). Als we hiervan uitgaan, kan er verondersteld worden dat het beleidsproces omtrent het gezondheidsbeleid in dergelijke gebieden vaak wat complexer verloopt door onder andere de betrokkenheid van meerdere actoren. De GGD kan hier geen invloed op uitoefenen, maar kan er wel bewust voor kiezen om de aanpak wat betreft de interactie en/of overdracht hierop aan te passen waardoor de doorwerking beter bevorderd kan worden. Het is voor dit onderzoek daarom interessant om zowel een grote als een kleine (deel)gemeente mee te nemen in het onderzoek.

- *In de cases komt zowel een (deel)gemeente voor waarvan de samenwerking met de GGD Rotterdam-Rijnmond de afgelopen jaren goed is geweest, als een (deel)gemeente waarvan de samenwerking wat minder is geweest.*

Er zal in dit onderzoek geprobeerd worden om factoren te achterhalen die van invloed zijn geweest op de doorwerking van het rVTV-rapport. Doordat er waarde gehecht wordt aan de interactie tussen betrokken partijen lijkt het interessant om ook oog te hebben voor de samenwerkingsband tussen deze partijen. Om deze reden is er ook gekozen voor bovenstaand criterium.

3.3 Onderzoeksmethoden

Inhoudsanalyse

Om tot beantwoording van de centrale vraag te komen, is in dit onderzoek de inhoudsanalyse als onderzoeksmethode toegepast en is er gebruik gemaakt van bestaand materiaal. Het gaat hierbij onder andere om beleidsdocumenten/nota's van de gemeenten en interne rapportages van de vergaderingen en projecten rondom de rVTV 2010. Deze methode is gedurende het gehele onderzoekproces gebruikt, maar met name bij beantwoording van de eerste twee deelvragen, het descriptieve gedeelte. Bij beantwoording van de eerste deelvraag wordt ook aandacht besteed aan het verloop van het proces bij de realisatie van de rVTV 2010. Om deze in kaart te kunnen brengen, hebben er, als aanvulling op de inhoudsanalyse, ook (informele) gesprekken plaatsgevonden met medewerkers van de GGD zelf, die aan het rapport gewerkt hebben of op een andere wijze betrokken waren bij het proces.

Interview

De wijze waarop de rVTV eerder gebruikt is, kan uiteraard niet alleen achterhaald worden door middel van het analyseren van (schriftelijk) bestaand materiaal. In meerdere mate geldt dit voor de achterliggende factoren die bepalend zijn geweest voor de wijze van gebruik. Er is daarom gekozen voor het interview als methode. De interviews dienden ten eerste als aanvulling op de informatie die digitaal/schriftelijk beschikbaar was. Gemeenten publiceren wel beleidsdocumenten, verslagen van raadsvergaderingen etc., maar deze bleken niet altijd (makkelijk) terug te vinden. Bovendien hebben (de meeste) deelgemeenten geen aparte website. Belangrijker is nog dat deelgemeenten geen gezondheidsnota hoeven vast te stellen. Om informatie over het gezondheidsbeleid te achterhalen, waren de gesprekken dus zeer relevant. Het tweede belangrijke doel van de interviews was het vaststellen van de causaliteit bij de doorwerking. Het ging hier met name om het achterhalen van factoren, die van invloed zijn geweest op de doorwerking van de rVTV 2010. De aanname is dat deze factoren ook een rol zullen spelen in de toekomst. Ze geven namelijk weer, op welke aspecten de GGD moet letten.

De interviews zijn uitgewerkt in transcripten die vervolgens aan de hand van een codeerlijst zijn gecodeerd. Deze codeerlijst (zie bijlage II) is opgesteld aan de hand van het theoretisch kader en diende als hulpmiddel bij het analyseren van de gesprekken en een aantal beleidsdocumenten. Het interviewvragenlijst is gebaseerd op het theoretisch kader. Er is hiervoor een semi-gestructureerde vorm gehanteerd. Een deel van de vragen is van te voren geformuleerd, maar wel zo open mogelijk gesteld om teveel sturing in de vraagstelling te vermijden (Van Thiel, 2007:107). De werkelijk gestelde vragen wijken daarom af van de vragen in de interviewhandleiding. De interviews zijn grotendeels gehouden onder beleidsmedewerkers en wethouders/portefeuillehouders, die de volksgezondheid in hun takkenpakket hebben. Er is hier bewust voor gekozen omdat deze personen zich, door hun de functie, bevinden op

sleutelposities. De veronderstelling was ook dat zij, door hun positie, beter antwoord konden geven op bepaalde interviewvragen. De functies van beleidsmedewerker zijn over het algemeen voornamelijk operationeel van aard (Steenbakkers, Jansen, Maarse & De Vries, 2012:1). Er zou daarom gesteld kunnen worden dat zij bijvoorbeeld beter op de hoogte zijn van het gebruik van de rVTV bij het maken van beleid en de ervaren praktische bruikbaarheid van het product. Van bestuurders wordt daarentegen verwacht dat ze zich meer met politiek- strategische taken bezighouden (Ibid.). De verwachting was daarom dat ze ook wat meer kunnen vertellen over bijvoorbeeld de bijdrage van de rVTV in het politiek/maatschappelijk debat. Bij één van de deelgemeenten is ook gesproken met een informatiemakelaar. Deze houdt zich bezig met het doorspelen van alle relevante kennis en informatie die binnenkomt, naar de beleidsmedewerkers en bestuurders van de deelgemeente. Een gesprek met iemand uit deze functie is voor dit onderzoek ook zeer nuttig omdat hij/zij goed zicht heeft op het gebruik van bepaalde kennis en informatie en de overwegingen die hierbij gemaakt zijn.

3.4 Betrouwbaarheid en Validiteit

Er worden in dit onderzoek uitspraken gedaan over de wijze waarop de doorwerking van kennis en onderzoek in gemeentelijk beleid bevorderd kan worden. Hierbij is de aandacht gegaan naar bevordering van de doorwerking van de rVTV van de GGD Rotterdam-Rijnmond in het beleid van de regiogemeenten in het werkgebied. In deze paragraaf wordt er ingegaan op de onderzoeksaanpak en de mate waarin deze mogelijk van invloed is geweest op de uiteindelijke resultaten.

Een groot deel van de resultaten uit dit onderzoek is gebaseerd op informatie verkregen uit de interviews die zowel op een formele als een informele wijze zijn gehouden. Interviews brengen net als iedere methode ook een nadeel met zich mee, zo bestaat er bijvoorbeeld het risico dat respondenten sociaal/organisatorisch/politiek wenselijke antwoorden geven (Van Thiel, 2007:94). Door de combinatie van dit afstudeeronderzoek met het stageonderzoek zijn de respondenten benaderd met een brief namens de GGD, waarin ik geïntroduceerd werd als onderzoeker van de GGD. Enerzijds heeft dit het respons vermoedelijk omhoog gehaald, anderzijds kan het er ervoor gezorgd hebben dat de respondenten wat positiever zijn geweest bij beantwoording van bepaalde vragen. Bij een externe persoon, die als het ware neutraal wordt gezien, zouden ze wellicht wat opener zijn geweest. De GGD- onderzoekers/medewerkers werken vaker samen met beleidsmedewerkers van gemeenten. Gedurende mijn stageperiode merkte ik op dat ze elkaar zien als “collega’s” die op verschillende afdelingen werken. De kans bestaat dat het daardoor moeilijker is om negatieve uitlatingen te doen over de rVTV. Tijdens de interviews is hier ten eerste op ingespeeld door de respondenten nadrukkelijk te wijzen op het nut van een “zo eerlijk mogelijke” beantwoording. De GGD kan deze feedback namelijk meenemen in hun volgende rVTV-projecten en beter tegemoetkomen aan de wensen en behoeften van de (deel)gemeenten. Beide partijen hebben hier dus baat bij. Er is ten tweede

hier op ingespeeld door een semi-gestructureerde vorm van ondervraging te hanteren. Hierdoor was het tijdens de gesprekken mogelijk om waar nodig door te vragen of af te wijken van vragen, met als doel onderliggende factoren te achterhalen. Bij een aantal (deel)gemeenten heeft dit soms geleid tot vrij informele gesprekken die zeer nuttig zijn geweest voor het achterhalen van bijvoorbeeld de persoonlijke interesses van de respondenten, welke van invloed is geweest op het gebruik van de rVTV. De gesprekken zijn tot slot opgenomen en verwerkt in een transcript. Door middel van een verslag is een samenvatting hiervan toegestuurd naar de respondenten.

Een ander methodologische aspect dat van invloed is geweest op de verkregen data per (deel)gemeente is de functie van respondenten. Eerder werd al toegelicht dat er verwacht wordt dat beleidsmedewerkers en bestuurders, door het verschil in hun takenpakket, beter antwoord kunnen geven op bepaalde vragen. Dit bleek terug te komen in de praktijk. Bij de beleidsmedewerkers viel meer informatie te verkrijgen over de inhoudelijke aspecten. Bestuurders hadden op hun beurt weer meer inbreng bij andere vragen. Een aantal bestuurders gaf tijdens het gesprek ook aan nauwelijks gebruik te maken van dergelijke kennisproducten omdat zij dat aan hun beleidsadviseurs overlaten. Met het “gebruik maken” wordt hier bedoeld, het lezen en/of toepassen ervan. Bij sommige (deel)gemeenten zijn beide soorten respondenten tegelijkertijd ondervraagd en daar vond vaker uitgebreidere beantwoording plaats, dit mede omdat zij elkaar aanvulden op de punten waar ze zelf meer kennis van hebben. Wat betreft dit onderzoek, is dit wellicht van invloed geweest op de resultaten per (deel)gemeente, voor wat betreft het gebruik van de rVTV 2010. Dit vormde desondanks geen belemmering bij het beantwoorden van de vraag die centraal staat in dit onderzoek. Alhoewel het terugblikken op de vorige rVTV een belangrijk onderdeel was van dit onderzoek, draaide het uiteindelijk voornamelijk om het in kaart brengen van de aandachtspunten die nodig zijn voor het bevorderen van de doorwerking van de volgende rVTV('s). Doordat er meerdere (deel)gemeenten meegenomen zijn in het onderzoek, is dit in principe ook goed naar voren gekomen. Zoals later toegelicht zal worden in de conclusie, blijkt er bovendien genoeg reden te zijn om er vanuit te gaan dat de beantwoording van de hoofdvraag, niet alleen gebaseerd is op de terugblik op de rVTV 2010.

4. Kennismaking met het onderwerp

We hebben in de afgelopen decennia veel veranderingen gezien op het gebied van het volksgezondheidsbeleid. Ter kennismaking hiermee, wordt er in dit hoofdstuk in grote lijnen stilgestaan bij een aantal ontwikkelingen die zich op dit terrein hebben voorgedaan, ontwikkelingen die uiteindelijk hebben geleid tot de GGD Rotterdam-Rijnmond van vandaag en de taken die zij uitvoert ten behoeve van de lokale volksgezondheid. In het tweede paragraaf wordt expliciet aandacht besteed aan een product dat voortgevloeid is uit dit beleid: de regionale Volksgezondheid Toekomst Verkenning (rVTV).

4.1 Ontstaan van de GGD'en

4.1.1 Overheidsbemoenienis

Er werden in Nederland vroeger weinig maatregelen genomen om ziekten tegen te gaan. Vanaf de 19^e eeuw, de eeuw die in het wetenschappelijke vakgebied van de public health ook wel bekend staat als 'het tijdperk van de publieke hygiëne', komt daar langzamerhand verandering in. De 'publieke of openbare hygiëne' is een benadering van gezondheidsvraagstukken waarbij verondersteld wordt dat ziekte proactief moet worden bestreden met collectieve maatregelen gericht op de gezondheidsbescherming. Wetenschappelijk onderzoek is hierbij van essentieel belang. Dit nieuwe denken ontstond aan de ene kant door de ontwikkeling van het wetenschappelijk denken, maar aan de andere kant werd dit denken ook gestimuleerd door de opkomst van nieuwe gezondheidsproblemen (Mackenbach, 2009:216-217). Zo kampte men in die periode met een hoog sterftecijfer onder kinderen en zuigelingen, wat onder andere veroorzaakt werd door infectiezieken zoals 'cholera', wat zeer vaak voorkwam.

Het idee dat de overheid verantwoordelijkheid heeft voor de gezondheid van de burgers, is niet helemaal nieuw. Enige vorm van collectieve bemoenienis met de gezondheid kwam namelijk al sinds de middeleeuwen voor in Europa. Zo werden er toen al quarantainemaatregelen (afschermen van risicobronnen ter vermindering van verspreiding van een infectie) genomen bij epidemieën en bestonden er gemeentelijke armenartsen voor burgers die zich geen eigen geneeskundige verzorging konden permitteren (Mackenbach, 2009:216-217). Overheidsbemoenienis bleef desondanks redelijk beperkt omdat er alleen in "extreme" gevallen actie werd ondernomen. Vanaf de tweede helft van de 18^e eeuw vond er een snelle industrialisatie plaats in veel Europese landen, waaronder Nederland. Dit ging gepaard met een sterke toename van de verstedelijking. Met de komst van de industriegebieden kwamen er, met name in de grote steden, steeds vaker epidemieën voor. De vaak slechte arbeids- en

woonomstandigheden in de nieuwe woongebieden zorgden daarnaast ook voor veel andere gezondheidsproblemen.

Na enkele grote epidemieën van cholera ontstond steeds meer het besef dat het ontstaan van bepaalde ziekten kon worden tegengegaan. Als gevolg van een toenemend streven om de sociale kwesties van de industriële samenleving te beheersen, werd de openbare hygiëne de speerpunt van gemeentelijke bemoeienis. Volgens Houwaert (1991) werd dit ook vooral aangemoedigd door het feit dat artsen als gemeentebestuurder maatschappelijke dubbelrollen gingen vervullen (Bekker & Putters, 2003:5). De gemeentelijke bemoeienis uitte zich in verschillende preventieve maatregelen ter verbetering van de hygiëne, zoals de aanleg van verbeterde rioleringen en voorziening van schoon drinkwater (GGD Hart voor Brabant, 2012). Om deze activiteiten goed op gang te krijgen richtten gemeenten, met name de grote steden, rond 1900 de eerste GGD'en op (GGD Limburg-Noord, 2012). De "GGD" staat in principe voor de Gemeentelijke of Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst, maar in sommige gevallen kan daar iets van worden afgeweken, zo kan de eerste "G" ook voor gewestelijke staan (GGD Nederland, 2012a). De gemeente Utrecht gebruikt verder ook de term "GG & GD", wat verwijst naar "De Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst (Gemeente Utrecht, 2012). De gezondheidsdiensten werden opgericht om het beleid uit te voeren.

4.1.2 Wettelijke bepalingen

In 1989 werden gemeenten verplicht een GGD in stand te houden en werden de taken wettelijk omschreven in de Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv). Tot de jaren negentig, beperkte de gemeentelijke bemoeienis met de volksgezondheid zich, tot het delegeren van de wet aan de GGD'en (Bekker, & Putters, 2003:5). Met de wet werd gestreefd naar decentralisatie van de verantwoordelijkheid voor collectieve preventie, van de nationale overheid naar de gemeenten. Gedacht werd dat deze vorm van decentralisatie de kloof tussen burgers en de overheid zou dichten, en de dienstverlening verbeterd zou worden (De Goede, 2011:12). De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) constateerde in 1995 echter toch dat er iets ontbrak. Bij de gemeenten bleek er namelijk sprake te zijn van een gebrekkige bestuurlijke betrokkenheid bij het collectief preventief gezondheidsbeleid (Gemeente Neder-Betuwe, 2003:4). Naar aanleiding hiervan werd er een commissie ingesteld, de commissie Lemstra. Dit heeft uiteindelijk geleid tot de ontwikkeling van diverse projecten en activiteiten gericht op de ondersteuning van intersectorale samenwerking binnen de gemeente. Eén van die activiteiten was de wijziging van de Wcpv, die per 1 juni 2003 gemeenten verplichtte een Nota Lokaal Gezondheidsbeleid op te stellen in samenwerking met de GGD (Bekker & Putters, 2003:6). Hierin worden de gezondheidsproblemen en de ambities voor de komende vier jaar aangegeven. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) schrijft daarnaast een nota met landelijke prioriteiten. Het schrijven van de nota's is een cyclisch proces en de opzet is

dat gemeentelijke nota's en de nota van VWS elkaar wederzijds beïnvloeden (Gemeente Neder Betuwe, 2003:4). In de volgende paragraaf wordt verder ingegaan op dit cyclisch proces.

De Wcpv ging in december 2008 over in de Wet publieke gezondheid (Wpg). Hetzelfde gold voor de Infectieziektewet en de Quarantainewet. De taken en bevoegdheden, die eerst over deze drie wetten waren verdeeld, werden nu in één wet geregeld (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2012a). Deze wet onderscheidt collectieve preventie, infectieziektebestrijding en jeugdgezondheidszorg. Nieuw in de Wpg zijn de verplichte digitalisering van de patiëntendossiers bij de jeugdgezondheidszorg en nieuwe elementen op het gebied van de infectieziektebestrijding naar aanleiding van de nieuwe International Health Regulations van de WHO (World Health Organisation). Er is verder een nieuw artikel opgenomen over ouderengezondheidszorg (Ibid.).

4.1.3 Rol van de GGD

De gemeenten zijn op basis van de Wpg verantwoordelijk voor de uitvoering van taken op het gebied van de publieke gezondheidszorg. Publieke gezondheidszorg wordt gedefinieerd als de gezondheidsbeschermende en gezondheidsbevorderende maatregelen voor de bevolking of specifieke groepen daaruit, waaronder begrepen het voorkomen en het vroegtijdig opsporen van ziekten (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2012a). Gemeenten zijn wettelijk verplicht om een GGD in stand te houden die zorgt voor de uitvoering van de taken op het gebied van de publieke gezondheidszorg.

Taken

Met de veranderingen in de wetgeving zijn de taken en verantwoordelijkheden van de lokale overheden op het gebied van de publieke gezondheidszorg toegenomen. Aangezien de GGD hier een belangrijke rol in heeft, zijn deze ontwikkelingen gepaard gegaan met grote veranderingen voor de GGD als organisatie. De gezondheidsdienst kon in de vroegere jaren beschreven worden als een medische dienst die zich voornamelijk bezighield met het bijstaan van burgers in acute nood, vaccineren, keuringen verrichten enzovoorts. De GGD heeft zich tegenwoordig ontwikkeld naar een multidisciplinaire organisatie waar artsen, ingenieurs, juristen, verpleegkundigen en sociale wetenschappers door middel van beleid, onderzoek, aanpak en regie samenwerken om de gezondheid van het volk te bevorderen (GGD Rotterdam-Rijnmond, 2010b:10). GGD'en voeren allerlei activiteiten uit ter bevordering van de volksgezondheid en preventie van ziekten bij met name kwetsbare groepen zoals kinderen, jongeren, ouderen en asielzoekers.

Iedere GGD voert specifieke opdrachten uit voor zijn gemeente(n). Deze opdrachten staan beschreven in de gemeentelijke nota's over het lokale beleid volksgezondheid. Doordat de taken van de GGD'en niet overal hetzelfde zijn, kan er geen duidelijke omschrijving worden

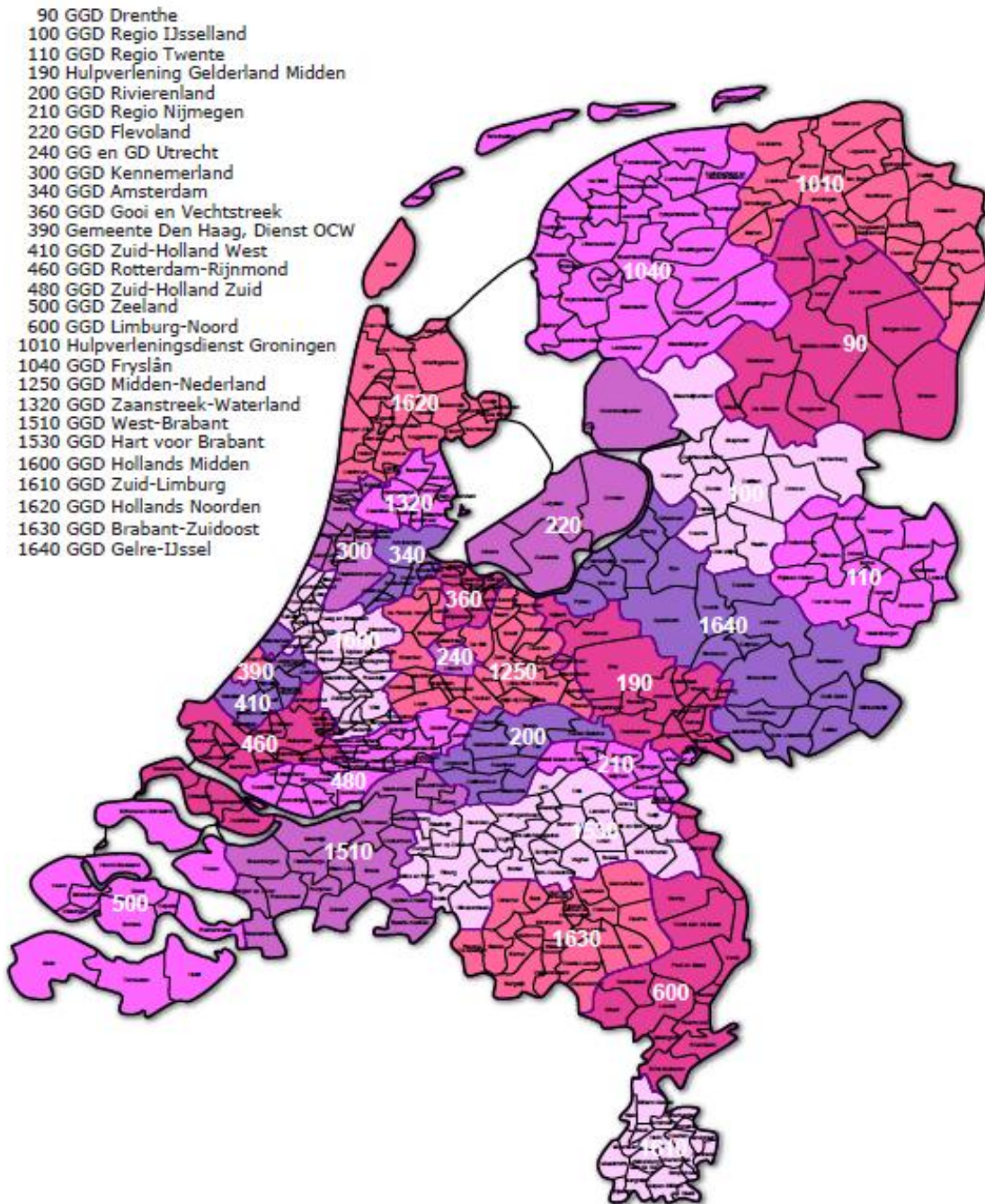
gegeven van de complete takenpakket van een GGD. Wel kan er gesproken worden van een aantal uniforme taken die gelden voor alle GGD'en in Nederland. Deze basistaken staan omschreven in de Wpg (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2012a). GGD'en hebben taken op de volgende terreinen:

- Algemeen preventieve zorg
- Openbare veiligheid en crisismanagement
- Advisering, indicering en informatievoorziening
- Medische opvang asielzoekers

Nederland verdeeld in GGD-regio's

De regio-indeling in Nederland is in de loop van de jaren voortdurend onderhevig geweest aan veranderingen. In 1990 werd de regio-indeling vastgesteld door het toenmalige ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Het aantal regio's bedroeg toen 63, maar in 2001 werd dit teruggebracht tot 46. Sinds de laatste "herindeling" in 2010 is dit aantal weer gedaald, waardoor er momenteel nog maar 28 GGD'en zijn (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2012a). In de volgende figuur wordt de huidige indeling geïllustreerd:

Figuur 4.1: GGD Regio's 2010

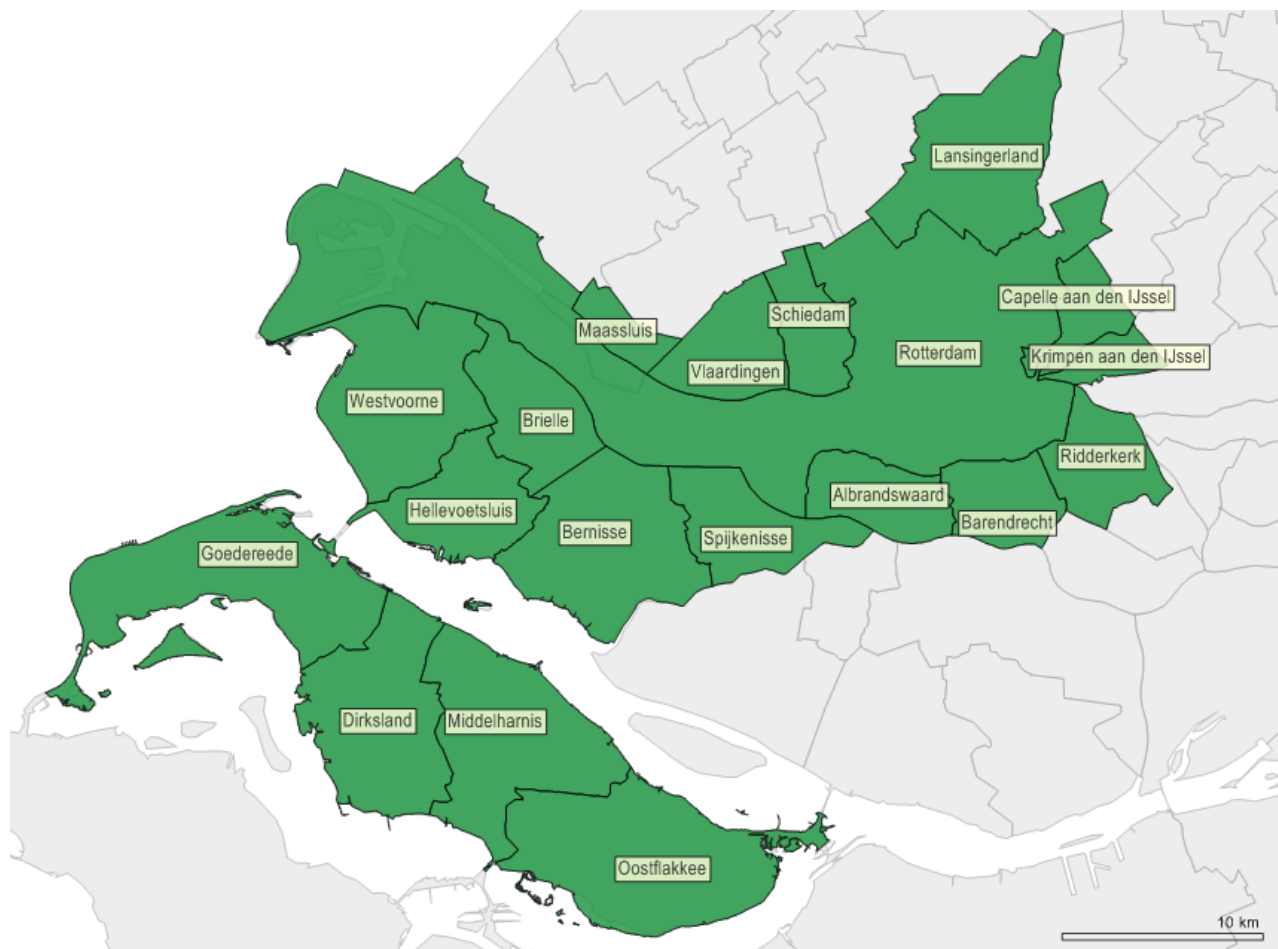


(Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2012a)

4.1.4 GGD Rotterdam-Rijnmond

Ter bevordering van de volksgezondheid in de gemeente, werd de Rotterdamse GGD in 1919 in het leven geroepen. In de loop van de jaren is deze GGD ook voor de omliggende gemeenten in het Rijnmondgebied haar taak als publieke gezondheidsdienst gaan vervullen (GGD Rotterdam-Rijnmond, 2010b). De GGD Rotterdam-Rijnmond is op 1 januari 2007 ontstaan uit een fusie van de GGD Rotterdam en omstreken, en de GGD Nieuwe Waterweg Noord (GGD Rotterdam-Rijnmond, 2007:4). In 2010 vond een nieuwe uitbreiding van het werkgebied met 9 gemeenten en 200.000 inwoners plaats (GGD Rotterdam-Rijnmond, 2010c). De huidige organisatie richt zich op alle Rotterdammers en de inwoners van achttien omliggende gemeenten die op veel punten van elkaar verschillen (GGD Rotterdam-Rijnmond, 2012a). Qua het aantal inwoners per werkgebied is de GGD Rotterdam-Rijnmond de grootste GGD van Nederland.

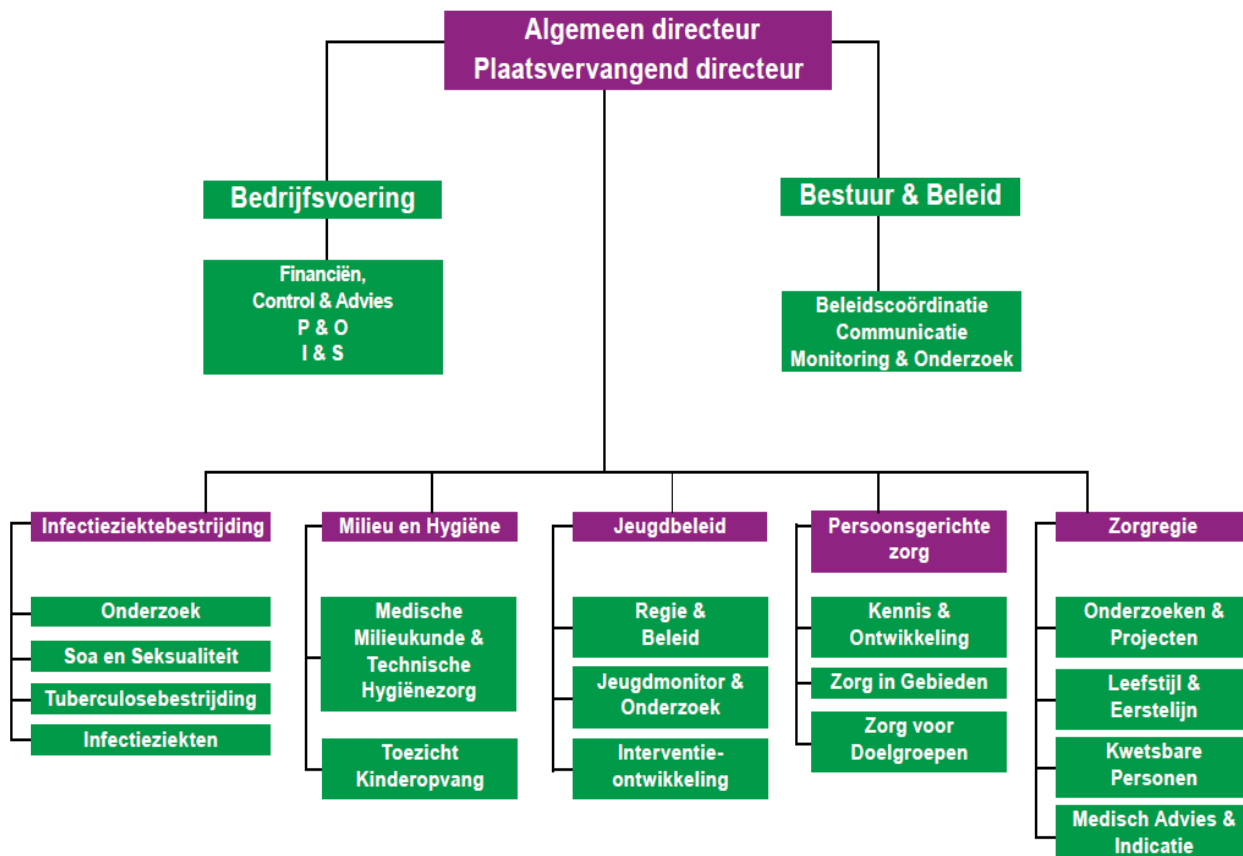
Figuur 4.2: Werkgebied GGD Rotterdam-Rijnmond



(GGD Rotterdam-Rijnmond, 2012b)

De GGD heeft voor het Rotterdamse gemeentebestuur een beleidsvoorbereidende rol op het terrein van de gezondheid. Deze situatie, waarbij de GGD onderdeel is van de gemeente Rotterdam en tegelijkertijd voor de basistaken bestuurd wordt vanuit een gemeenschappelijke regeling, is uniek in Nederland (GGD Rotterdam-Rijnmond, 2011). De huidige organisatie van de GGD Rotterdam-Rijnmond bestaat uit twee stafclusters en vijf inhoudelijke clusters die de kerntaken van de GGD uitvoeren.

Figuur 4.3: Huidige Organogram GGD Rotterdam-Rijnmond



(GGD Rotterdam-Rijnmond, 2011:24)

De GGD Rotterdam- Rijnmond (2007:8) omschrijft haar missie als volgt:” De GGD Rotterdam-Rijnmond bewaakt en bevordert de gezondheid van de bewoners van het werkgebied. Als openbare gezondheidsdienst hebben we een scherp oog voor wat de samenleving van ons vraagt. We grijpen actief in om de gezondheid van mensen te beschermen”. Speciale aandacht gaat uit naar risicogroepen en mensen die met complexere problemen kampen waarvoor de zorg niet altijd even makkelijk toereikend is (Ibid.). De GGD wordt gekenmerkt wordt als een organisatie met vakkennis, contacten met de inwoners, praktijkervaring, onderzoek en onafhankelijkheid als publieke organisatie. Zij wordt daarom gezien als een gezaghebbend

kennis- adviescentrum in het werkgebied (GGD Rotterdam-Rijnmond, 2007:8). In het Rijnmondgebied wordt in toenemende mate beroep gedaan op de GGD om een bijdrage te leveren aan de oplossing van opgaven waar de gemeenten voor staan. Het gaat hierbij niet alleen om opgaven op het gebied van het volksgezondheid, maar ook op gerelateerde terreinen zoals jeugdbeleid en veiligheid (GGD Rotterdam-Rijnmond, 2007:4).

De GGD is als gemeentelijke dienst onderdeel van het concern Rotterdam en valt onder het cluster 'Maatschappelijke ontwikkeling'. Als gevolg van de reorganisatie binnen de gemeente Rotterdam, die nu nog in volle gang is, zal er voor de GGD als organisatie veel gaan veranderen. De reorganisatie is tweeledig. Aan de ene kant worden de gemeentelijke diensten geschrapt en bijeengebracht in vijf gemeentelijke clusters, waaronder het cluster 'maatschappelijke ontwikkeling'. De GGD-taken worden hierin ondergebracht in een directie Publieke Gezondheid en Zorg en een directie Jeugd en Onderwijs. Aan de andere kant vindt er een centralisatie plaats van het gemeentelijk onderzoek. Momenteel is het namelijk nog zo dat de verschillende diensten een eigen onderzoeksafdeling hebben. De gedachte hierachter is om zo een eenduidig 'loket' te vormen waar het concern terecht kan voor informatie en de beantwoording van onderzoeksvragen (Gemeente Rotterdam, 2012). Voor de GGD als gemeentelijke dienst zal dit dus ook grote gevolgen hebben. Omdat de reorganisatie nog niet zijn definitieve beslag heeft gekregen, is er alleen een illustratie gegeven van de organisatie zoals die er voorlopig uitziet.

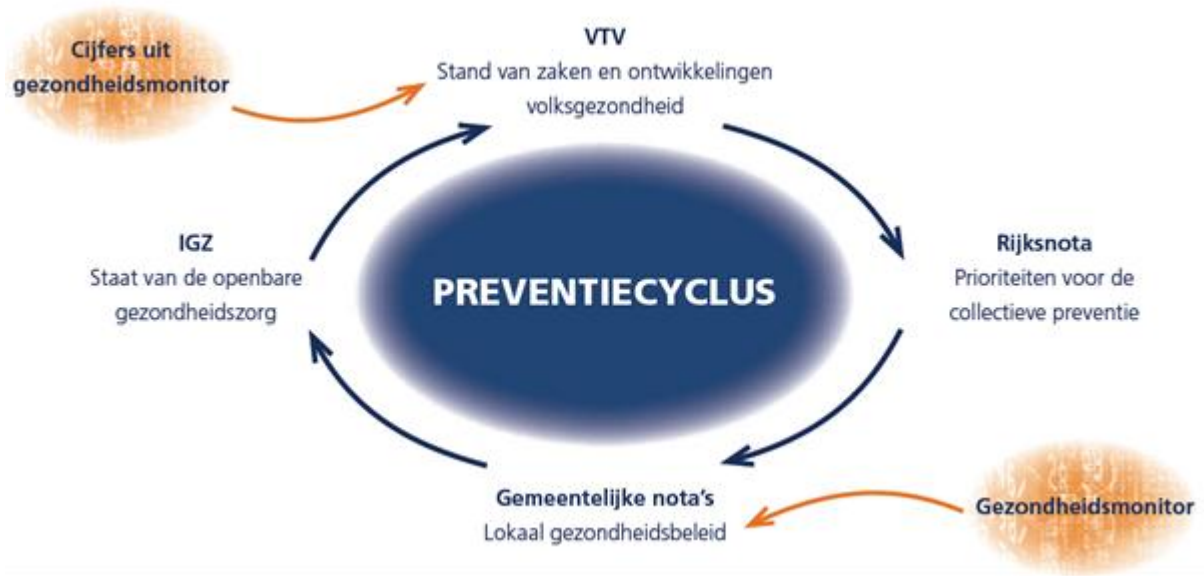
4.2 De Volksgezondheid Toekomst Verkenning

4.2.1 Nationaal

Het RIVM heeft wettelijk gezien de taak periodiek te rapporteren over de toestand en de toekomstige ontwikkeling van de nationale volksgezondheid. Dit gebeurt in de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) die eens in de vier jaar verschijnt. In het rapport wordt een samenvattend overzicht gegeven in de belangrijkste epidemiologische parameters van het volksgezondheidsbeleid voor het heden, verleden en de toekomst (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2011:9). Daarnaast wordt er door het jaar heen informatie beschikbaar gesteld via themarapportages en websites. Dit wordt in samenwerking gedaan met een zeer groot aantal experts, tientallen andere kennisinstututen en de Nederlandse universiteiten waardoor de VTV op het terrein van de volksgezondheid gezaghebbend is (Ibid.). Het eindrapport bestaat uiteindelijk uit een kernrapport, verdiepingsrapporten en websites.

Het samenvattend rapport van de VTV is na publicatie van de preventienota in 2002, als vast startpunt gaan gelden in de preventiecyclus (weergegeven in figuur 4.1). De preventiecyclus is een vierjarige beleidscyclus die ten grondslag ligt aan het Nederlandse gezondheidsbeleid. In onderstaande afbeelding is te zien dat de VTV, de landelijke nota en de gemeentelijke nota's op elkaar voortbouwen, met daarnaast de gezondheidsmonitoren als belangrijke informatiebronnen (GGD Nederland, 2012b).

Figuur 4.4: De preventiecyclus



(GGD Nederland, 2012b:2)

Er zijn inmiddels al drie edities van de nationale VTV verschenen. Met de VTV wordt met name getracht een bijdrage te leveren aan het volksgezondheidsbeleid. Dit wordt gedaan door wetenschap, beleid en praktijk bij elkaar te brengen, waardoor er gefundeerde antwoorden gegeven kunnen worden op beleidsvraagstukken (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2011:9). De verantwoordelijkheid van het gezondheidsbeleid ligt bij het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Het vormt daarom een belangrijke doelgroep, maar de VTV is in feite ook bedoeld voor andere ministeries, lokale overheden en andere partijen. Een goede gezondheid hangt samen met meerdere factoren die ook buiten het klassieke beleidsterrein liggen. Het verbeteren van gezondheid is daarmee een collectieve verantwoordelijkheid van vele partners en niet alleen een vraagstuk voor het gezondheidsdomein (GGD Rotterdam-Rijnmond, 2012d).

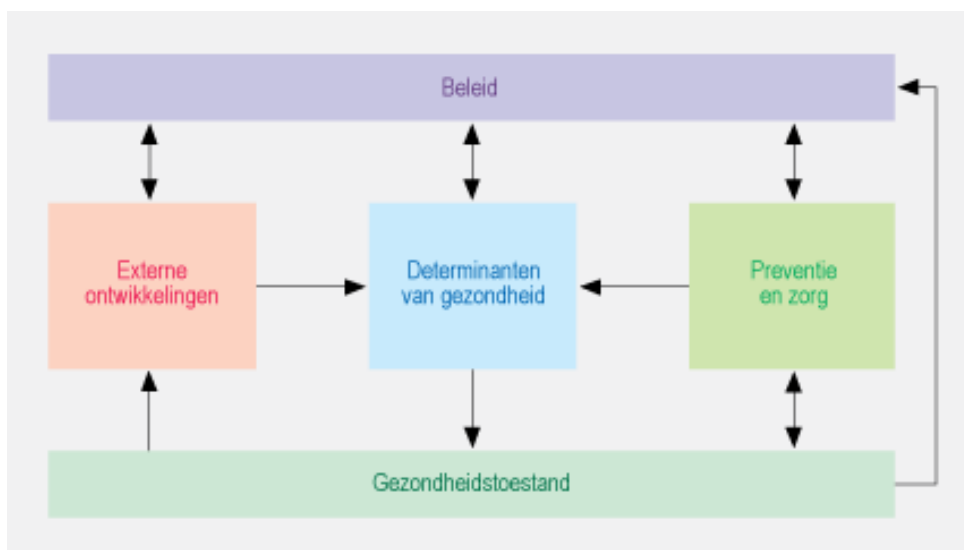
4.2.2 Regionaal

Met de komst van de preventiecyclus in 2002 werden gemeenten wettelijk verplicht om een lokale nota volksgezondheidsbeleid op te stellen. Hierin wordt een beschrijving gegeven van het voorgenomen gezondheidsbeleid, dat gebaseerd moet zijn op een epidemiologische analyse van de lokale gezondheidstoestand. De verantwoordelijkheid voor deze epidemiologische analyse wordt door een gemeente meestal neergelegd bij de GGD (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2012b). Het verschijnen van de lokale nota dient hiernaast zo veel mogelijk te worden afgestemd op de nationale nota (De Goede, Van den Hoogen, Van Oers, 2005:5). Gezien het verloop van de preventiecyclus, leek de ontwikkeling van een lokale variant van de VTV een

logische vervolgstap. Om deze reden werd in een samenwerkingsverband tussen onder andere een aantal GGD'en en universiteiten een onderzoek gedaan naar de haalbaarheid hiervan. Dit heeft uiteindelijk geleid tot de ontwikkeling van een concept van de regionale VTV (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2012b).

Gemeenten kunnen, hoewel ze hiertoe niet verplicht zijn, ervoor kiezen om een regionale VTV te maken in samenwerking met het RIVM (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2012b). De GGD, die in dit geval (meestal) belast is met deze taak, heeft hierbij ook de mogelijkheid om deze opdracht zelfstandig uit te voeren en hierover te rapporteren. Het doel en het concept van een rVTV zijn gelijk aan die van de landelijke VTV. De toegevoegde waarde van de regionale VTV is dat beleidsmakers op lokaal niveau een beter integraal beeld krijgen van de gezondheidstoestand van de lokale bevolking, waarbij niet alleen de cijfers per gemeente worden gegeven maar ook een interpretatie van die cijfers en de vertaling hiervan in kernboodschappen voor gemeentelijk beleid (Ibid.).

figuur 4.5: Conceptueel model VTV



(Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2012b)

Hoewel hiervan afgeweken kan worden, vindt het RIVM dat een regionale VTV in principe uit drie onderdelen dient te bestaan:

- ❖ Een regionaal rapport met een integrale beschrijving van de volksgezondheid waarbij ook relevante vergelijkingen worden gemaakt en, indien mogelijk, trends in het verleden en toekomstige ontwikkelingen worden beschreven.

- ❖ Een rapport per gemeente met de belangrijkste gezondheidsproblemen, de belangrijkste oorzaken van ongezondheid, het huidige beleid in de betreffende gemeente en de mogelijkheden voor verbetering en interventies.
- ❖ Een regionaal Kompas. Hierbij gaat het om een website waarop de grootte van specifieke gezondheidsproblemen wordt aangegeven op regionaal en nationaal niveau, en waarop gezocht kan worden naar mogelijkheden voor het lokaal beleid.

Het RIVM (2012b) beschrijft hiernaast ook nog een aantal uitgangspunten van een regionale VTV:

- ❖ De GGD is mede-uitvoerende en de gemeente een medeopdrachtgever voor een rVTV.
- ❖ Een regionale VTV is de regionale equivalent van de nationale VTV. Naast de GGD kunnen ook andere partijen meewerken aan een regionale VTV.
- ❖ Aangezien een regionale VTV gebruikt wordt voor de lokale nota volksgezondheid, zullen de gemeenten in de regio betrokken moeten zijn bij de totstandkoming van een regionale VTV.
- ❖ De eisen die het RIVM aan een rVTV stelt, betreffen de inhoudelijke kwaliteit en de vormgeving. In de offertefase van het project worden hierover afspraken gemaakt en er zijn hiervoor ook richtlijnen opgesteld.

Het gaat hier, net als bij de drie beschreven onderdelen, om een formele beschrijving van hoe het RIVM denkt dat een regionale VTV het beste vorm gegeven kan worden. In de praktijk kan hiervan worden afgeweken, mits dit in overleg plaatsvindt (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2012b). Een belangrijk gegeven hierbij, is dat de "VTV" beschouwd kan worden als een gedeponeerd merk. De rVTV moet aan criteria van het RIVM voldoen om die naam te mogen dragen (Interne projectplan Regionale Volksgezondheid Toekomst Verkenning (rVTV) 2013, januari 2013). Dit heeft er overigens toe geleid dat sommige GGD'en dit omzeilden en kozen voor een andere term. Het voordeel van een samenwerking met het RIVM is, dat er gebruik kan worden gemaakt van de aanwezige expertise en ervaring op het gebied van rVTV's, van (data)gegevens die het kan leveren en van de status van het product rVTV (Ibid.). Hier tegenover staat een betrokkenheid van het RIVM in het project. Alhoewel de criteria niet erg streng zijn, gaat hiermee wel een beperking in de vrijheid gepaard. Daarnaast brengt het ook extra kosten met zich mee. Het is kortom aan de GGD om deze aspecten tegen elkaar af te wegen.

5. De rVTV 2010

Na een korte introductie op het onderwerp, worden in dit hoofdstuk de resultaten van het onderzoek beschreven. In de eerste paragraaf, die voornamelijk betrekking heeft op de eerste deelvraag, zal de rVTV 2010, die uitgebracht is door de GGD Rotterdam-Rijnmond, beschreven worden. Hierbij zal in worden gegaan op inhoudelijke aspecten en het gehele proces bij de totstandkoming hiervan. In de opvolgende paragrafen wordt het gezondheidsbeleid van de (deel) gemeenten geanalyseerd en wordt er gekeken naar de mate waarin dit beleid haar aansluiting heeft gevonden op de kernboodschappen en adviezen uit de rVTV 2010. In de laatste paragraaf wordt tot slot een terugkoppeling gemaakt naar de doorwerking van de rVTV 2010 en de belangrijkste factoren die hierbij een rol hebben gespeeld.

5.1 De totstandkoming en vormgeving

GGD'en voorzien de gemeenten van informatie over de gezondheidssituatie van de inwoners, bijvoorbeeld door middel van het schrijven van onderzoeksrapportages hierover. In het vorige hoofdstuk werd beschreven dat de GGD deze taak zelfstandig kan uitvoeren, of ervoor kan kiezen om in samenwerking met het RIVM een regionale rVTV te maken. De GGD Rotterdam-Rijnmond koos in 2009 voor het laatste en bracht in 2010 haar eerste rVTV uit onder de naam "Gezondheid in kaart". Op dat moment was er binnen de GGD-regio's al eerder ervaring opgedaan met een regionale VTV (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2012b). Binnen de GGD-regio's zelf, was GGD Rotterdam-Rijnmond echter wel de eerste grote GGD die een regionale VTV uitbracht.

5.1.1 De keuze voor een VTV

Voor de GGD Rotterdam-Rijnmond zelf, speelde een aantal overwegingen mee toen er gekozen werd voor een rVTV. Een eerste reden voor het maken van een rVTV was de (in de eigen ogen) onvoldoende benutting van kennis en informatie, die met verschillende aspecten samenhang. De GGD zou, ondanks de hoeveelheid beschikbare kennis, een niet voldoende "up to date" beeld hebben van de gezondheidssituatie van de bevolking in het werkgebied, noch voor zichzelf, noch voor de buitenwereld (Interne Startdocument VTV Rotterdam-Rijnmond, 2009). De GGD werkte voorheen met periodieke (vierjaarlijkse) schriftelijke rapportages over de gezondheid, interventies en beleid. Met het presenteren van gezondheidsinformatie in de vorm van een rVTV werd, continue, toegankelijke en zo compleet mogelijke presentatie van informatie over de gezondheid in het werkgebied, beoogd. Deze informatie zou tevens regelmatig aangevuld en geüpdatet worden (Ibid.). In plaats van afzonderlijke rapportages op verschillende onderdelen werd er dus gestreefd naar een integrale analyse van alle beschikbare gegevens waaraan beleidsadviezen worden gekoppeld. Hiernaast was er vanuit de kant van de (deel)gemeenten

behoefte aan een geografisch informatiesysteem met betrekking tot de gezondheid. Met de rVTV zou hieraan voldaan kunnen worden en kon er bijgedragen worden aan de ontwikkeling van evidence-based gezondheidsbeleid van de gemeenten (Interne Startdocument VTV Rotterdam-Rijnmond, 2009).

5.1.2 Inhoud van de rVTV

De GGD beschikt, verspreid over de hele organisatie, over veel informatie over gezondheid, de determinanten hiervan, preventie en zorg. Met de rVTV, bestaande uit drie onderdelen, beoogde de GGD zijn doelgroepen te voorzien van geïntegreerde kennis op deze verschillende gebieden. De doelgroep wordt in eerste instantie gevormd door de bestuurders, raadsleden en ambtenaren van de (deel)gemeenten, maar daarnaast ook door alle andere groepen die geïnteresseerd zijn in informatie over de gezondheidssituatie binnen het werkgebied (Interne Startdocument VTV Rotterdam-Rijnmond, 2009). Dit kan variëren van de eigen GGD-medewerkers, die deze informatie ook nodig kunnen hebben, tot aan geïnteresseerde burgers.

Thema's rVTV

De VTV Rotterdam-Rijnmond heeft betrekking op verschillende thema's:

Gezondheidssituatie

Met behulp van informatie, afkomstig uit verschillende bronnen zoals de gezondheidsenquête en het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS), brengt de rVTV de gezondheidssituatie van de inwoners in het werkgebied in kaart.

Determinanten gezondheid

Naast een beschrijving van de gezondheid, wordt er ook ingegaan op een aantal determinanten die bepalend zijn voor de gezondheid. Een voorbeeld van een determinant is het gebruik van alcohol. Alcohol kan verschillende schadelijke gevolgen hebben voor de gezondheid van de drinker, maar levert ook risico's op voor de omgeving en de maatschappij op het moment dat drinkers deelnemen in het verkeer en het uitgaansleven (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2012b).

Bevolking

Met behulp van demografische gegevens biedt de rVTV ook een overzicht in de bevolkingssamenstelling binnen het werkgebied. Hierbij wordt ingegaan op diverse aspecten van de demografie waarvan verondersteld wordt dat ze een relatie kunnen hebben met de gezondheid (GGD Rotterdam-Rijnmond, 2010d:7). Voorbeelden hiervan zijn de etniciteit, leeftijdsopbouw en de sociaal-economische status. Zo is de etnische samenstelling vaak medebepalend voor de gezondheidstoestand van de bevolking omdat de gezondheidstoestand

van allochtonen over het algemeen minder goed is dan die van autochtone Nederlanders. Verder komen ziekten en aandoeningen, naar verhouding, vaker voor bij mensen met een lage sociale status dan bij mensen met een hoge sociale status en heeft een oudere bevolking gemiddeld meer gezondheidsproblemen dan een jongere bevolking (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2012b).

Milieu en luchtkwaliteit

De GGD kan zelf geen maatregelen nemen om burgers minder aan luchtvervuiling bloot te stellen, maar kan, door de aanwezigheid van eigen deskundigen op terrein van milieu en gezondheid, wel de situatie zichtbaar maken en advies uitbrengen over gezondheidseffecten bij toekomstige ontwikkelingen en de eventueel te nemen maatregelen (GGD Rotterdam-Rijnmond, 2012c). In de rVTV wordt, met behulp van onder andere de monitor stadsregio Rotterdam, dus ook ingegaan op de milieu- en luchtkwaliteit van de verschillende regio's.

Zorgvraag en -aanbod

Gegevens over het gebruik van zorg, kunnen gemeenten helpen bij de afstemming tussen vraag en aanbod van zorg. Op dit gebied liggen de beleidsmogelijkheden van gemeenten voornamelijk in het beschikbaar en toegankelijk maken van de zorg (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2012b). Deze gegevens zijn niet alleen voor gemeenten relevant, maar ook voor zorgaanbieders omdat zij deze informatie kunnen gebruiken om in te kunnen spelen op (toekomstige) zorgbehoeften (Ibid.).

Preventie

Er wordt verondersteld dat preventie een belangrijke bijdrage kan leveren aan de volksgezondheid. Dit vormt daarom een belangrijke thema binnen de rVTV. Preventie heeft ten eerste als doel te zorgen dat mensen gezond blijven door hun gezondheid te bevorderen en te beschermen. Het tweede doel van preventie is (complicaties van) ziekten en aandoeningen te voorkómen of in een zo vroeg mogelijk stadium op te sporen (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2012b). In de rVTV van de GGD Rotterdam-Rijnmond wordt ten eerste ingegaan op de interventies op het gebied van preventie die al gedaan worden. Daarnaast wordt er gekeken naar wat er nog meer gedaan kan worden op lokaal niveau.

1. (Deel)gemeentelijke rapporten met kernboodschappen

De rVTV Rotterdam-Rijnmond 2010 bestaat ten eerste uit rapporten per (deel)gemeente waarin kernboodschappen worden gepresenteerd. Deze werden in 2010 per (deel)gemeente gepresenteerd in toegankelijk boekjes onder de naam “Gezondheid in kaart”. Met dit onderdeel van de rVTV werd onder andere tegemoet gekomen aan het ondervonden probleem van “te weinig basis voor lokaal gezondheidsbeleid”. In deze rapporten worden alle onderzoeksresultaten gebundeld en worden beleidsadviezen geformuleerd.

2. De gezondheidsatlas

Door middel van het tweede onderdeel werd onder andere ingespeeld op de kwestie “onvoldoende up-to-date-informatie”. Met de gezondheidsatlas, welke een website is, is het mogelijk om op elk moment de nieuwste informatie over de gezondheid van inwoners van het werkgebied op te zoeken. Hierbinnen kan er weer een selectie worden gemaakt tussen gemeenten, deelgemeenten, of een wijk/buurt. De gegevens kunnen vervolgens op verschillende wijze worden weergegeven, zoals een tabel, grafiek of een kaart. De website is bovendien ook voor iedereen toegankelijk, waardoor ook secundaire doelgroepen deze informatie kunnen raadplegen. De gezondheidsatlas vervangt in principe met ingang van 2012 de vierjaarlijkse schriftelijke rapportages uit de gezondheidsenquête en de jeugdmonitor.

3. Kompas volksgezondheid Rotterdam-Rijnmond

Het Kompas maakte in eerste instantie ook onderdeel uit van de rVTV 2010. Het plan was om de rapporten met de kernboodschappen, samen met de gezondheidsatlas, eind februari te publiceren. Het derde onderdeel, het Kompas, zou later in het jaar (2010) volgen. Dit laatste onderdeel is uiteindelijk, in verband met de haalbaarheid, niet gerealiseerd. Het maken en onderhouden van een kompas vergt veel samenwerking en input van verschillende partijen zoals het RIVM, beleidsmedewerkers, gemeenten en allerlei instanties die betrokken zijn bij interventies op het gebied van de gezondheid. Doordat dit product, naast de wetenschappelijk onderbouwde informatie, ook deskundig advies hoort te bieden over geschikte interventies, is de bijdrage van verschillende experts noodzakelijk. Dit vergt daarom niet alleen de nodige investering in tijd, maar ook in de kosten die hiermee gepaard gaan. In het kader van de bezuinigingen is besloten af te zien van het regionaal kompas. Belangrijkste overweging was dat veel relevante informatie al in het landelijk kompas zit.

De GGD Rotterdam-Rijnmond koos ervoor om geen regionaal rapport te maken bij de rVTV 2010. Deze keus werd gebaseerd op de verwachting dat de gemeenten hier in mindere mate behoefte aan zouden hebben. Qua aantal bewoners en problematiek, springt de gemeente Rotterdam er namelijk uit, waardoor een regionaal rapport gedomineerd zou worden door de problematiek van deze gemeente. Bovendien leerde de ervaring van de andere GGD'en dat vooral de afzonderlijke gemeentelijke rapportages erg worden gewaardeerd. Doordat Rotterdam, anders dan de andere gemeenten binnen het werkgebied, ook nog deelgemeenten heeft, zijn er ook voor de deelgemeenten aparte rapporten uitgebracht.

Bij de rVTV 2010 werd er grotendeels gebruik gemaakt van de data uit de gezondheidsmonitor van 2008. De invoering van dit nieuw instrument heeft echter wel geleid tot verandering in de aard van de producten. Met de invoering van de rVTV zijn de vierjaarlijkse schriftelijke rapportages over de gezondheidsenquête vervallen. De data uit de enquête, die eerder hierin gepubliceerd werden, worden met ingang van de enquête 2012 digitaal gepubliceerd in de gezondheidsatlas. De belangrijkste conclusies uit de gezondheidsenquête zijn meegenomen in de rapporten per (deel)gemeente, voorzien van kernboodschappen en beleidsadviezen.

5.2 De gezondheid van de (deel)gemeenten in kaart

Om uitspraken te kunnen doen over de doorwerking van de rVTV 2010, wordt er in deze paragraaf gekeken naar de rVTV-rapporten. De kernpunten en adviezen uit de VTV-boekjes worden per (deel)gemeente in grote lijnen beschreven.

Bij het analyseren van de rVTV-boekjes viel op te merken dat er zich binnen het werkgebied van de GGD Rotterdam-Rijnmond een aantal gezondheidsproblemen voordoet die te herkennen zijn in meerdere (deel)gemeenten. Hierdoor komt een aantal kernboodschappen en de beleidsadviezen hierin, meerdere malen terug in de rVTV 2010. Om herhaling te vermijden, wordt er in het eerste gedeelte van deze paragraaf een beschrijving gegeven van deze gezondheidsproblemen. Het gaat hierbij om de problemen die er uitspringen bij minimaal drie (deel)gemeenten. In het tweede gedeelte wordt vervolgens ingegaan op de situaties per (deel)gemeente.

5.2.1 Een aantal gezondheidsproblemen in het werkgebied

Eenzaamheid

Het RIVM definieert eenzaamheid als een negatieve situatie, gekenmerkt door gemis en teleurstelling (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2013). Eenzaamheid tast het welzijn ofwel het psychisch of sociaal welbevinden van mensen aan en is daarmee op zichzelf een gezondheidsprobleem. Eenzaamheid komt vaker voor bij mensen van 75 jaar en ouder, allochtonen, mensen met een laag of middelbaar opleidingsniveau en mensen die moeite hebben om van hun inkomen rond te komen (Ibid.).

Er is een grote variëteit in de mate, vorm en oorzaken van eenzaamheid. Daarom zijn er volgens de GGD geen standaardoplossingen. Het is zaak zorgvuldig een passende interventie te kiezen, aan te sluiten bij de behoeften van de doelgroep en zo mogelijk gebruik te maken van ervaringen elders met dezelfde interventie (GGD Rotterdam-Rijnmond, 2010e:15-16). Naast een aanpak in de zorg- en welzijnssector kan een gemeente een aantal voorwaarden, zoals sociale veiligheid en vervoersvoorzieningen, realiseren om sociaal isolement van ouderen te voorkomen of bestrijden (Ibid.).

Psychosociale problemen

Voor de definiëring van het begrip psychosociale problemen wordt er verwezen naar Postma (2008) die het als volgt omschrijft (GGD Zuid Limburg, 2013):

- Emotionele problemen zoals angst, teruggetrokkenheid, depressieve gevoelens, psychosomatische klachten.
- Gedragsproblemen zoals agressief gedrag, onrustig gedrag en delinquent gedrag.
- Sociale problemen, dit zijn problemen die het kind heeft in het maken en onderhouden van het contact met anderen.

Psychische problematiek belemmert het functioneren in het dagelijks leven en kan ernstige zelfdestructieve vormen aannemen, zoals suïcidaal gedrag. Gezien de mogelijke impact van dergelijke problemen is vroegtijdige onderkenning uitermate belangrijk (GGD Rotterdam-Rijnmond, 2010e:16). Preventie heeft volgens de GGD de beste resultaten als publieksvoorlichting, vroegsignalering en advisering, ondersteuningsprogramma's en maatregelen gericht op de omgeving in combinatie worden uitgevoerd. Hierbij kan er aangesloten worden bij een aantal interventies die op landelijk niveau zijn ontwikkeld (GGD Rotterdam-Rijnmond, 2010f:17).

Voor (preventie)beleid op het terrein van psychosociale gezondheid van kinderen is, volgens de GGD, goede samenwerking met partners in de jeugdketen van preventie tot zorg, zoals beschreven in het ‘Ieder Kind Wint-programma”, een belangrijke voorwaarde (GGD Rotterdam-Rijnmond, 2010f:17).

Overgewicht

Het RIVM (2013c) definieert overgewicht als abnormale of buitensporige opeenhopingen van vet die de gezondheid kunnen beïnvloeden. De aanpak van overgewicht vraagt om een brede benadering van voeding- en beweeggedrag, bestaande uit verschillende elementen die in samenhang dienen te worden uitgevoerd (GGD Rotterdam-Rijnmond, 2010e:19-20). In de rVTV wordt een overzicht gegeven van een aantal leefstijlprogramma’s die al lopen (bij de GGD) en die wellicht ook door andere (deel)gemeenten uitgevoerd kunnen worden. Het gaat hier bijvoorbeeld om het programma ‘Van Klacht naar Kracht’, die partijen in zorg en welzijn in een aantal gebieden in Rotterdam onder regie van de GGD uitvoeren. In de rVTV worden er verder voorbeelden genoemd van beweegprogramma’s die significante positieve effecten blijken te hebben op het beweeggedrag van de deelnemers en daarnaast ook praktisch goed uitvoerbaar zijn.

Rookgedrag

Een ander probleem dat veelvuldig terugkomt in het werkgebied, is het rookgedrag. Roken verhoogt het risico op verschillende vormen van kanker. Door het roken neemt ook de kans op vele andere aandoeningen zoals beroerte en hartfalen toe. Dit geldt ook voor het passiefroken, het inademen van tabaksrook uit je omgeving (GGD Rotterdam- Rijnmond, 2010e:21). Door het terugdringen van het aantal rokers zou daarom een verbetering in de gezondheidssituatie binnen de (deel)gemeenten kunnen worden behaald.

In de rVTV 2010 wordt extra aandacht gevraagd voor het voorkomen dat jongeren gaan roken. Verenigingen met veel jongere leden kunnen bijvoorbeeld roken ontmoedigen en toezien op naleving van het rookverbod in bijvoorbeeld de sportkantine. Het programma ‘Gezonde school en genotmiddelen’, dat door de GGD wordt gecoördineerd, biedt hiervoor ook goede mogelijkheden. Op landelijk niveau wordt verder al jaren beleid gericht op het “stoppen met roken”. De (deel)gemeenten kunnen de effecten van landelijk beleid versterken door actief mee te werken aan landelijke campagnes. Ook kan de gemeente het gebruik van zorgaanbod, gericht op stoppen met roken, stimuleren door de mogelijkheden actief onder de aandacht te brengen (GGD Rotterdam-Rijnmond, 2010e:21).

Huiselijk geweld

Onder 'geweld' wordt de aantasting van de persoonlijke integriteit verstaan, met daarbij een onderscheid tussen psychisch en lichamelijk geweld (waaronder seksueel geweld). De huiselijke kring van het slachtoffer bestaat uit (ex)partners, gezinsleden, familieleden en huisvrienden. Het begrip 'huiselijk' betreft hier de relatie tussen dader en slachtoffer en niet de locatie (GGD Rotterdam-Rijnmond, 2010e:22-23).

De aanpak van huiselijk geweld beslaat volgens de GGD de hele keten van preventie en signalering tot interventies en nazorg, en is gericht op het beschermen en versterken van het hele (gezins)systeem (slachtoffers, kinderen en plegers). Iedereen die met huiselijk geweld te maken heeft, kan zich melden bij het Advies en Steunpunt Huiselijk Geweld (ASHG) Zuid-Hollandse eilanden. Met het oog op vroegtijdige signalering heeft de GGD Rotterdam-Rijnmond ook een meldcode ontwikkeld. Streven is deze meldcode in te voeren in het totale gebied van de Stadsregio Rotterdam. Ten slotte is preventie van belang. Het gaat hierbij onder meer om doelgroepspecifieke campagnes, voorlichtingen en het bieden van preventieprogramma's aan doelgroepen (GGD Rotterdam-Rijnmond, 2010h:23).

Alcoholgebruik

De schadelijkheid van het drinken van alcohol op jonge leeftijd staat steeds meer in de belangstelling omdat er aanwijzingen zijn dat het drinken van (grote hoeveelheden) alcohol als je nog in de groei bent, extra schadelijk is en een negatief effect heeft op de ontwikkeling van de hersenen. Hiernaast geldt dat hoe jonger kinderen met alcohol in aanraking komen, hoe groter de kans op overmatig gebruik en verslaving op latere leeftijd (GGD Rotterdam-Rijnmond, 2010f:20-21). Volgens de GGD Rotterdam- Rijnmond (2010f) stoelt effectief lokaal alcoholbeleid op vier pijlers:

- Draagvlak bij het publiek. Bijvoorbeeld door communicatie via de media, scholen en verenigingen.
- Regelgeving in relatie tot de beschikbaarheid van alcohol. Onder meer door afspraken te maken met de horeca over alcoholmarketing, sluitingstijden, toelatingsbeleid en schenkbeleid.
- Handhaving van lokale regels en van landelijke wetgeving.
- Vroegsignalering en preventie, met specifieke aandacht voor risicogroepen. De school is een goede plaats om jongeren te bereiken.

Leefomgeving

De leefomgeving kan de gezondheid op verschillende manieren beïnvloeden. Ten eerste rechtstreeks door blootstelling aan fijn stof in de buitenlucht, ernstige geluidshinder door verkeer en verontreiniging van het binnenmilieu. Daarnaast kan de leefomgeving uitnodigen tot gezond gedrag, zoals fietsen, wandelen, sporten en spelen. De derde manier waarop de leefomgeving de gezondheid beïnvloedt, is door de beleving van de omgeving. In de rVTV wordt dit toegespitst op de positieve beleving van het groen (GGD Rotterdam-Rijnmond, 2010f).

De gemeente kan met bijvoorbeeld verkeersplannen richting geven aan verbetering van de luchtkwaliteit. Aanbevolen wordt te proberen het autoverkeer terug te dringen en openbaar vervoer en fietsverkeer te bevorderen. Ook is het met het oog op de gezondheid raadzaam waar mogelijk te voorkomen dat woningen, verzorgingstehuizen, scholen en kinderdagverblijven binnen 100 meter van een rijksweg of direct aan een drukke binnenstedelijke weg komen te liggen. Er wordt hiernaast gewezen op het behoud van stille, groene, plekken zodat de inwoners kunnen ontsnappen aan de dagelijkse drukte (GGD Rotterdam-Rijnmond, 2010a).

Figuur 5.1: Gezondheidsproblemen per (deel)gemeente

(Deel)gemeenten	Eenzaamheid	Psychosociale problemen	Overgewicht	Rookgedrag	Huiselijk geweld	Alcoholgebruik	Leefomgeving
Gemeente Spijkenisse	X	X	X	X	X		X
Gemeente Capelle aan den IJssel	X	X	X	X	X	X	X
Gemeente Middelharnis	X	X	X	X		X	X
Gemeente Schiedam	X	X	X	X	X	X	X
Gemeente Maassluis	X	X	X	X	X	X	X
Deelgemeente Hoek van Holland	X	X	X	X	(X)	X	X
Deelgemeente Feijenoord	X	X	X	X	(X)	X	X
Deelgemeente Delfshaven	X	X	X	X	(X)	X	X

In bovenstaand tabel wordt tot slot een overzicht gegeven van de gezondheidsproblemen die meervoudig voorkomen in het werkgebied van de GGD Rotterdam-Rijnmond. Er wordt per (deel)gemeente aangegeven of de problemen als extra aandachtspunt zijn aangekaart in de VTV-rapporten. Bij de deelgemeenten zijn er onder het probleem “huiselijk geweld” kruisjes tussen haakjes aangegeven. De reden hiervoor is dat het wel problemen zijn die spelen, maar

die door de GGD in de rVTV 2010 getypeerd worden als aanvullende kernboodschappen voor de gemeente Rotterdam als geheel, en niet als specifieke kernboodschappen voor de deelgemeente zelf (GGD Rotterdam-Rijnmond, 2010k:5).

5.2.2 Gezondheidsproblemen per (deel)gemeente

Gemeente Spijkenisse

Spijkenisse is de derde grootste gemeente binnen het werkgebied van de GGD Rotterdam-Rijnmond (GGD Rotterdam-Rijnmond, 2011:5). De gezondheid van de inwoners van Spijkenisse is grotendeels vergelijkbaar met de gezondheid in de regio. Naast de problemen die in het vorige subparagraaf werden aangekaart, zijn er voor Spijkenisse de volgende kernboodschappen en adviezen geformuleerd:



De mondgezondheid van jeugdigen in Spijkenisse laat te wensen over. Met de juiste kennis en vaardigheden is dit te verbeteren.

Het percentage jeugdigen met tandbederf blijkt in Spijkenisse opvallend hoger te zijn dan in de andere gemeenten op de Zuid-Hollandse eilanden. Omdat een gezond gebit belangrijk is voor de gezondheid, is het aanleren van goede gewoonten belangrijk (GGD Rotterdam-Rijnmond, 2010e). Een goede mondgezondheid van de jeugd vraagt volgens de GGD om acties op verschillende terreinen:

- Goede signalering en doorverwijzing binnen het CJG (Centrum Jeugdgezondheidszorg).
- Goede en adequate informatieverstrekking bij de verloskundige praktijken.
- Een postercampagne gericht op mondverzorging.
- Verstandig snoepaanbod op locaties waar kinderen hun vrije tijd doorbrengen.
- Verstandig traktatie- en eetbeleid in het onderwijs en in de kinderopvang.
- Poetslessen door de leidsters in de kinderopvang.
- Voorlichting, poetsinstructies en gedragsbeïnvloeding in het basisonderwijs. In Spijkenisse is dit onderdeel van het project 'Hartstikke Leuk'.



Ook in Spijkenisse wonen mensen die kampen met complexe problemen. Hulp voor deze mensen blijft nodig.

Bij mensen met complexe problematiek is vaak sprake van een opeenstapeling van problemen. Ze verwaarlozen zichzelf, verkeren in een sociaal isolement, zijn in de war en/of veroorzaken overlast en hebben vaak financiële problemen. De hulpverlening moet, zowel in omvang als in deskundigheid, in staat zijn de noodzakelijke hulp te bieden. Als het de lokale instanties niet lukt

om gezamenlijk de multiproblematiek op te lossen, worden knelpunten in de ketensamenwerking ervaren. Genoemde knelpunten dienen vervolgens te worden opgeschaald. Hierbij is een belangrijke rol weggelegd voor de gemeente, die een verantwoordelijkheid heeft in de zorg voor zijn kwetsbare burgers (GGD Rotterdam-Rijnmond, 2010e:24). De GGD ondersteunt de gemeente hierin.

Gemeente Capelle aan den IJssel

Capelle is in de loop van de jaren uitgegroeid naar een middelgrote stad binnen het stedelijk gebied van de Stadsregio Rijnmond (Gemeente Capelle aan den IJssel, 2013). Met 4.640 inwoners per km² is Capelle de dichtstbevolkte gemeente in het werkgebied. Ook voor deze gemeente geldt dat de gezondheid over het algemeen vergelijkbaar is met de gezondheid in de regio (GGD Rotterdam-Rijnmond, 2010f). Een groot deel van de kernboodschappen voor deze gemeente is ook geformuleerd voor andere gemeenten binnen het werkgebied. Deze zijn daarom reeds besproken in het vorige gedeelte.



In Capelle aan den IJssel wonen mensen met een combinatie van lichamelijke, geestelijke en sociale problemen. Een persoonsgerichte aanpak en ketensamenwerking kunnen perspectief bieden.

Bij Capelle aan den IJssel is het probleem van “mensen met multiproblematiek” aangekaart (GGD Rotterdam-Rijnmond, 2010f:25). Er wordt hier, net als bij de gemeente Spijkenisse, gewezen op het belang van samenwerking tussen verschillende instanties en de taak van de gemeente hierin. Er wordt in het rapport verder ingegaan op het huidig beleid dat de gemeente voert.

Middelharnis

Middelharnis was tot eind 2012 een zelfstandige gemeente op het eiland Goerree-Overflakkee. De gemeente vormt daarnaast ook het middelpunt op dit Zuid-Hollandse eiland en voorziet in diverse regionale voorzieningen. De gezondheid van de inwoners van Middelharnis is volgens de GGD vergelijkbaar met het gemiddelde in Nederland en de regio. Specifiek voor de gemeente is de volgende kernboodschap geformuleerd:



Middelharnis vergrijst. De gemeente kan daar op inspelen met beleid op maat.

De grijze druk in Middelharnis blijkt hoger te zijn dan gemiddeld in Nederland. Ouderen hebben vaker een slechte gezondheid. De verwachting is dat een toename van het aantal ouderen de vraag naar de zorg zal doen toenemen. Om in te kunnen spelen op deze ontwikkeling zal

Middelharnis in de toekomst nog meer aandacht moeten besteden aan de vragen van een groeiende doelgroep senioren, met name waar het gaat over passende zorg-, mobiliteits- en woonvoorzieningen (GGD Rotterdam-Rijnmond, 2010G). Hierbij valt te denken aan het scheppen van een vriendelijke leefomgeving voor senioren, (vroeg)signalering van problemen, (aangepaste) woningen, voldoende zorgaanbod en een veilige omgeving.

Gemeente Schiedam

Schiedam is gelegen tussen de steden Rotterdam en Vlaardingen. De stad is vooral bekend om haar jenever, de historische binnenstad met grachten, en de hoogste windmolens ter wereld (Gemeentebanen.nl, 2013). De gemeente vormt, na Rotterdam, de grootste gemeente binnen het werkgebied van de GGD Rotterdam-Rijnmond (GGD Rotterdam-Rijnmond, 2011:5). De gezondheid van de inwoners van Schiedam is minder goed dan elders in de regio (GGD Rotterdam-Rijnmond, 2010h). De gezondheidsproblemen die aangekaart zijn voor Schiedam, worden in de rVTV 2010 ook benoemd bij meerdere (deel)gemeenten in het werkgebied. Er worden hiernaast geen andere kernboodschappen genoemd die alleen voor Schiedam gelden.

Gemeente Maassluis

Maassluis, een stad die zich in de 18e eeuw tot een belangrijke vissershaven ontwikkelde, is tegenwoordig uitgegroeid tot een moderne stad. Maassluis wordt ook wel aangeduid als de eerste stad aan de Waterweg (GGD Rotterdam-Rijnmond, 2010i:7). De gemeente telde in 2010 31.625 inwoners (GGD Rotterdam-Rijnmond, 2011:5). De gezondheid is gemiddeld gelijk aan die van de inwoners in de rest van de regio. Er zijn naast de reeds besproken kernboodschappen in paragraaf 5.2.1 geen andere kernboodschappen geformuleerd die alleen gelden voor Maassluis.

Deelgemeente Hoek van Holland

Als het om het aantal inwoners gaat, vormt Hoek van Holland één van kleinste deelgemeenten binnen Rotterdam. De deelgemeente is bekend om zijn natuur- en duingebieden en strand. Hoek van Holland scoort op verschillende aspecten van gezondheid beter dan Rotterdam (GGD Rotterdam-Rijnmond, 2010j). Er zijn naast de reeds besproken kernboodschappen in paragraaf 5.2.1 geen andere kernboodschappen geformuleerd die alleen gelden voor deze deelgemeente. Wat betreft het alcoholgebruik wordt er, door de vrijwel hoge percentage, wel extra aandacht gevraagd voor het alcoholgebruik onder de ouderen (Ibid.).

De deelgemeente Feijenoord wordt qua vormgeving vaak ook wel vergeleken met Rotterdam, maar dan op kleinere schaal. Zo zijn de verschillende wijken die de stad Rotterdam kenmerken, in een andere vorm terug te vinden in deze deelgemeente (GGD Rotterdam-Rijnmond, 2010k:7). De gezondheid van Feijenoord wordt ten opzichte van de andere Rotterdammers slechter beoordeeld. Voor de deelgemeente is er naast de reeds besproken onderwerpen ingegaan op de volgende problematiek:



Veel kinderen in Feijenoord maken bij de geboorte een slechte start. Een brede aanpak van preconceptie tot kraamzorg kan verbetering brengen.

Uit analyses is gebleken dat 1 op de 6 Rotterdamse baby's een slechte start maakt. Dit probleem komt voornamelijk voor in achterstandswijken die ook in Feijenoord zijn te vinden. Volgens de GGD kan de deelgemeente aan het gemeentebestuur bijdragen door goede medewerking, draagvlak en door zelforganisaties te betrekken bij het bereiken van de doelgroepen met informatie over een gezonde zwangerschap (GGD Rotterdam-Rijnmond, 2010k:14-15). Tenslotte kan de deelgemeente de aanpak ondersteunen door bijvoorbeeld actief informatie te verspreiden en interventies te ondersteunen met communicatie (Ibid.).



In Feijenoord wordt relatief weinig alcohol gedronken en het percentage rokers is verminderd. Toch blijven dit punten van aandacht, vooral bij de jeugd.

Het probleem ten aanzien van het rookgedrag komt vaker voor in het werkgebied en is daarom al besproken. Er is volgens de GGD wel reden tot zorg over het gebruik van cannabis. De Jong (2009) schrijft dat cannabisgebruik de problemen van probleemjongeren blijkt te verergeren. Dit probleem is reeds opgenomen in het stedelijk beleid. De deelgemeente zou hieraan kunnen bijdragen via jongerenwerk, acties per wijk, acties via zelforganisaties, het voeren van genotmiddelenbeleid bij organisaties in de wijk en het bevorderen van een integrale aanpak (GGD Rotterdam-Rijnmond, 2010k:22-23).



Een deel van de jeugd van Feijenoord groeit niet op in veiligheid. Voortzetting van de huidige maatregelen en afstemming daarbij is belangrijk.

Naast de hoge percentage jeugdigen dat opgroeit in een onveilige omgeving, kampt de deelgemeente met een hoog percentage wangedrag onder de jeugd (GGD Rotterdam-Rijnmond, 2010k:26-27). Zowel op stedelijk als op deelgemeentelijk niveau worden er programma's uitgevoerd die gericht zijn op vroegsignalering van problemen, preventie via leefstijlprogramma's en het positief beïnvloeden van de omstandigheden waarin kinderen opgroeien. In het rapport wordt er gewezen op een goede afstemming tussen de genomen en te nemen maatregelen.

De deelgemeente Delfshaven kenmerkt zich door haar diversiteit in culturen, levensstijlen en buurten. Wat betreft de gezondheid, scoort de deelgemeente op verschillende aspecten lager dan het gemiddeld in Rotterdam (GGD Rotterdam-Rijnmond, 2010a).



Veel kinderen in Delfshaven maken bij de geboorte een slechte start. Een brede aanpak van preconceptie tot kraamzorg kan verbetering brengen.

In Rotterdam doen, zoals eerder beschreven, in een aantal achterstandswijken problemen voor op het gebied van de perinatale gezondheid. Een aantal wijken in de Delfshaven maken onderdeel uit van deze groep. In het rapport wordt er een omschrijving gegeven van het beleid op gemeentelijk niveau. De deelgemeente zou het effect hiervan bijvoorbeeld kunnen steunen door medewerking te verlenen bij het bereiken van doelgroepen. Daarnaast zou de deelgemeente dit kunnen doen door het actief verspreiden van informatie en het ondersteunen van interventies met communicatie (GGD Rotterdam-Rijnmond, 2010a).



Het alcoholgebruik onder jongeren in Delfshaven is lager dan gemiddeld in Rotterdam. Het gebruik van alcohol door 55-plussers is een aandachtspunt.

Voor deze deelgemeente is voornamelijk aandacht gevraagd voor het alcoholgebruik bij ouderen. Door de gevolgen die alcoholgebruik bij ouderen met zich meebrengt, wordt er aanbevolen vooral in zetten op de signalering hiervan. Landelijk zijn er al interventies ontwikkeld die de deelgemeente zou kunnen toepassen op de lokale situatie (GGD Rotterdam-Rijnmond, 2010a:22-23).



Verslaafden en drugsdealers kunnen de veiligheid van de jeugd in Delfshaven bedreigen. Het vergroten van de weerbaarheid van de jeugd is een goede aanvulling op stedelijk drugsbeleid.

In de deelgemeente worden jeugdigen vaak geconfronteerd met de overlast van verslaafden en drugsdealers in de buurt (GGD Rotterdam-Rijnmond, 2010a:27). In de rVTV 2010 wordt een omschrijving gegeven van de mogelijkheden aan projecten die de deelgemeente momenteel aanbiedt aan instanties.

5.3 Gebruik per (deel)gemeente

In deze paragraaf wordt gekeken naar de wijze waarop de kernboodschappen uit de rVTV 2010 meegenomen of geïmplementeerd zijn in het gezondheidsbeleid en hoe de rVTV verder gebruikt is.

5.3.1 De gemeenten

Gemeente Spijkenisse

De gemeente Spijkenisse stelde in 2004 haar eerste gezondheidsnota vast en gezien de tussentijd van vier jaar die tussen de gezondheidsnota's moet zitten, volgde de tweede nota in 2009. Het jaar 2008 vormde voor de gemeente een overgangsjaar (gemeente Spijkenisse, 2009:5). De gemeente had ten tijde van de publicatie van de rVTV 2010 haar gezondheidsnota dus al een jaar ervoor opgesteld. Het is om deze reden niet relevant geweest een vergelijking te maken tussen het rVTV-rapport en de gezondheidsnota. Er kunnen in de nota namelijk wel beleidspunten opgenomen zijn die overeenkomen met de visies van de GGD, maar de rVTV 2010 kan hierbij geen rol in hebben gespeeld. Een ander belangrijk gegeven is dat de gemeente pas in het jaar 2010 toetrad tot het werkgebied van de GGD Rotterdam-Rijnmond. Kennis en informatie die als ondersteuning zijn gebruikt bij het opstellen van de nota waren daardoor niet afkomstig van de GGD Rotterdam-Rijnmond zelf. Dit sluit echter niet uit dat de rVTV 2010 een doorwerking kan hebben gehad in het beleid. Uit eerdere studies door onder andere Mintzberg (2000) naar de uitvoering van beleid in de praktijk, is gebleken dat in veel gevallen de uiteindelijke uitvoering van beleid iets afwijkt van de vastgestelde beleidsplan. Er kunnen zich tijdens het beleidsproces namelijk ontwikkelingen voordoen waardoor er van richting veranderd kan worden (Dankert, 2011:1-2). Zo kunnen bepaalde belangrijke resultaten van onderzoeken een reden zijn voor tussentijdse veranderingen in het beleid. In de praktijk is het dus niet uitgesloten dat beleidsmakers afwijken van de vastgestelde beleidsplannen in een gezondheidsnota.

Tijdens het interview bij de gemeente is bovenstaande gedachtegang ook bevestigd. De respondent gaf aan dat de gemeente, nadat een nota vastgesteld, in principe wel bereid is wat aan te passen in het gezondheidsbeleid, mits er iets opmerkelijks in de rVTV 2010 naar voren komt dat hiertoe voldoende aanleiding biedt. Bij de rVTV 2010 bleek dit niet het geval te zijn. Er stond voor de gemeente weinig nieuws in, waardoor het meer een bevestiging is geweest van wat al bekend was. Dit is, naast de timing van het rVTV-rapport, een belangrijke reden geweest waarom er geen gebruik is gemaakt van het rapport (Interview gemeente Spijkenisse, 7 november 2012). De kernboodschappen en de adviezen die hier uit zijn voortgevloeid, zijn in de ogen van de respondent ook vrij algemeen geformuleerd waardoor het in haar ogen weinig aanknopingspunten bood voor het beleid. De gemeentelijke bezuinigingen kunnen tevens als

factor worden onderscheiden. Door de beperkte financiële middelen moeten er meer dan ooit belangrijke afwegingen worden gemaakt. Een gemeente is hierdoor minder snel geneigd extra in te zetten op bepaalde aspecten in het beleid, tenzij er sprake is van een dringend geval.

Van de gezondheidsatlas wordt verder ook geen gebruik gemaakt. Een reden hiervoor is dat het aanbod aan gezondheidsinformatie (op het internet) vrij groot is. Het is voor beleidsmedewerkers daardoor vaak moeilijk om een keuze of onderscheid te maken tussen de verschillende informatiebronnen, gaf de respondente aan (Interview gemeente Spijkenisse, 7 november 2012). De gezondheidsgegevens op de site zijn verder ook alleen op gemeentelijk niveau. De gemeente Spijkenisse heeft door de grote verschillen binnen de gemeente daarentegen ook behoefte aan informatie op wijkniveau. De rVTV 2010 was hier niet van voorzien. Uitgaande van de vier vormen van doorwerking, zoals beschreven in het theoretisch kader, kan er geconcludeerd worden dat de rVTV 2010 bij deze gemeente geen doorwerking heeft gehad.

Gemeente Capelle aan den IJssel

De gemeente Capelle aan den IJssel stelde in 2012 het Actieplan Welzijn en Zorg op. In tegenstelling tot de voorgaande jaren (2003 en 2007), werd er hierbij gekozen voor een andere aanpak, waarbij de beleidsvoornemens ten aanzien van de WMO en de WPG aan elkaar worden verbonden. De Wet Maatschappelijke Ondersteuning, die in 2007 in werking trad, is erop gericht mensen zo veel mogelijk zelfstandig te laten participeren in de samenleving en schrijft gemeenten voor, hen hierin in te ondersteunen wanneer zij er zelf niet in slagen (ministerie van Volksgezondheid, Welzijn & Sport, 2013). De ondervonden verbindingen tussen beiden wetten vormde de basis voor het opstellen van het actieplan waarin de ambities op het vlak van maatschappelijke ondersteuning en lokale gezondheidszorg zijn uitgewerkt (Gemeente Capelle aan den IJssel, 2012:4). Bij het analyseren van het gezondheidsbeleid van de gemeente en het rVTV-rapport, is er op veel punten een samenhang gevonden. Het gezondheidsbeleid van de gemeente blijkt aan de hand van de analyses vrij sterk aan te sluiten op de kernpunten en adviezen die in het rVTV-rapport voor Capelle aan den IJssel zijn beschreven. Uit de beleidsdocumenten valt op te maken dat deze samenhang bij sommige onderwerpen niet direct gelinkt kan worden aan een doorwerking van de rVTV-rapport zelf, maar toe te kennen is aan andere factoren.

In het rapport werd ten eerste aandacht gevraagd voor eenzaamheid per doelgroep. Sociaal isolement bij volwassenen werd al aangepakt door middel van het inzetten op vrijwilligerswerk. Voor de ouderen zag de GGD voornamelijk mogelijke interventies op het gebied van sociale veiligheid en vervoersvoorzieningen. De gemeente besteedt in de actieplan speciale aandacht aan ouderen en de eenzaamheid onder deze doelgroep. Wat betreft de vervoersvoorzieningen

heeft de gemeente al aandacht voor deze doelgroep. In het gemeentelijk verkeers- en vervoersplan 2010-2020 van Capelle zijn plannen opgenomen om het openbaar vervoer toegankelijker te maken voor mindervaliden en andere kwetsbare groepen. Tevens werd het openbaar vervoer al in mei 2009 gratis gemaakt voor 65-plussers (gemeente Capelle aan den IJssel, 2009:18). Wat betreft de veiligheid zet de gemeente zich ook extra in voor ouderen. Door middel van het project "Halt u valt" wordt het aantal valincidenten bij ouderen tegengegaan. Hiernaast is er een convenant gesloten tussen apotheken en actieve zorgorganisaties, met als doel foutief medicijngebruik terug te dringen (gemeente Capelle aan den IJssel, 2012:54-55). Uit het actieplan valt op te maken deze interventies, die desondanks wel aansluiten op de visie van de GGD, gebaseerd zijn op gegevens uit een andere informatiebron, namelijk de ouderenmonitor (2011) van de gemeente zelf. Wat betreft dit punt is er dus geen sprake van een doorwerking van de rVTV 2010.

De gemeente heeft het problematiek van psychosociale ongezondheid ook opgenomen in het beleidsplan. Er wordt hierbij ook duidelijk verwezen naar de gegevens en adviezen uit het rVTV-rapport. Een concrete aanpak, in de vorm van interventies hierin, is niet beschreven, maar een actieplan zit voor 2014 in de planning. Dit wordt gericht op het tegengaan van depressiviteit onder alle leeftijdsgroepen en wordt opgesteld in samenwerking met de GGD en de eerste-lijnszorg (gemeente Capelle aan den IJssel, 2012:42). Uit het beleidsdocument valt niet concreet te halen of deze plannen zijn gemaakt naar aanleiding van het rVTV-rapport, maar door de aanhaling van de rVTV als bron, kan er voorzichtig geconcludeerd worden dat de rVTV wel een rol heeft gespeeld. Er kan hierbij gesproken worden van een conceptuele doorwerking. Alhoewel het plan nog niet uitgevoerd is, heeft de gemeente wel overwogen hierin samen te gaan werken met onder andere de GGD.

Het tegengaan van overgewicht vormt tevens een aandachtspunt in het beleidsplan. Alhoewel de aanpak van de gemeente erg sterk aansluit op de brede benadering die de GGD in het rVTV-rapport voorschrijft, zijn de overeenkomsten niet alleen te verklaren aan de hand hiervan. De gemeente geeft bijvoorbeeld aan deel te nemen aan landelijke programma's zoals "Jongeren Op Gezond Gewicht (JOGG)" en "Gezonde Schoolkantine" (gemeente Capelle aan den IJssel, 2012:35-36). Gegevens uit de rVTV zijn wel degelijk gebruikt als grondslag of achtergrondinformatie voor de plannen. Dit impliceert overigens niet dat dit dé aanleiding is geweest voor het opnemen van dit onderdeel in het beleidsplan. De gemeente geeft namelijk ook aan sommige maatregelen direct te hebben afgeleid van informatiebronnen en speerpunten op landelijk niveau. De brede benadering die de GGD voorschrijft sluit hier dus (op logische wijze) op aan. Ook hier is sprake van een conceptuele doorwerking.

De gemeente pakt het alcoholgebruik aan onder de bewoners. Hierbij is er in lijn met het rVTV-rapport speciale aandacht voor het gebruik onder de jeugd. De gemeente zet zich bijvoorbeeld

in door middel van het houden van bijeenkomsten (met ouders) op scholen en het verspreiden magazines. Dit is in lijn met het principe van “draagvlak creëren onder het publiek” zoals beschreven in het rVTV-rapport. Hiernaast zet de gemeente extra instrumenten in om beter toe te kunnen zien op de naleving van de regelgeving. Ook de andere punten die betrekking hebben op de vroegsignalering en preventie van alcoholgebruik, komen duidelijk terug. Er is hier geen sprake van een instrumentele doorwerking omdat er geen verandering heeft plaatsgevonden in het gedrag van de beleidsmakers. Het terugdringen van alcoholgebruik was al eerder onderdeel van het beleid van de gemeente (GGD Rotterdam-Rijnmond, 2010f:21). Er is hier wel sprake van een conceptuele doorwerking. De gemeente wil door middel van de maatregelen een daling in de percentages realiseren. Zo wilt de gemeente bijvoorbeeld, dat bij de volgende gezondheidsonderzoek van de GGD blijkt, dat maximaal 18% van de brugklassers rapporteert alcohol te gebruiken. Deze doelstellingen zijn niet alleen gebaseerd op de gegevens van de rVTV, maar ook op de gezondheidsmonitor van de GGD en de ouderenmonitor van de gemeente. Voor het rookgedrag geldt hetzelfde, de gemeente neemt zich voor om in 2013, samen met andere partners zoals de GGD, STIVORO en scholen, te bezien over de mogelijkheden voor een effectieve preventieve aanpak (gemeente Capelle aan den IJssel, 2012:58).

De gemeente besteedt in het beleidsplan ook aandacht aan de thema's huiselijk geweld en de aanpak van kwetsbare mensen met complexe problemen. Wat betreft het eerste wordt er, net als in het rVTV-rapport, niet verwezen naar een concrete aanpak. De gemeente neemt voor zich in te zetten voor een betere regionale samenwerking. Voor het probleem bij mensen met meervoudige problematiek gaat de gemeenten onder andere interventies ondernemen om de ketensamenwerking te bevorderen (gemeente Capelle aan den IJssel, 2012:48-49).

De gemeente besteedde, al eerder in het verkeers- en vervoerplan, aandacht aan een betere inrichting van de omgeving zodat burgers veiliger kunnen bewegen, sporten, spelen, wandelen en fietsen (gemeente Capelle aan den IJssel, 2009:16-18). De GGD adviseerde de gemeente verder te voorkomen dat woningen, verzorgingstehuizen, scholen en kinderdagverblijven binnen 100 meter van een rijksweg of direct aan een drukke binnenstedelijke weg komen te liggen. Capelle neemt zich voor om in het vervolg de GGD te consulteren wanneer zij van plan is nieuwe gevoelige bestemmingen te realiseren langs drukke wegen. De gemeente geeft echter aan dit plan te hebben gebaseerd op landelijke wetgeving. Gemeenten zijn verplicht om in dergelijke gevallen de GGD te consulteren en in het voorjaar van 2012 werd er een motie aangenomen om die naleving hiervan te bevorderen (gemeente Capelle aan den IJssel, 2012:18).

Uit het gesprek bij de gemeente kwam tot slot naar voren dat de gezondheidsatlas voornamelijk gewaardeerd wordt om de praktische bruikbaarheid ervan en daarom ook regelmatig wordt gebruikt. Ook hier is sprake van conceptueel gebruik.

Gemeente Middelharnis

Middelharnis was tot 2012 een onafhankelijke gemeente op het eiland Goeree Overflakkee. De vier gemeenten op het eiland werkten desondanks samen aan het gezondheidsbeleid en stelden in 2009 hun tweede “Nota Regionaal Gezondheidsbeleid ” op voor de periode 2009-2010. De uiteindelijke versie werd uiteindelijk omgedoopt tot “Nota Regionaal Gezondheidsbeleid 2010-2012”. De gemeente had ten tijde van de publicatie van de rVTV 2010 haar gezondheidsbeleid al opgesteld. Door de verandering in de organisatie van de GGD Zuidhollandse Eilanden werden de gemeenten van Goeree Overflakkee samen met de andere gemeenten op Voorne-Putten-Rozenburg in 2009 ingevlochten bij de GGD Rotterdam-Rijnmond (gemeenten Dirksland, Goedereede, Middelharnis & Overflakkee, 2009:6). Voor deze gemeente geldt daarom hetzelfde als bij de gemeente Spijkenisse: Het beleidsplan kan overeenkomsten vertonen met de visies in het rVTV-rapport, maar de verklaring hiervoor is te zoeken in andere richtingen. Doordat de gemeente pas in het jaar 2010 toetrad tot het werkgebied van de GGD Rotterdam-Rijnmond, waren de kennis en informatie ook niet afkomstig van de GGD Rotterdam-Rijnmond. Het is daardoor niet relevant geweest een vergelijking te maken tussen beide documenten. Omdat er in de praktijk afgeweken kan worden van de eerdere gemaakte plannen, is er nagegaan of er verder in het beleidsproces gebruik is gemaakt de rVTV en of dit van invloed is geweest op het beleid.

De rVTV 2010 was niet als onderwerp terug te vinden in de beleidsdocumenten die de gemeente digitaal beschikbaar stelt. Hierbij dient wel opgemerkt te worden dat er een zeer beperkt aantal beleidsdocumenten was terug te vinden. De reorganisatie (fusie van de gemeenten op het eiland Goeree Overflakkee), die zich voordeed tijdens het onderzoek, speelt hier mogelijk een rol in. Zo had Middelharnis aan het eind van 2012 geen eigen website meer en konden er digitaal geen afzonderlijke beleidsdocumenten voor Middelharnis worden teruggevonden. In een programmabegroting voor het jaar 2013 wordt een beknopte omschrijving gegeven van de beleidsplannen op het gebied van de volksgezondheid en milieu. Hier zijn een aantal aandachtspunten uit te halen die ook voorkomen in het rVTV-rapport. Zo wordt er extra aandacht besteed aan het voorkomen van verslaving aan alcohol en drugs bij jongeren (gemeente Goeree Overflakkee, 2013:26). Op basis hiervan kon de doorwerking van rVTV 2010 niet worden vastgesteld. Ten eerste wordt in het document niet aangegeven waar zij de voornemens op hebben gebaseerd. Ten tweede gaat het hier om het beleidsplan van de “nieuwe” gemeente Goeree Overflakkee en geldt het dus niet specifiek voor Middelharnis.

Tijdens een interview bij de gemeente gaf de respondent aan in de praktijk geen gebruik te hebben gemaakt van het rapport. Ook bleek de gezondheidsatlas niet bekend te zijn bij de respondent. De respondent gaf wel aan dat dit te maken kan hebben met zijn functie als wethouder. Door zijn brede takenpakket komt hij weinig toe aan het inzien van onderzoeksrapporten en laat hij dat dus over aan de beleidsmedewerkers (Interview gemeente Middelharnis, 12 november 2012).

De respondent kon zich verder ook vrij weinig herinneren van het rapport na de publicatie. Dit heeft aan de ene kant te maken met een wisseling in de functies bij de gemeente. Het project van de rVTV 2010 ging uiteraard vóór de publicatie van start, maar doordat de respondent pas in maart 2010 de functie bekleedde, heeft hij dit niet meegekregen. Op basis van het gesprek kan er geconcludeerd worden dat dit aan de andere kant te maken heeft gehad met het feit dat het rapport onvoldoende de aandacht heeft getrokken van de respondent en/of de personen in de omgeving. Tijdens het gesprek zijn de kernboodschappen nogmaals doorgenomen. De kernpunten uit het rapport waren in de ogen van respondent duidelijk herkenbaar voor de gemeente, maar worden verder voornamelijk gezien als algemene wijsheden die niet direct politieke aandacht trekken of aanleiding gaven tot instrumenten voor het beleid. Hiernaast gaf de respondent aan dat het rapport en de boodschappen geen onderwerp van gesprek zijn geweest bij het college of de raad. Het is hierdoor ook niet terecht gekomen op de politieke agenda. Om bepaalde beleidsplannen door te kunnen voeren of te veranderen heeft het college instemming nodig van de raad. Het is volgens de respondent daarom belangrijk dat de raad op de hoogte is, of overtuigd wordt van de “feiten” (Interview gemeente Middelharnis, 12 november 2012).

Gemeente Schiedam

De gemeente Schiedam werkte bij het vaststellen van de eerste twee gezondheidsnota's samen met de gemeenten Vlaardingen en Maassluis, waarmee zij samen de regio Nieuwe Waterweg Noord (NWN) vormt. Bij de opvolgende nota bleek er behoefte te zijn aan mogelijkheden voor eigen accenten en fasering bij de uitvoering. De gemeente stelde daarom in 2009 haar derde gezondheidsnota op dat alleen van toepassing is op Schiedam (gemeente Schiedam, 2009:2). In 2010, toen de rVTV gepubliceerd werd, was de nota al opgesteld. De cijfers die ook in het rVTV-rapport zijn meegenomen, liggen ten grondslag aan het beleidsplan van de gemeente (Ibid.). Dit komt uiteraard door het feit dat het rVTV-rapport ook gebaseerd is op cijfers uit de gezondheidsmonitor van 2008, die de gemeente ook gebruikt heeft bij het opstellen van gezondheidsbeleid. Dit kan kortom niet gezien worden als een vorm van een doorwerking van de rVTV 2010.

In tegenstelling tot de andere gemeenten, waar de gezondheidsnota's ook al vooraf aan de publicatie van de rVTV 2010 vastgesteld waren, blijkt er in Schiedam nog wel vaak gebruik gemaakt te zijn van het rapport in verdere beleidsprocessen. De informatie in de rVTV bleek bij verdere analyse wel terug te komen in andere beleidsdocumenten die na 2010 zijn geproduceerd. Een voorbeeld is een programma dat is opgezet voor de Schiedamse wijk "Nieuwland". Door de meervoudige problematiek in de wijk verdiende Nieuwland in 2008 extra aandacht van de gemeente door middel van een wijkprogramma (gemeente Schiedam & Woonplus Schiedam, 2012:2). Dit programma werd in 2011 geëvalueerd en de rVTV 2010 blijkt gebruikt te zijn als input bij het opstellen van het nieuwe programma "Wijkactie Programma Nieuwland 2012 – 2017. Tijdens het gesprek bij de gemeente werd aangegeven dat het product, zowel de boekjes als de gezondheidsatlas, wordt gebruikt. Zo wordt er intern regelmatig gebruik gemaakt van de cijfers en wordt het boekjes vaak aangehaald bij productbegrotingen die gezien kunnen worden als vormen van prestatieafspraken. Aangezien de rVTV ook gebruikt wordt om prestaties/beleidsplannen te verantwoorden, kan er naast een conceptuele doorwerking ook gesproken worden van een politiek/strategische doorwerking.

De reden dat het zo veel gebruikt wordt, heeft te maken met het feit dat de gemeente hiernaast niet zo veel stukken heeft om als naslagwerk te gebruiken (Interview Schiedam, 16 november 2010). Daarnaast wordt de vormgeving ook zeer gewaardeerd. *"De boekjes zijn makkelijk in te zien, wetenschappelijk onderbouwd en behoorlijk gericht op Schiedam"* (Ibid.). De boodschappen waren in de ogen van de gemeente verder erg herkenbaar en ook voorzien van kort, maar krachtige handvatten voor het beleid. De respondent gaf aan, pas vanaf begin 2010 de huidige functie van beleidsadviseur te hebben bekleed en in het begin niet erg op de hoogte te zijn van het gehele project rondom de rVTV, maar herinnert zich een presentatie die door de GGD werd verzorgd ná de publicatie.

Gemeente Maassluis

De regio Nieuwe Waterweg Noord (NWN), bestaande uit de gemeenten Maassluis, Schiedam en Vlaardingen, bracht in 2005 haar tweede gezondheidsnota uit (gemeenten Schiedam, Vlaardingen & Maassluis, 2005:4). De gemeente Maassluis heeft sindsdien nog geen nieuwe gezondheidsnota vastgesteld. De gemeente heeft daarna wel een aantal beleidsdocumenten gepubliceerd, waarin ingegaan wordt op een aantal gezondheidsaspecten. Zo bracht zij in 2009 de "Nota inventarisatie integraal jeugdbeleid" uit, waarbij de aandacht expliciet gericht is op de jeugd en hun ouders/verzorgers (gemeente Maassluis, 2009a). De gezondheid krijgt in dit document uitgebreide aandacht. Hierin zijn doelstellingen opgesteld die gebaseerd zijn op kennisproducten van onder andere de GGD Rotterdam-Rijnmond. Ook in het beleidsdocument "Beleidsvisie Samenlevingszaken" gaat de gemeente in op het beleid ten aanzien van de volksgezondheid (gemeente Maassluis, 2009b). Voor deze beleidsdocumenten geldt dat ze

allemaal gepubliceerd zijn in het jaar vóór de publicatie van de rVTV 2010. Een vergelijking het de rVTV-rapporten was kortom ook hier niet relevant.

Tijdens het interview bij de gemeente, is er gesproken met een beleidsadviseur en een bestuurder. Uit dit gesprek blijkt dat er weinig gebruik is gemaakt van de rVTV 2010. Het woord “weinig” verwijst hier naar het feit dat het rVTV- rapport niet is gebruikt, maar de gezondheidsatlas wel. De kernboodschappen zijn door de respondenten ervaren als een bevestiging van wat ze al wisten. Het rapport heeft in hun ogen geen toegevoegde waarde gehad ten opzichte van de gezondheidsmonitor 2008 (Interview gemeente Maassluis, 6 december 2012). De voornaamste reden hiervoor is dat de kernboodschappen te algemeen zijn geformuleerd en de adviezen die eruit voortvloeiden praktisch niet bruikbaar waren, aldus de respondenten. Van de gezondheidsatlas, die tevens als zeer praktisch wordt ervaren, wordt wel gebruik gemaakt.

5.3.2 De deelgemeenten

De gemeenteraad van Rotterdam stelde 14 deelgemeenten in om zaken op wijk- en buurtniveau goed tot hun recht te laten komen. Deelgemeenten kunnen beschouwd worden als stadsdelen met een eigen gekozen bestuur. Zij richten zich op zaken die bewoners en ondernemers direct aangaan. Hiervoor hebben zij een eigen budget en ambtelijke organisatie (gemeente Rotterdam, 2013). Om precies te zijn, spreekt de gemeente Rotterdam (2013) van taken en bevoegdheden op het gebied van:

- ❖ wijkveiligheid
- ❖ verkeer
- ❖ welzijn
- ❖ cultuur, sport en recreatie
- ❖ ruimtelijke ordening (o.a. kleine bestemmingsplannen en ontheffingen)
- ❖ vergunningen (o.a. rooien, bouwen, evenementen en collectes)
- ❖ buitenruimte (‘schoon en heel’)
- ❖ wijkeconomie en horeca

Het gezondheidsbeleid valt formeel gezien niet onder het takenpakket van de deelgemeenten. Zoals eerder naar voren is gekomen, wordt gezondheid echter beïnvloed door veel verschillende factoren. Niet alleen leefstijl is van invloed op de gezondheidstoestand van individuen. Ook de sociale en fysieke omgeving, de preventie en de zorg spelen een rol (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2013a). Deelgemeenten zijn daardoor ook betrokken in het gezondheidsbeleid. Deze betrokkenheid is vooral versterkt door de toegenomen aandacht vanuit het rijk, voor lokaal Integraal Gezondheidsbeleid (IGB). Integraal gezondheidsbeleid is erop gericht gezondheid of determinanten hiervan in samenhang aan te pakken. Dat betekent

kortom dat meerdere sectoren binnen en buiten de volksgezondheid samenwerken aan het aspect gezondheid (Ibid.).

Deelgemeente Hoek van Holland

Deelgemeenten zijn door hun formele takenpakket niet verplicht beleid vast te stellen op het terrein van de volksgezondheid. Er is hier dus ook geen sprake van het (verplicht) vaststellen van een gezondheidsnota. Dit impliceert, zoals eerder besproken werd, niet dat de deelgemeenten geen beleidsplannen opstellen die van invloed zijn op de gezondheid van de bevolking. Er is om de doorwerking van het rVTV-rapport voor Hoek van Holland te analyseren, ten eerste gekeken naar een aantal bestuursprogramma's van de deelgemeente, die zijn vastgesteld ná publicatie van de rVTV 2010.

In het bestuursakkoord tussen de deelgemeente en de gemeente Rotterdam zijn doelstellingen opgenomen die aansluiten op de kernboodschappen en adviezen uit het rVTV-rapport. Een voorbeeld hiervan is het bevorderen van de sportparticipatie. Vanuit de gemeente wordt er door middel van onder andere het uitbreiden van het Lekker-fitprogramma en het mogelijk maken van de "Klacht naar Kracht-programma" toegewerkt naar deze doelstelling (deelgemeente Hoek van Holland & gemeente Rotterdam, 2010:6). In de rVTV 2010 werd er ter bestrijding van de overgewicht verwezen naar interventies gericht op het voeding- en beweeggedrag. Hierbij werden deze programma's ook benoemd (GGD Rotterdam-Rijnmond, 2010j:19). De deelgemeente neemt zich, in lijn hiermee, voor om uitvoering te geven aan de Klacht naar Kracht-programma, maar richt zich daarmee op ouderen. De reden hiervoor is dat de algemene sportparticipatie van de jongere doelgroepen al hoger is dan de algemene doelstelling van de gemeente Rotterdam (deelgemeente Hoek van Holland & gemeente Rotterdam, 2010:6). In het rVTV-rapport zelf, werd inderdaad aangegeven dat alleen het beweeggedrag onder ouderen niet significant gunstiger is dan in Rotterdam (GGD Rotterdam-Rijnmond, 2010j:38). Er zou op basis hiervan dus verondersteld kunnen worden dat de keuze tot deze beleidsaanpak (het expliciet richten op ouderen) genomen is op basis van deze informatie. In het bestuursakkoord wordt echter niet verwezen naar een bron, waardoor deze causale verband niet met zekerheid gelegd kan worden. Het kan namelijk ook zo zijn dat de rapportages van de gezondheidsmonitor 2008 hier aanleiding voor zijn geweest.

De deelgemeente stelde in 2012 het "Kompas voor Welzijn en Zorg Hoek van Holland 2012 – 2015" op, dat voortborduurde op uitgangspunten van zowel de 'Gebiedsvisie 2011-2020 Hoek van Holland' als het 'Coalitieakkoord 2010-2014'. In dit beleidsdocument wordt er, door de (soms nog onzekere) ontwikkelingen en uitdagingen, richting gegeven aan het toekomstbestendig maken van welzijn en zorg in Hoek van Holland (deelgemeente Hoek van Holland, 2012:3). Ook in dit beleidsdocument zijn er beleidsinterventies of gegevens te herkennen die aansluiten op

de informatie in de rVTV 2010. Uit het rapport van de deelgemeente kan echter opgemaakt worden dat deze initiatieven gebaseerd zijn op kennis uit een ander kennisproduct van de GGD Rotterdam-Rijnmond, de “Jeugd Rijnmond in Beeld 2011”.

Uit het gesprek met een beleidsadviseur en bestuurder van de deelgemeente, kwam naar voren dat de rVTV 2010 wel gebruikt wordt. Een agenderende doorwerking kon worden herkend. Zo komt het rVTV- rapport nog regelmatig terug tijdens besprekingen met andere partijen (Interview deelgemeente Hoek van Holland, 19 november 2012). Op basis van het gesprek, kan er geconcludeerd worden dat dit ook deels te maken heeft met het feit dat de deelgemeente het rapport, na ontvangst, breed heeft verspreid in de deelraad en aan alle andere partners in de eerstelijns-zorg. De respondenten geven aan dit te hebben gedaan door de gebruiksvriendelijkheid van het boekje. Dit maakt het rapport, in hun ogen, ook zeer nuttig bij een agendabespreking met andere partijen zoals het basisonderwijs. De respondenten beoordeelden het rapport inhoudelijk als waardevol, omdat het samenwerkende partijen op de hoogte stelt van de situatie in de deelgemeente. Voor de deelgemeente zelf, waren de aspecten grotendeels al bekend en hadden zij, informatief gezien, niet veel toegevoegde waarde. Zij dienden daardoor meer als bevestiging (Ibid.). De adviezen zijn hierbij tevens te algemeen geformuleerd, waardoor het praktisch gezien niet echt bruikbaar was, aldus de respondenten. Het gezondheidsatlas wordt tot slot niet gebruikt, omdat het bij de respondenten niet bekend is.

Deelgemeente Feijenoord

Door het Rotterdams beleid komen er in het bestuursakkoord 2011-2014 van de deelgemeente Feijenoord en de gemeente Rotterdam grotendeels dezelfde aspecten voor als bij de vorige besproken deelgemeente. Aansluiting op het rVTV-rapport is ook hier aanwezig. Het programma ‘Van Klacht naar Kracht’ zien we ook opgenomen in het beleidsprogramma van Feijenoord. De deelgemeente geeft aan dit voort te zetten (deelgemeente Feijenoord & gemeente Rotterdam, 2010:6). Anders dan bij de vorige deelgemeente, kon een doorwerking van de rVTV 2010 hier wel worden uitgesloten. In het rVTV-rapport werd er namelijk wel gesproken van dit programma, maar dit om het huidige beleid te omschrijven. Het programma werd dus niet aanbevolen, het maakte reeds deel uit van het deelgemeentelijk beleid (GGD Rotterdam-Rijnmond, 2010k:21). Aan de hand van verdere analyse, kunnen er in het akkoord geen beleidsinitiatieven in relatie worden gebracht met de adviezen in de rVTV 2010.

De deelgemeente stelde in 2010 een bestuursprogramma op dat mede gebaseerd is op het bestuursakkoord. Voor beide beleidsdocumenten geldt overigens dat ze in december 2010 zijn gepubliceerd. In het programma wordt ten eerste de gezondheid, met extra aandacht aan huiselijk geweld en sport, gezien als één van de prioriteiten van de deelgemeente. Er wordt

verder beschreven dat er na aanleiding van cijfers extra ingezet wordt op de gezondheid van bewoners (deelgemeente Feijenoord, 2010:10). Dit wordt gedaan door middel van extra inzet op de preconceptiezorg en het terugdringen van huiselijk geweld. Hiernaast probeert de deelgemeente de bewoners bewust te maken van hun eetpatroon en gezonde voeding. Er wordt verder gewerkt aan een betere leefomgeving die moet uitdagen en stimuleren tot meer beweging en sporten (Ibid.). Deze beleidsplannen sluiten vrij duidelijk aan op de visie beschreven in de rVTV 2010. Doordat er geen bronnen aangehaald worden, kon er in eerste instantie geen causaal verband worden gelegd met de rVTV 2010. Naar aanleiding van het interview, dat plaatsvond met een beleidsadviseur en een bestuurder, kan er geconcludeerd worden dat de rVTV 2010 hier wel een rol in heeft gespeeld. Er is sprake van een conceptuele doorwerking.

Tijdens het gesprek gaven de respondenten aan, regelmatig gebruik te maken van de rVTV 2010. Zij geven aan, het rapport vaak te gebruiken in allerlei beleidsstukken om de gezondheidssituatie in kaart te brengen. Dit ondanks dat de kernboodschappen als vrij algemeen worden gezien en niet op wijkniveau zijn (Interview deelgemeente Feijenoord, 19 november 2012). De bestuurder gaf verder aan, dat de raakvlakken tussen het beleid en het VTV-rapport voornamelijk te verklaren zijn door het feit dat het huidig bestuur zelf bereid is zich extra in te zetten op het gebied van de gezondheid. De deelgemeente heeft in principe geen verplichtingen op het gebied van de gezondheid, maar stelt zelf extra budget beschikbaar omdat het belangrijk wordt gevonden. Het feit dat de deelgemeente hierin ook steun krijgt vanuit de gemeente Rotterdam, maakt de extra inzet ook beter mogelijk (Ibid.). In het interview werd verder aangegeven dat de rVTV ook regelmatig wordt aangehaald om bepaalde beleidsinitiatieven en beleidskeuzes met meer gezag te kunnen verantwoorden. De inzet op depressie en stress werd als voorbeeld genoemd (Ibid.). Hierbij kan duidelijk gesproken worden van een politiek/strategische doorwerking. Tot slot was de gezondheidsatlas alleen bij de bestuurder bekend. De website is verder nauwelijks gebruikt, dit in verband met het ondervonden gebruiksgemak.

Deelgemeente Delfshaven

In tegenstelling tot de vorige deelgemeente heeft Delfshaven in haar bestuursprogramma's geen beleidsplannen opgenomen die expliciet gericht zijn op de gezondheid van de bewoners, oftewel zo vermeld worden. Er zijn wel maatregelen te herkennen, die (indirect) wat te maken hebben met de gezondheid en raakvlak vertonen met de rVTV 2010. Zo geeft de deelgemeente aan zich extra in te zetten om de overlast van onder andere drugs te verminderen (deelgemeente Delfshaven, 2010:16). De rol van de rVTV kon hier niet geïdentificeerd worden, omdat in het beleidsdocument meerdere malen aangegeven wordt dat de maatregelen gebaseerd zijn op informatie uit de veiligheidsindex.

Door het Rotterdams beleid, komt in het bestuursakkoord tussen de deelgemeente en de gemeente Rotterdam de inzet op de sportparticipatie ook weer terug (deelgemeente Delfshaven & gemeente Rotterdam, 2010). De deelgemeente onderneemt ook maatregelen ten aanzien van dit probleem, maar er wordt verder niet verwezen naar de situatie van Delfshaven zelf, zoals dit gedaan wordt in de rVTV 2010. Op basis van de beleidsdocumenten kon niet geconcludeerd worden dat het rVTV-rapport enige doorwerking heeft gehad.

Bovenstaande conclusie werd tevens bevestigd tijdens het interview bij de deelgemeente. Hierbij is gesproken met een beleidsadviseur en een informatiemakelaar. Uit het gesprek kwam naar voren dat de rVTV niet gebruikt is. De voornaamste reden hiervoor is dat de rVTV 2010 geen informatie biedt op wijkniveau, wat voor de deelgemeente zeer belangrijk is (Interview deelgemeente Delfshaven, 19 december 2012). De deelgemeente werkt voornamelijk op gebiedsniveau en laat dat ook terugkomen in haar beleidsstukken. Dit was overigens ook op te merken bij het analyseren van de beleidsdocumenten. In het programmabegroting 2011 van de deelgemeente werd bijvoorbeeld per beleidsaspect steeds de situatie en doelstellingen beschreven per wijk (deelgemeente Delfshaven, 2010). Doordat de rVTV op dit aspect te kort schoot, heeft de deelgemeente veel meer gehad aan andere kennisproducten zoals de “Jeugd Rijnmond in Beeld”, die overigens ook door de GGD is gepubliceerd (Interview deelgemeente Delfshaven, 19 december 2012).

Op basis van het gesprek kon hiernaast een andere reden worden onderscheiden voor het beperkte gebruik van de rVTV 2010. De kernboodschappen en adviezen waren in de ogen van de respondenten vrij algemeen geformuleerd, waardoor ze niet zijn opgepakt, maar geïnterpreteerd zijn als “triggers” die de aandacht moeten trekken van beleidsmakers. De informatiemakelaar gaf vanuit zijn eigen functie en/of visie aan, dat dit kan werken, mits er voldoende aandacht wordt besteed aan extra toelichtingen of presentaties ná de publicatie, dit vooral omdat het aanbod aan kennisproducten erg breed is. De GGD zou ook op dit punt, te kort hebben geschoten (Ibid.). De gezondheidsatlas is tot slot wel bekend bij de informatiemakelaar, maar wordt door het gebrek aan informatie op wijkniveau niet gebruikt.

5.4 Doorwerking van de rVTV 2010

Om uitspraken te doen over de doorwerking, wordt in deze paragraaf een koppeling gemaakt met de theorie uit het theoretisch kader. Het interactiemodel leerde ons in het theoretisch kader dat interactie gedurende het hele proces van belang is. Er wordt om deze reden eerst een beschrijving gegeven van het proces rondom het rVTV 2010 project en de wijze waarop er hierbij interactie heeft plaatsgevonden tussen de GGD, kennisgebruikers en andere (eventueel) relevante actoren. Deze beschrijving is gebaseerd op een aantal interne rapporten van de GGD en de gesprekken die hebben plaatsgevonden met een aantal betrokken medewerkers van de GGD.

5.4.1 Het proces rondom het rVTV 2010- project

Samenwerkingsstructuur

De GGD Rotterdam-Rijnmond is aangesloten bij de Federatie Preventieve Gezondheidszorg Zuidwest- Nederland. De federatie is een vereniging van organisaties die voor de inwoners van de provincies Zuid-Holland en Zeeland overheidstaken uitvoert op het terrein van de gezondheidsbevordering en ziektepreventie. Zij wordt gevormd door alle GGD'en en stichtingen voor bevolkingsonderzoeken in de provincies Zuid-Holland en Zeeland (Gezond Zuidwest-Nederland, 2012). In januari 2008 ging vanuit de federatie het project rVTV Zuid-Holland van start. Met dit project streefde men ernaar een rVTV te ontwikkelen met de GGD'en in Zuid-Holland. De bedoeling was dat de afzonderlijke GGD'en zelf verantwoordelijk zouden blijven voor een eigen rVTV, maar dat er wel sprake zou zijn van een gezamenlijke aanpak, dit met als doel te komen tot betere vergelijkbare rVTV's.

De startconferentie voor alle betrokkenen van de rVTV werd gehouden op 14 april 2009. Genodigden waren alle epidemiologen, de afdelingshoofden epidemiologie, de portefeuillehouder VTV Federatie en het RIVM. Tijdens deze bijeenkomst werd er door middel van workshops stilgestaan bij de organisatorische randvoorwaarden, het gebruik van data en andere zaken die komen kijken bij de realisatie van een rVTV (Interne eindrapportage project RVTV vanuit de federatie, 2011). De plannen van aanpak per afzonderlijke GGD, waaronder dus ook die van de GGD Rotterdam-Rijnmond, werden in mei 2009 opgeleverd. Hierna is er verder in afzonderlijk groepen een aantal bijeenkomsten met specifieke thema's gehouden. Op 16 juni 2009 werd er bij de bijeenkomst 'basisinformatie rVTV' een set basisindicatoren afgesproken die iedereen in de eigen VTV zou opnemen. In de werkgroep 'zorggebruik', die gevormd werd door GGD-epidemiologen, een onderzoeker van het RIVM en een beleidsmedewerker van GGD NL, is een inventarisatie gemaakt van gegevens die interessant zijn voor een rVTV. Voor elk onderwerp is gekeken om welke indicatoren het gaat, welk aggregatieniveau de gegevens hebben, wie de gegevens beheert en hoe ze te verkrijgen zijn. De conceptlijst met indicatoren is tevens voorgelegd aan de begeleidingscommissie van de rVTV in Zuid-Holland Zuid, waar de gemeenten ook deel van uit maken (Ibid.).

Het project rVTV 2010 van de GGD Rotterdam-Rijnmond ging op 22 juni 2009 van start met een project-startup met alle beoogde projectgroep-leden. Om het project zo efficiënt en effectief mogelijk te kunnen realiseren, werd er gekozen voor een samenwerkingsstructuur waarin de aandacht expliciet gericht kon worden op één product. Er werden voor het project daarom twee verschillende werkgroepen gemaakt waarvan één voor de rapportages per gemeente en deelgemeente en één voor de gezondheidsatlas. De werkgroep die zich bezighield met het voorzien van de rapportages per (deel)gemeente, bestond uit een kerngroep en overige werkgroepleden. De kerngroep werd gevormd door GGD-onderzoekers van verschillende

afdelingen en beleidsmedewerkers. De overige werkgroepleden, die tevens van de GGD zelf zijn, werden voornamelijk ingezet bij specifieke onderdelen, zoals zaken omtrent de communicatie en de situatie bij (deel)gemeenten. De tweede werkgroep 'Werkgroep gezondheidsatlas' was verantwoordelijk voor het kiezen van een geschikt instrument voor de publicatie van gezondheidsinformatie en het voorzien van de te publiceren informatie. Deze groep werd gevormd door verschillende onderzoekers van verschillende afdelingen, een aantal adviseurs van de GGD en een medewerker van het Erasmus Universiteit.

Als onderdeel van het project zijn er twee heidagen georganiseerd voor de werkgroepen. Tijdens deze bijeenkomsten werd er aan de hand van onderzoeksresultaten gesproken over belangrijke thema's per gebied. De longlist met onderwerpen is aan de hand hiervan ingekort tot een shortlist. Deze zijn later via de accountmanagers voorgelegd aan de gemeenten. Er werd tevens gebrainstormd over de belangrijkste kernboodschappen per gebied.

Betrokkenheid actoren

Er zijn verschillende instanties, zowel indirect als direct, betrokken geweest bij de realisering van de rVTV 2010. Deze vorm van betrokkenheid liep ook uiteen. Er wordt hieronder een beschrijving gegeven van de actoren die wat directer betrokken waren.

GGD Rotterdam-Rijnmond

De rVTV heeft, zoals eerder beschreven, betrekking op verschillende thema's. Omdat de rVTV niet een product is van een afzonderlijke afdeling, maar van de hele GGD, werd de medewerking van alle afdelingen afgesproken bij de vaststelling van het plan van aanpak. Zo vond er een samenwerking plaats tussen verschillende onderzoekers van verschillende afdelingen, beleidsmedewerkers, interventiedeskundigen, een informatiedeskundige en een communicatiedeskundige. Hiernaast vond er waar nodig ondersteuning plaats door verschillende collega's.

(Deel)gemeenten

In 2009, het jaar waarin het gehele proces rondom de VTV van start ging, werd het plan van aanpak besproken met het kernteam volksgezondheid. Dit team wordt gevormd door de ambtenaren volksgezondheid van de regiogemeenten. Van de regiogemeenten in het werkgebied waren om te beginnen dus de beleidsmedewerkers volksgezondheid betrokken. De GGD organiseerde later in het jaar een informatiecarrousel voor alle portefeuillehouders volksgezondheid/zorg van de (deel)gemeenten waarbij ook de rVTV onderdeel van gesprek was. De shortlists zijn, zoals eerder beschreven is, ook voorgelegd aan de gemeenten. Zij hebben later een complete conceptversie ontvangen van de rapporten met de kernboodschappen, waarop zij hun feedback konden leveren.

Erasmus Universiteit (EMC)

Alhoewel dit wel nagestreefd werd, is de samenwerking met het EMC beperkt gebleven tot meedenken in de werkgroep Gezondheidsatlas. Het EMC heeft daarnaast feedback gegeven op een conceptversie van het boekje voor de gemeente Rotterdam.

Federatie Preventieve Gezondheidszorg Zuidwest Nederland

De Federatie werd in mei 2009 voorzien van een plan van aanpak van de participerende GGD'en. Na de bespreking hiervan heeft verder overleg plaatsgevonden over de voortgang van de verschillende rVTV's, dit voornamelijk tussen het RIVM en rVTV-projectgroepen van de verschillende GGD'en (Interne eindrapportage project RVTV vanuit de federatie, 2011).

RIVM

Het RIVM werd in verschillende groepen vertegenwoordigd, maar over het algemeen heeft zij voornamelijk een tekstuele bijdrage geleverd. Om te beginnen werkte zij mee in de projectgroep "zorggebruik" van de federatie. Tijdens de heidagen leverden zij verder advies en ook op de conceptboekjes van de GGD is feedback geleverd.

In onderstaand tabel wordt als overzicht een samenvatting gegeven van de betrokkenheid van de "belangrijkste" actoren per activiteit.

Figuur 5.2: Betrokkenheid actoren

Actoren Activiteiten	GGD	RIVM	Federatie	EMC	Gemeenten	Deelgemeenten
Startconferentie op januari 2008	x	x	x			
Plan van aanpak voorgelegd in mei 2009	x	x	x		x	
Project start up op 22 juni 2009	x					
Bijeenkomst Basisinformatie op 16 juni 2009	x					
Indicatoren voorgelegd	x	x	x		x	
Heidagen rVTV GGD RR	x	x				
Conceptboekjes voorgelegd	-	x		x	x	
Presentatie Feijenoord Stadion	x	x	x	x	x	x

Vormgeving

De verschillende rapporten per (deel)gemeenten zijn vormgegeven in 33 handzame boekjes. De boekjes zijn verder voorzien van plaatjes, grafieken en diagrammen, waardoor de informatie in de rapporten niet alleen beschreven, maar ook geïllustreerd wordt. Deze illustraties worden tevens steeds toegelicht met tekst die in niet al te moeilijke taal geformuleerd is. Daarnaast zijn er in de rapporten extra pagina's opgenomen waarin gebruikte afkortingen en termen gedefinieerd en/of toegelicht worden. De GGD heeft met deze vormgeving getracht de rapporten toegankelijker te maken. De rapporten zijn ook digitaal op de gezondheidsatlas beschikbaar gesteld.

Periode in het beleidsproces

Gemeenteraadsverkiezingen vinden eens in de vier jaar plaats op een vast moment. Op basis van de krachtsverhoudingen wordt er vervolgens een nieuw college samengesteld en wordt er onderhandeld over het collegeprogramma en de portefeuillevetouhouding (Neelen, Rutgers, Tuurenhout, 2005:101- 102). Er werd voor gekozen de rVTV uit te brengen voorafgaand aan het eerste moment waarop gemeenten keuzen maken voor het gezondheidsbeleid. De regionale VTV is namelijk ontwikkeld als instrument voor het lokaal volksgezondheidsbeleid. De bedoeling is daarom dat gemeenten de verkregen informatie en advies uit de rVTV mee kunnen nemen in hun lokale nota's volksgezondheid. Hieraan vooraf gaan de verkiezingen en het vaststellen van de collegeprogramma's.

De laatste gemeenteraadsverkiezingen vonden plaats op woensdag 3 maart 2010 (Kiesraad, 2012). Het project rVTV 2010 verliep van mei 2009 tot eind 2010. De rVTV 2010 werd in het voorjaar van 2010 gepubliceerd. Eind februari 2010 ontvingen alle (deel)gemeenten in het werkgebied de rapporten met kernboodschappen en op hetzelfde moment ging ook de gezondheidsatlas de lucht in. Het Kompas zou later in het jaar volgen, maar daar werd, zoals eerder naar voren gekomen is, in de loop van het jaar van afgezien.

Wijze van rapportage

Op 17 maart 2010 vond een grote presentatie plaats in het Feijenoordstadion in Rotterdam. Hiervoor werden bij de regiogemeenten alle ambtenaren en wethouders Volksgezondheid en Jeugd en raadsleden uitgenodigd. Bij de deelgemeenten waren de genodigden de portefeuillehouders Welzijn van de deelgemeenten, alle hoofden Welzijn en deelgemeentesecretarissen en gebiedsmanagers. Verder werden het Erasmus Medisch Centrum (EMC), het RIVM (afdeling VTV) en alle betrokken binnen de GGD benaderd. De aankondiging verliep per mail, brief en daarnaast werd een persbericht uitgebracht. Tijdens deze bijeenkomst werd er stilgestaan bij het nut van de VTV en de belangrijke punten hierin. Hierbij werd er ook een debat gehouden waarbij standpunten over de volksgezondheid in brede zin bediscussieerd

werden. Verder werd de gezondheidsatlas gepresenteerd en ontving men een usb-stick met daarop de pdf-bestanden van alle boekjes (Gezondheid in kaart). Er is tevens later per mail een reminder verstuurd over de gezondheidsatlas. De boekjes met de kernboodschappen werden na 17 maart, samen met een placemat, persoonlijk door de GGD bij alle (deel)gemeenten overdragen en gepresenteerd in de bilaterale overleggen van de directeuren met de nieuwe portefeuillehouders.

5.4.2 Factoren van doorwerking

Uit de vorige paragraaf is gebleken dat de wijze waarop de rVTV 2010 zijn doorwerking heeft gehad op het gezondheidsbeleid van de (deel)gemeenten verschillend was, en dat dit met verschillende factoren samenhangt. Over het algemeen kwam een conceptuele doorwerking het vaakst voor. Een agenderende en een politiek-strategische doorwerking kwam minder vaak voor. Een instrumentele doorwerking kon niet geconstateerd worden.

Figuur 5.3: Vormen van doorwerking per (deel)gemeente

(Deel)gemeenten	Instrumentele doorwerking	Conceptuele doorwerking	Agenderende doorwerking	Politiek-strategische doorwerking
Spijkensisse				
Capelle a/d IJssel		X		
Middelharnis				
Schiedam		X		X
Maassluis		X		
Hoek van Holland		X	X	
Feijenoord		X		X
Delfshaven				

Bij een aantal (deel)gemeenten kon er op basis van het onderzoek geen doorwerking worden geconstateerd, bij andere juist wel. Om een duidelijk inzicht te hebben in de verschillende factoren die hierin een rol hebben gespeeld, wordt er in lijn met het theoretisch kader stilgestaan bij de verschillende domeinen. Er worden hierbij tabellen weergegeven. Deze bieden een overzicht van de conclusies die getrokken zijn op basis van alle informatie die verzameld is. Zij geven antwoord op de vraag of de verschillende determinanten de doorwerking hebben belemmerd of juist bevorderd. Dit zegt dus niet direct iets over de beoordeling van de verschillende aspecten door de respondenten. Een (deel)gemeente kan de vormgeving bijvoorbeeld zeer positief hebben beoordeeld, maar toch geen gebruik hebben gemaakt van de rVTV 2010. Dit betekent dus dat andere factoren de doorslaggevende rol hebben gespeeld bij de doorwerking.

Acceptatie

Aspecten die vallen onder dit domein hebben over het algemeen een positief effect gehad op de doorwerking van de rVTV 2010. Uit geen van de interviews is gebleken dat de doorwerking belemmerd is door aspecten die samenhangen met een oordeel over de betrouwbaarheid en legitimiteit van de rVTV. Door de ervaren betrouwbaarheid is de rVTV bij een aantal (deel)gemeenten regelmatig gebruikt als bron bij het opstellen/presenteren van beleidsstukken of -plannen, waardoor er een conceptuele doorwerking kon worden vastgesteld. Uit de gesprekken is gebleken dat er sprake is van veel vertrouwen in de expertise van de GGD Rotterdam- Rijnmond als organisatie, wat de doorwerking het meest bevordert heeft in deze (deel)gemeenten. De kwaliteitseisen als onderliggende factor konden, op basis van de interviews, alleen bij de gemeente Schiedam herkend worden. Er werd vanuit theoretische oogpunt verwacht dat de aansluiting op een aantal persoonlijke/organisatorische kenmerken moeilijk te herkennen zou zijn, maar deze onderliggende factor kon bij de (deel)gemeenten Feijenoord en Schiedam wel geïdentificeerd worden als bevorderende factor voor de politiek-strategische doorwerking.

Figuur 5.4: Invloed acceptatie op de doorwerking

(Deel)gemeenten	Kwaliteitseisen	Vertrouwen in expertise van de GGD	Aansluiting op persoonlijke/organisatorische kennis, tradities, voorkeuren en waarden
1. Spijkenisse	-	-	-
2. Capelle a/d IJssel	-	bevorderend	-
3. Middelharnis	-	-	-
4. Hoek van Holland	-	bevorderend	-
5. Schiedam	bevorderend	bevorderend	bevorderend
6. Feijenoord	-	bevorderend	bevorderend
7. Maassluis	-	-	-
8. Delfhaven	-	-	-

Verwachtingen

Er konden binnen dit domein duidelijk factoren worden herkend. Er is aan de hand van de gesprekken gebleken, dat bij de (deel)gemeenten waar geen doorwerking heeft plaatsgevonden, deze aspecten een doorslaggevende rol hebben gespeeld:

Figuur 5.5: Invloed verwachtingen op de doorwerking

(Deel)gemeenten	Praktische bruikbaarheid	Aansluiting op vragen	actualiteit	Timing
1. Spijkenisse	-	-	belemmerend	belemmerend
2. Capelle a/d IJssel		-	-	-
3. Middelharnis	-	belemmerend	belemmerend	-
4. Hoek van Holland	bevorderend	-	-	-
5. Schiedam	bevorderend	bevorderend	bevorderend	-
6. Feijenoord	-	-	-	-
7. Maassluis	bevorderend	belemmerend	belemmerend	-
8. Delfhaven	belemmerend	-	-	-

De *timing* is als één van de factoren naar voren gekomen. Deze kon geïdentificeerd worden als belangrijke belemmering voor de doorwerking bij de gemeente Spijkenisse. De regionale VTV is, zoals eerder besproken, ontwikkeld als instrument voor het lokaal volksgezondheidsbeleid. De bedoeling is dat gemeenten de verkregen informatie en advies uit de rVTV mee kunnen nemen in hun lokale nota's volksgezondheid. Voor de GGD Rotterdam-Rijnmond was dit, zoals eerder vermeld bij de procesbeschrijving, ook het voornemen. Zo werd ervoor gekozen de rVTV uit te brengen, voorafgaand aan het eerste moment waarop gemeenten keuzes maken voor het gezondheidsbeleid. Officieel gezien, wordt een gezondheidsnota vastgesteld na de gemeentelijke verkiezingen en het vaststellen van de collegeprogramma's. Hier zijn de deadlines voor de nota's op afgestemd. Het gemeentelijk proces blijkt in de praktijk echter hiervan af te wijken. Volgens de Wcpv moesten de eerste nota's van de gemeenten bijvoorbeeld voor juli 2003 af zijn. In 2007 bleek een aantal gemeenten hier om verschillende redenen nog steeds niet aan te hebben voldaan (Inspectie van de Gezondheidszorg, 2007:11). Officieel gezien zouden de gemeenten in 2011 dus een derde nota moeten hebben vastgesteld, maar ook in 2012 bleek dit nog niet overal het geval te zijn:

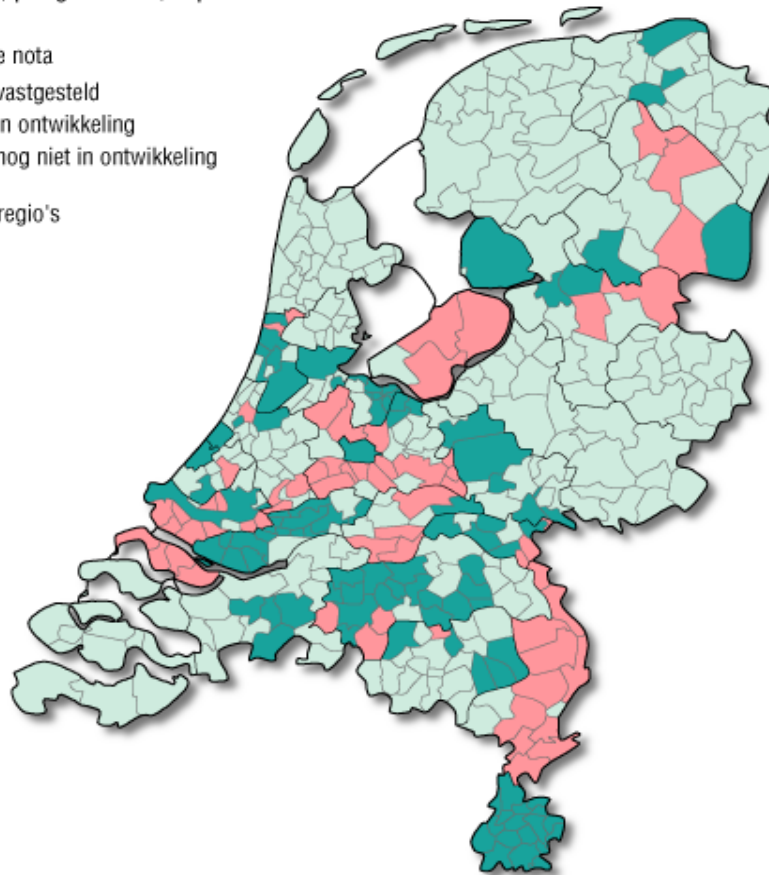
Figuur 5.6: Overzicht nota's gezondheidsbeleid

Gemeentelijke nota's gezondheidsbeleid derde nota, per gemeente, september 2012

Status derde nota

- Nota vastgesteld
- Nota in ontwikkeling
- Nota nog niet in ontwikkeling

— GGD-regio's



(Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2013b)

Als gevolg hiervan verschilt het tijdstip waarop de nota's worden vastgesteld nu per gemeente. Dit verschijnsel komt ook voor bij de gemeenten in het werkgebied van de GGD Rotterdam-Rijnmond. Voor een aantal gemeenten gold dat de gezondheidsnota voor de opvolgende jaren al vastgesteld was op het moment dat de rVTV 2010 uitkwam. Een groot deel van de beleidsplannen in de gezondheidsnota's van de (deel)gemeenten, kon daarom niet afgestemd, of gebaseerd worden op de rVTV 2010. Mede hierdoor is een instrumentele doorwerking vrijwel onmogelijk geweest. Gezondheidsbeleid kan tijdens de uitvoering wel aangepast worden, maar de kans op een drastische verandering blijft gering. Er dient hoe dan ook wel sprake te zijn van iets dringends, wat niet het geval blijkt te zijn (zie volgende alinea).

Een tweede factor, die overigens sterk terugkwam in het onderzoek, is de *actualiteit*. De rVTV kan beschouwd worden als een integrale presentatie van bestaande kennis en informatie. Er is bij de rVTV 2010 grotendeels gebruik gemaakt van de data uit de gezondheidsmonitor van 2008. Dit heeft als gevolg gehad dat de rVTV 2010, in de ogen van sommige respondenten, weinig

toegevoegde waarde heeft gehad op de gezondheidsmonitor. De gegevens uit deze monitor waren namelijk al enige tijd bekend bij de gemeenten. Dit heeft een agenderende doorwerking belemmerd omdat er hiermee, ondanks dat de rVTV naast de cijfergegevens ook adviezen aanbiedt, niets nieuws aan het licht is gebracht. Deze negatieve beïnvloeding is weer versterkt door twee andere samenhangende factoren. Namelijk het feit dat de kernboodschappen en adviezen bij veel (deel)gemeenten als “te algemeen” ervaren zijn. Zij boden in hun ogen daardoor *geen antwoorden op de vraagstukken* waarmee de (deel)gemeenten kampten, ook was het hierdoor in een aantal gevallen *niet praktisch bruikbaar*. Bij de deelgemeente Delfshaven werd dit laatste veroorzaakt door het gebrek aan informatie op wijkniveau.

Voor al deze factoren geldt overigens dat ze niet overal een belemmerend effect hebben gehad op de doorwerking. Een conceptuele doorwerking kon namelijk wel geïdentificeerd worden. De gemeente Schiedam is een goede voorbeeld. Er zou in principe gesteld kunnen worden dat de timing ook hier niet goed was. De gezondheidsnota was namelijk al vastgesteld in 2009. De rVTV is desondanks wel regelmatig gebruikt en getypeerd als praktisch bruikbaar. Op basis van het interview kan geconcludeerd dat dit mogelijk te maken heeft gehad met de afwezigheid van andere kennisproducten. Bij de gemeente werd aangegeven dat zij niet beschikt over andere (gelijkwaardige) kennisbronnen op het gebied van de gezondheid, die specifiek gericht zijn op Schiedam. De rVTV was vooral daardoor waardevol (Interview gemeente Schiedam, 16 november 2012).

Overdracht

Het dissemination-model, oftewel het verspreidingsmodel, leerde ons dat de verspreiding van een kennisproduct (overdracht) belangrijk is voor de doorwerking. De uitdaging hierin is om door middel van de nazorg zowel de gebruikers als andere relevante actoren binnen het netwerk te bereiken. Wat betreft de *vormgeving*, was er sprake van een positief effect op de overdracht, wat de doorwerking heeft bevorderd. De situatie bij de gemeente Schiedam is hier een goed voorbeeld van. De rVTV 2010 werd gepubliceerd nadat de gezondheidsnota was vastgesteld, maar is daarna nog regelmatig in gebruik geweest. Dit mede omdat het boekje voor de gemeente op een gebruiksvriendelijke wijze duidelijke informatie aanbiedt, die toegespitst is op de gemeente zelf (Interview gemeente Schiedam, 16 november 2012). Dit heeft zowel de conceptuele doorwerking als de politiek-strategische doorwerking bevorderd. De gezondheidsatlas werd ook voornamelijk gewaardeerd door de manier waarop die is vormgegeven. De vormgeving werd overigens bij alle (deel)gemeenten positief beoordeeld, maar speelde alleen bij de (deel)gemeenten Schiedam en Hoek van Holland een aantoonbare bevorderende rol bij de doorwerking van de rVTV 2010.

Van de respondenten die ondervraagd zijn, is maar een zeer beperkt deel aanwezig geweest bij de grote presentatie van de rVTV 2010 in het Feijenoordstadion. Volgens hen was dit voornamelijk om agenda-technische redenen. Een enkeling kon het zich niet meer herinneren. Dit geldt ook voor de presentaties die gehouden zijn ná de publicatie. Uit de gesprekken met medewerkers van de GGD kwam naar voren, dat er na de grote bijeenkomst in het stadion nog presentaties zijn gehouden bij een aantal (deel)gemeenten. Een groot deel van de respondenten kon zich dat helemaal niet, of vaag herinneren. Dit is grotendeels te verklaren door het feit, dat bij sommige (deel)gemeenten een wisseling in functies heeft plaatsgevonden. De **presentatie** van het eindproduct hangt nauw samen met de **bekendheid** van het product, het eerste is namelijk van invloed op het laatste. Ten tijde van de presentaties was een aantal van de beleidsmedewerkers en bestuurders nog niet werkzaam op het terrein van de gezondheid of gerelateerde onderwerpen. Aan de hand van de onderzoeksresultaten blijkt dat de manier waarop de rVTV 2010 als product is gepresenteerd, de doorwerking niet heeft bevorderd. Bij de deelgemeente Delfshaven was dit indirect zelfs één van de belangrijkste redenen waarom er geen doorwerking heeft plaatsgevonden. Ondanks dat de informatie op wijkniveau niet aanwezig was, was enige vorm van conceptueel gebruik wel mogelijk geweest. Een gebrek aan bekendheid van de rVTV 2010, en hierbij voornamelijk de bekendheid van de gezondheidsatlas, heeft als gevolg gehad dat de rVTV 2010 niet of minder is gebruikt. De gezondheidsatlas bleek bij veel respondenten nauwelijks of niet voldoende bekend te zijn. Opgemerkt dient te worden dat de gemeente Schiedam ook bij deze factoren een uitzondering vormt.

Voor zover bekend was bij de respondenten, zijn andere actoren in de omgeving nauwelijks op de hoogte van de rVTV 2010. Een aantal bestuurders gaf aan dat de rVTV 2010 geen onderdeel van gesprek is geweest tijdens bijeenkomsten. De onderwerpen hierin komen wel ter sprake, maar dit heeft volgens hen te maken met de gezondheidsmonitor zelf en niet de rapporten. De gesproken beleidsmedewerkers gaven hiernaast ook aan dat andere relevante actoren niet op de hoogte te zijn van de rVTV 2010, of de informatie erin. Met andere actoren wordt er verwezen naar andere collega's van andere (relevante) beleidsterreinen, de (deel)gemeenteraden, en andere partners is de eerstelijnszorg. Bij de deelgemeente Hoek van Holland schijnen deze partijen wel bereikt te zijn doordat de deelgemeente exemplaren van het rapport heeft verspreid. Dit heeft de agenderende doorwerking bevorderd. Bij de meeste (deel)gemeenten kon er geen aantoonbaar verband worden gelegd tussen de doorwerking en de mate waarin de boodschappen van de rVTV **andere relevante actoren** hebben bereikt. Bij de gemeente Middelharnis werd dit echter wel aangemerkt als belangrijke belemmering voor de agenderende doorwerking.

Figuur 5.7: Invloed overdracht op de doorwerking

(Deel)gemeenten	Vormgeving	Presentatie eindproduct	Bekendheid	Relevante actoren
1. Spijkenisse	-	-	-	-
2. Capelle a/d IJssel	-	-	belemmerend	-
3. Middelharnis	-	-	belemmerend	belemmerend
4. Hoek van Holland	bevorderend	-	belemmerend	bevorderend
5. Schiedam	bevorderend	-	bevorderend	-
6. Feijenoord	-	-	-	-
7. Maassluis	-	-	belemmerend	-
8. Delfhaven	-	belemmerend	belemmerend	-

Interpretatie

Wat betreft de interpretatie van de kennis en informatie, die de rVTV 2010 aanbiedt, was er alleen bij de deelgemeente Feijenoord een aantoonbaar verband te vinden met de doorwerking. Ten opzichte van de andere (deel)gemeenten, waar dit niet vastgesteld kon worden, vormde de visie op de verkregen kennis en informatie een zeer belangrijke reden voor de wijze waarop gebruik is gemaakt van de rVTV. De interpretatie wordt, zoals bij de operationalisatie werd toegelicht, mede beïnvloed door de persoonlijke/organisatorische interesses. In het interview bij de deelgemeente werd aangegeven dat de bestuurder persoonlijk veel affiniteit heeft met het onderwerp gezondheid, dit door het beroep dat ze uitoefent als huisarts. Ook de betrokken beleidsmedewerkers voelen veel voor het onderwerp. De gezondheid is daarom, vanuit persoonlijke/organisatorische oogpunt, een zeer belangrijk onderwerp waarop ingezet kan of dient te worden. Aan het rVTV-rapport wordt veel waarde gehecht omdat het de gezondheidsproblemen van Feijenoord erkent en duidelijk in kaart brengt. Dit heeft zowel de conceptuele, als de politiek-strategische doorwerking mogelijk gemaakt.

Figuur 5.8: Invloed Interpretatie op de doorwerking

(Deel)gemeenten	Persoonlijke ervaringen en interesses, organisatorische interesses	Beleidsmatige oplossingsmogelijkheden
1. Spijkenisse	-	-
2. Capelle a/d IJssel	-	-
3. Middelharnis	-	-
4. Hoek van Holland	-	-
5. Schiedam	-	-
6. Feijenoord	bevorderend	-
7. Maassluis	-	-
8. Delfhaven	-	-

Interactie

In de eerste gedeelte van deze paragraaf is aandacht besteed aan het proces rondom de rVTV 2010. Hierbij is een beeld geschetst van de betrokkenheid van de (deel)gemeenten in het gehele proces. Door de wisseling van functies bij de (deel)gemeenten, kon er soms moeilijk vastgesteld worden of de betrokkenheid gedurende het gehele project positief ervaren is of niet. Bepaalde respondenten traden pas begin 2010 toe tot hun huidige functie, een aantal zelfs na publicatie van de rVTV 2010. Zij hebben daardoor niet veel meegekregen van het gehele project en konden daardoor moeilijk uitspraken hierover doen. Bij een aantal deelgemeenten werd wel aangegeven dat ze het liefst eerder in het project waren betrokken. Op basis van de gesprekken, kon deze betrokkenheid in eerste instantie niet direct als een aantoonbaar belemmerend effect worden geïdentificeerd. Er kan desondanks wel verondersteld worden dat de rVTV wat bekender was geweest bij de beleidsmakers van de deelgemeenten als zij eerder op de hoogte waren geweest van het lopende project. Bij de deelgemeente Delfshaven is het daarom geïdentificeerd als belemmerende factor.

Vanuit de netwerkbenadering wordt verondersteld dat de interactie essentieel is gedurende het gehele project en ook na de publicatie. Het betreft hierbij ten eerste ook de interactie met andere partijen in de (deel)gemeenten. De betrokkenheid van verschillende partijen in een project kan in gevallen, waarbij uiteenlopende meningsverschillen zich sterk voordoen, zeer relevant zijn. In het rVTV-project blijkt hier geen sprake van te zijn geweest. Het feit dat andere gezagdragende partijen deel uitmaakten van dit project, blijkt verder ook geen rol te hebben gespeeld bij de doorwerking. Althans dat is in dit onderzoek niet naar voren gekomen.

Volgens de netwerkbenadering kan de mate waarin er geïnteracteed wordt, van invloed zijn op de factoren uit andere domeinen, die in eerdere alinea's zijn besproken. Het gaat er dus om dat de interactie van invloed is op één van de factoren binnen de andere domeinen, en zo

doorwerkt op de doorwerking. In dit onderzoek was dit verband, in negatieve zin te zien bij de overdracht en verwachtingen. Het eerste blijkt uit de onbekendheid van de rVTV 2010. Mede door de onvoldoende interactie (na de publicatie) is er bij de deelgemeente Delfshaven geen gebruik gemaakt van de rVTV.

Wat betreft de verwachtingen, was dit verband te leggen met de wijze waarop de kernboodschappen en adviezen zijn ervaren. Deze waren bij velen getypeerd als “te algemeen” waardoor ze niet gebruikt zijn. Door middel van meer interactie na de publicatie, kon wellicht meer diepgang worden gecreëerd.

Figuur 5.9: Invloed Interactie op de doorwerking

(Deel)gemeenten	Ervaren betrokkenheid	Betrokkenheid andere relevante actoren
1. Spijkenisse	-	-
2. Capelle a/d IJssel	-	-
3. Middelharnis	-	-
4. Hoek van Holland	-	-
5. Schiedam	-	-
6. Feijenoord	-	-
7. Maassluis	-	-
8. Delfhaven	belemmerend	-

Externe factoren

Er kon naast de reeds beschreven factoren een aantal factoren worden onderscheiden die van invloed zijn geweest op doorwerking van de rVTV 2010. In de operationalisatie zijn deze aspecten niet meegenomen binnen de domeinen. Ze worden in dit stuk daarom getypeerd als externe factoren. Hiermee wordt overigens niet geïmpliceerd dat zij niet te plaatsen zijn binnen één van deze domeinen.

De *wisseling van functies* heeft ten eerste een rol gespeeld. Zoals eerder beschreven, hebben er gedurende het hele rVTV-project, wisselingen plaatsgevonden bij de beleidsmedewerkers en bestuurders van de (deel)gemeenten. Dit heeft ervoor gezorgd dat een aantal beleidsmakers niet alles heeft meegekregen van het gehele project of de presentaties, wat de bekendheid van het product niet ten goede is gekomen. Of dit ook het geval is bij andere relevante actoren binnen het netwerk, is niet duidelijk omdat er niet gesproken is met deze partijen.

Een andere factor die onderscheiden kan worden, is het *aanbod aan informatie door andere kennisbronnen of -producten*. Er is gebleken dat de aanwezigheid van andere bronnen van invloed is geweest op het gebruik van de rVTV. In sommige gevallen boden deze bronnen beter antwoord op de vragen die (deel)gemeenten hadden en werden deze bij conceptueel gebruik daardoor verkozen boven de rVTV 2010. In Schiedam is de afwezigheid van andere bronnen daarentegen een belangrijke reden geweest om juist wel regelmatig conceptueel en politiek-strategisch gebruik te maken van de rVTV 2010.

De derde externe factor bleek voornamelijk uit de gesprekken met de beleidsmakers. Het gaat hier om de *eigen instelling* van de betrokken beleidsmedewerker, bestuurder of organisatie. Er is gebleken dat de manier waarop de overdracht plaats heeft gevonden niet alleen afhangt van de GGD, maar ook van de (deel)gemeenten zelf. In Hoek van Holland blijkt het rVTV-rapport bijvoorbeeld breed te zijn verspreid, niet alleen in de eigen organisatie, maar ook aan de raad, andere partijen en zelfs aan burgers (op aanvraag). Dit kan van sterke invloed zijn op bijvoorbeeld de mate van bekendheid, welke weer van invloed is op de doorwerking. In andere (deel)gemeenten heeft deze verspreiding niet, of in mindere mate plaatsgevonden, met als gevolg dat de rVTV 2010 weinig bekendheid geniet.

In de inleidende hoofdstuk werd eerder beschreven dat het huidig landelijk beleid in het teken staat van *bezuinigingen*, en dat deze financiële maatregelen ook het budget van de lokale overheden treft. Deze politieke maatregel kan ook onderscheiden worden als externe factor voor de doorwerking. Van de ondervraagden gaf een aantal respondenten aan, dat men door de bezuinigingen voorzichtiger is met het inzetten op bepaalde gezondheidsproducten.

6. Conclusies

We hebben in de vorige hoofdstuk stilgestaan bij de rVTV 2010 en de doorwerking hiervan in het gezondheidsbeleid van de (deel)gemeenten. Er is hiermee niet alleen inzicht gecreëerd in de wijze waarop alles verlopen is en wat er eventueel wel of niet goed is gegaan. Het heeft ook een beeld geschapen van de toepasbaarheid van de inzichten uit het theoretisch kader in de praktijk. De veronderstelling is dat dit nuttig kan zijn bij het vooruitblikken op de rVTV 2013 en de doorwerking hiervan. In de eerste paragraaf wordt eerst stilgestaan bij de belangrijkste conclusies uit de evaluatiestudie naar de rVTV 2010. In de tweede paragraaf wordt, mede op basis hiervan, de overgang gemaakt naar de volgende rVTV.

6.1 Bevindingen

6.1.1 In de praktijk

De doorwerking van de rVTV 2010 verschilde per (deel)gemeente. Dit verschil is te verklaren aan de hand van verschillende factoren die onderling ook weer met elkaar samenhangen.

Een conceptuele doorwerking kon relatief gezien vaker worden geconstateerd, dit bij verschillende (deel)gemeenten. Hierbij is er voornamelijk gebruik gemaakt van de rVTV als naslagwerk of als bron voor beleidsstukken. Het positieve oordeel over de betrouwbaarheid en legitimiteit van de rVTV door de (deel)gemeenten, heeft dit voornamelijk bevorderd. Een politiek-strategische doorwerking kon alleen bij de (deel)gemeenten Schiedam en Feijenoord worden herkend. De rVTV 2010 blijkt hier gebruikt te zijn om bepaalde beleidskeuzes of -prestaties te verantwoorden. Door het gezag dat de GGD geniet, is de rVTV ook bewust gebruikt om (politieke) standpunten te versterken tijdens bijeenkomsten. Een agenderende doorwerking kon alleen bij de deelgemeente Hoek van Holland worden geïdentificeerd. Door de rVTV 2010 heeft een aantal belangrijke gezondheidsproblemen in de deelgemeente meer aandacht gekregen; deze vormen dan ook vaak onderwerp van gesprek tijdens bijeenkomsten met andere partners in de eerstelijnszorg. Een instrumentele doorwerking is bij geen van de onderzochte deelgemeenten herkend.

Bij de (deel)gemeenten Spijkenisse en Delfshaven is geen doorwerking geconstateerd. De mate waarin de rVTV aansloot op de wensen en behoeften van de (deel)gemeenten, en de wijze waarop de rVTV verspreid is onder de gebruikers, konden hierbij als belangrijkste factoren worden geïdentificeerd. Bij Spijkenisse vormden de timing en de actualiteit samen de belemmering.

Het gebruik van de gezondheidsatlas, die ten opzichte van de rapporten positief is beoordeeld, is in Maassluis doorslaggevend geweest voor de doorwerking. Men heeft daar geen gebruik gemaakt van de rVTV- rapporten. Er kon toch een conceptuele doorwerking worden geconstateerd door het gebruik van de atlas als achtergrondinformatie bij presentaties.

De gemeente Schiedam vormde op veel punten een uitzondering. Terwijl een aantal aspecten uit de verschillende determinanten een belemmerend effect hadden op de doorwerking bij andere (deel)gemeenten, kon dit in Schiedam herkend worden als bevorderende factor. De rVTV 2010 werd over het algemeen ook positiever beoordeeld in deze gemeente. Deze uitzondering is te verklaren aan de hand van een externe factor, namelijk de afwezigheid van andere relevante kennisbronnen. De rVTV 2010 wordt daardoor meer gewaardeerd als kennisproduct.

6.1.2 Theoretische verklaringen

Dat de doorwerking per (deel)gemeente verschilt, heeft te maken met het feit dat verschillende determinanten de doorwerking bepalen, ook determinanten die niet (direct) vormgegeven kunnen worden door de GGD zelf. Het hangt namelijk ook sterk af van de gebruiker zelf en de situatie of omgeving waar zij zich in bevinden. Aangezien de rVTV één product is met meerdere gebruikers, konden er per (deel)gemeente verschillende conclusies worden getrokken.

De inzichten uit het theoretisch kader zijn in dit onderzoek verder duidelijk teruggekomen in de praktijk. Alhoewel dit verschilde per (deel)gemeente, hebben aspecten uit alle domeinen een rol gespeeld bij de doorwerking. Er kon tussen de verschillende factoren verder een duidelijke samenhang worden geconstateerd. In de operationalisatie zijn de domeinen getypeerd als onafhankelijke variabelen, maar in feite is er in de praktijk sprake van onderlinge afhankelijkheid. Een voorbeeld: op het moment dat de overdracht van de kennis en informatie voldoende plaatsvindt, kunnen belemmeringen op het gebied van de “verwachtingen” weg worden weggenomen. Algemeenheden kunnen tijdens presentaties bijvoorbeeld beter worden gespecificeerd en worden toegelicht. De nazorg kan daarom het verschil maken. Alhoewel de acceptatie geen belemmerende rol heeft gespeeld, kan ook de overdracht hier van invloed op zijn. Door nadere toelichting van zaken kunnen onderzoeksresultaten beter geaccepteerd worden. De interactie, waar vanuit de netwerkbenadering sterk de nadruk op wordt gelegd, blijkt ook belangrijk te zijn bij ieder van deze aspecten. Er is kortom een verwevenheid tussen alle factoren uit de verschillende domeinen.

Een ander theoretisch inzicht dat sterk bevestigd is in dit onderzoek, is de vorm van doorwerking. Eerder werd toegelicht dat in de praktijk de conceptuele doorwerking het meest vaak voorkomt, en de instrumentele doorwerking het minst. Dit blijkt ook bij de rVTV 2010 het geval te zijn geweest. Hier kunnen verschillende verklaringen voor worden geboden:

Bij conceptueel gebruik gaat het er om dat een kennisproduct een verandering in de kennis, opvattingen of causale redeneringen van individuen of organisaties tot gevolg heeft. Om dit te identificeren is er gekeken of de rVTV 2010 heeft geleid tot nieuwe/betere inzichten en of het gebruikt is als achtergrondinformatie. In de praktijk is conceptueel gebruik veel makkelijker haalbaar. Om te kunnen spreken van conceptueel gebruik, zijn er als het ware “minder eisen”. Dit bleek ook in dit onderzoek. Alhoewel de timing niet overal ideaal was, kon de rVTV 2010 ook na vaststelling van beleid worden gebruikt. Meestal worden er in latere stadia van beleidsprocessen nog andere tussentijdse stukken geschreven die gerelateerd zijn aan de volksgezondheid. Op het moment dat de rVTV op enige wijze gebruikt wordt als achtergrondinformatie, kan er al gesproken worden van een conceptuele doorwerking. Het bewerkstelligen van beleidsplannen en de rVTV als bron aanhalen, volstaat hier dus al. Een ander verklaring voor het vaak voorkomen van de conceptueel gebruik, is dat het relatief gezien, makkelijk traceerbaar is.

Instrumenteel gebruik blijkt in de praktijk moeilijker haalbaar te zijn. Een kennisproduct moet namelijk leiden tot een directe verandering van gedrag van individuen of organisaties in lijn met de aanbevelingen van het advies. In tegenstelling tot de situatie bij een conceptuele doorwerking, is de timing wel zeer belangrijk. Zoals eerder beschreven werd, is men alleen bereid beleid om te gooien als er sprake is van iets dringends. Als deze urgentie niet aanwezig is, zal een directe verandering dus uitblijven. Verder zal een kennisproduct dan ook aan alle andere eisen, zoals de praktische bruikbaarheid en aansluiting op vragen, moeten voldoen. Er kan verondersteld worden dat instrumenteel gebruik waarschijnlijk makkelijker haalbaar wordt op het moment dat er specifieke adviezen gericht worden op een sterk afgebakend beleidsonderwerp. De rVTV is gericht op de volksgezondheid, wat een zeer breed onderwerp is.

Een politiek- strategische doorwerking kwam in vergelijking met de conceptuele doorwerking minder vaak voor. Dit heeft ten eerste te maken met het feit dat een politiek-strategisch gebruik moeilijker te herkennen is. Het gaat erom dat het kennisproduct gebruikt wordt om de machtspositie van één of enkele spelers te versterken om op deze wijze de politieke doelen beter te kunnen bereiken. Deze vorm van gebruik hangt dus af van de persoonlijke/organisatorische kenmerken van de beleidsmakers en niet ieder respondent zal hier even makkelijk voor uitkomen tijdens een gesprek.

Een agenderende doorwerking kon alleen bij één onderzochte organisatie worden herkend. Het gaat erom dat een nieuw onderwerp of beleidsthema onderwerp is geworden van het maatschappelijke of politiek debat. Om dit te realiseren is het belangrijk dat andere relevante actoren worden bereikt en dat de informatie actueel en/of opmerkelijke verschijnselen aan het licht brengt.

De verschillende determinanten spelen allemaal een rol bij de verschillende vormen van doorwerking. Deze stelling werd al in het theoretisch kader aangekondigd en wordt op basis van dit onderzoek nogmaals onderschreven. Er kan desondanks wel voorzichtig worden geconcludeerd dat bepaalde determinanten wel een essentiële rol spelen bij bepaalde vormen van doorwerking. De rol van de andere determinanten wordt hiermee dus niet ontkend.

Conceptueel gebruik in beleid, blijkt relatief gezien, eenvoudiger te zijn. Er kan desondanks wel vanuit worden gegaan dat het vertrouwen in de betrouwbaarheid en legitimiteit van het kennisproduct een belangrijke voorwaarde is. De veronderstelling is dat een beleidsmaker alleen gebruik zal maken van een product als er sprake is van voldoende vertrouwen. De acceptatie speelt dus een belangrijke rol. Bij de politiek-strategische doorwerking blijken de acceptatie en de interpretatie belangrijk te zijn. Dit heeft te maken met de aspecten die samenhangen met de persoonlijke/organisatorische kenmerken, die van invloed zijn op deze twee determinanten. De kans op deze doorwerking is groter op het moment dat de informatie in het kennisproduct aansluit bij deze kenmerken. Met deze kenmerken wordt hier verwezen naar de normen, waarden, interesses, voorkeuren etc. van de desbetreffende persoon of organisatie. Voor een agenderende doorwerking blijken de overdracht en de aansluiting op de wensen en behoeften essentieel te zijn. Instrumentele doorwerking is in dit onderzoek niet vastgesteld, maar de verwachting is dat er meerdere/alle determinanten aangewezen kunnen worden als essentieel. Dit is mogelijk een verklaring voor het feit dat deze doorwerking in de praktijk nauwelijks voorkomt. De afstemming moet namelijk op verschillende punten kloppen, wat niet makkelijk is.

6.2 Een vooruitblik op de rVTV 2013

6.2.1 Lessen uit het verleden

De resultaten uit het onderzoek naar de rVTV 2010 kunnen bruikbaar zijn voor de implementatie bij de toekomstige rVTV's. Er kan namelijk geleerd worden van eerder opgedane ervaringen. De stappen die genomen zullen worden, dienen desondanks niet alleen af te hangen van de manier waarop alles verlopen is bij de eerdere rVTV. De situatie in de toekomst zal namelijk niet altijd hetzelfde zijn. Voor deze aanname blijkt er in dit onderzoek genoeg aanleiding te zijn. Voor dat er over wordt gegaan naar de aanbevelingen, wordt er hier nog kort bij stilgestaan.

De GGD publiceerde in 2010 voor het eerst een regionale VTV. Alhoewel een VTV al jaren bekend is op landelijk niveau, was dit product op regionaal niveau nog nieuw, althans in dit werkgebied. Niet alleen voor gebruikers, maar ook voor de GGD zelf was dit een nieuwe ervaring. Er kan verondersteld worden dat men door ervaringen nieuwe inzichten opdoet over

de manier waarop de dingen anders en beter kunnen. Door de voorbereiding op de rVTV 2013 is het product ook ter sprake geweest tijdens besprekingen. Doordat de (deel)gemeenten deze keer een referentiekader hebben, namelijk de rVTV 2010, kunnen ze voor de volgende rVTV wellicht beter aangeven waar ze behoefte aan hebben. Daarnaast is de rVTV met ingang van 2012 officieel onderdeel gaat uitmaken van de basisproduct Integrale Gezondheidsmonitor Rotterdam-Rijnmond, bestaande uit een vierjaarlijkse cyclus:

- Monitor jeugd tot 12 jaar
- Monitor jeugd 12-17 jaar
- Monitor volwassenen
- Regionale VTV

En daarnaast de Gezondheidsatlas als rapportagemiddel (Interne projectplan Regionale Volksgezondheid Toekomst Verkenning (rVTV) 2013, januari 2013).

Door opname van de rVTV in dit pakket, is de rVTV als product wellicht ook iets beter onder de aandacht gebracht. Dit geldt overigens voornamelijk voor de gezondheidsatlas, die als enige rapportagemiddel gebruikt zal worden voor de publicatie van de resultaten uit de monitors. Hierbij dient overigens opgemerkt te worden dat de gezondheidsatlas in 2010 nog gezien werd als onderdeel van de rVTV. Dit wordt nu als een apart product gezien. Ook dit zal hoogstwaarschijnlijk van invloed zijn op de volgende doorwerking.

Een ander belangrijk punt dat waarschijnlijk ook het verschil zal maken, zijn de data. Voor 2010 werd er voornamelijk gebruik gemaakt van data uit de gezondheidsmonitor 2008, waarover overigens al rapportages waren gedaan. Bij het vorige hoofdstuk kwam naar voren dat dit van invloed is geweest op de doorwerking. De informatie was namelijk grotendeels al lange tijd bekend. Door de vrij "grote" periode die tussen de twee samenhangende producten zat, is er als het ware een gat ontstaan, dat is opgevuld door informatie uit andere kennisbronnen. Zo kwamen er bij twee gemeenten opmerkelijke cijfers uit de gezondheidsmonitor, waarnaar in sommige gevallen vervolgens (zelfstandig) onderzoek is gedaan. De rVTV, die pas twee jaar later verscheen werd daardoor al snel ondergewaardeerd omdat de meeste zaken al bekend en soms onderzocht waren. De rVTV 2013 staat in de planning voor het najaar van 2013 en de cijfers uit de gezondheidsmonitor worden vlak voor de zomer 2013 gepubliceerd. Dit houdt dus in dat de periode tussen de gezondheidsmonitor en de rVTV veel kleiner zal zijn dan bij de volgende rVTV, wat de doorwerking in principe kan bevorderen.

6.2.2 Aanbevelingen rVTV 2013

Alhoewel er genoeg reden is om aan te nemen dat de situatie anders zal zijn bij de volgende rVTV, hebben de resultaten van het onderzoek naar de rVTV 2010 ons laten zien dat er wel degelijk aspecten zijn waarop vanuit de GGD ingespeeld kan worden. Dit heeft geleid tot een aantal aanbevelingen die niet alleen gebaseerd zijn op de theoretische inzichten en ervaringen uit het verleden, maar ook op vooruitzichten voor de toekomst.

Timing

De timing vormt een belangrijk aspect, wil een kennisproducent zijn aanbod goed laten aansluiten op de behoeften van een kennisgebruiker. De GGD biedt de rVTV echter niet aan één gebruiker, maar aan meerdere gebruikers in het werkgebied. Verschillende respondenten gaven tijdens de gesprekken aan dat het juiste moment voor een VTV vóór de gezondheidsnota is. Doordat de gemeenten hun nota's vaststellen op verschillende momenten, kan er verondersteld worden dat er voor de GGD sprake is van meerdere juiste momenten. Van de ervaringen bij de rVTV 2010 hebben we geleerd dat een verkeerde timing minder belemmerend kan zijn, als de doorwerking op een andere wijze wordt bevorderd. Zo was de timing bij een zeer groot deel, theoretisch gezien, niet ideaal. Er heeft bij een aantal (deel)gemeenten desondanks wel een doorwerking plaatsgevonden.

Er wordt vanuit deze ervaring en theoretisch oogpunt aanbevolen om ten eerste vooral in te zetten op de nazorg. Het “verstoorde” proces rondom het vaststellen van de gemeentelijke gezondheidsnota ligt niet in handen van de GGD. De GGD zal er daarom voor moeten zorgen dat (deel)gemeenten meer bekend worden met het product en het nut ervan. De rapporten kunnen wellicht niet meer gebruikt worden bij het vaststellen van de nota, maar wel in het verdere beleidsproces. Dit laatste punt leidt tot een tweede punt:

Maatwerk

In het vorige hoofdstuk kwam naar voren dat de ervaringen met de rVTV uiteenlopen door met name de externe factoren, zoals de wisseling in functies of instelling van de (deel)gemeente zelf. Dit geldt overigens ook voor de persoonlijke affiniteit die het zittende bestuur heeft met gezondheidsvraagstukken. Deze factoren hebben met elkaar gemeen dat ze niet beïnvloed kunnen worden door de GGD. Het is daardoor als het ware een gegeven situatie, waar de GGD als kennisproducent op een tactvolle manier mee dient om te gaan, wil zij de doorwerking bevorderen. Het is vanuit dit oogpunt van belang om maatwerk toe te passen. Hiermee wordt geïmpliceerd dat de GGD haar werkwijze ten opzichte van de nazorg en interactie dient af te stemmen op de desbetreffende (deel)gemeente en/of situatie.

Om in te kunnen spelen op deze onafhankelijke factoren is het van belang dat er oog is voor de situatie bij de (deel)gemeenten. Hierbij is er in eerste instantie een belangrijke taak weggelegd voor de relatiemanagers/accountmanagers, die als tussenpersoon fungeren in de relatie tussen de GGD en de (deel)gemeenten. Wat voor politieke voorkeuren heeft het zittende bestuur en hoe kijkt het aan tegen bepaalde gezondheidsvraagstukken? Wat voor organisatorische instelling heeft deze (deel)gemeente? Deze vragen kunnen bijvoorbeeld belangrijk zijn om te bepalen welke mate van interactie gepast is, of in welke mate ingezet moet worden op de nazorg. Deze werkwijze dient ook van tijd tot tijd aangepast te worden aan de omstandigheden. Het politiek klimaat kan bijvoorbeeld veranderen en, zoals we in deze casus gezien hebben, ook de personen op de verschillende functies. Om de juiste maatwerk toe te kunnen passen, wordt verder aanbevolen om in het vervolg, na publicatie van de rVTV, een korte evaluatie te houden bij de (deel)gemeenten. Het gaat hierbij om een vorm van schriftelijke of mondelinge enquête waarbij beleidsmedewerkers en bestuurders hun mening kunnen geven over de rVTV. Dit dient niet alleen als feedback voor de volgende rVTV, maar kan ook dienen als hulpmiddel bij het bepalen van de gepaste nazorg. De GGD creëert op deze manier ook beter inzicht in de vragen of behoeften die zijn blijven hangen.

Toegevoegde waarde van de rVTV

De GGD zal, juist omdat de rVTV een integrale analyse is van bestaande onderzoeksresultaten, het aanbod zo moeten vormgeven, dat het een toegevoegde waarde heeft op de andere producten uit het basisproduct “Integrale Gezondheidsmonitor Rotterdam-Rijnmond”. Bij de vorige rVTV is dit gedaan door op basis van de integrale analyse conclusies en beleidsadviezen te formuleren in de vorm van kernboodschappen. Deze toegevoegde waarde is desondanks niet ervaren door veel respondenten. Dit lag ten eerste niet aan de methode zelf, maar aan de inhoud. De belangrijkste reden is namelijk dat de kernboodschappen en de daaruit voortvloeiende adviezen, in de ogen van bijna alle respondenten, te algemeen waren geformuleerd.

De GGD ziet de beleidsmakers van de (deel)gemeente als de primaire doelgroep van de rVTV. De beleidsmakers verwachten, juist omdat het hier om een regionaal product gaat, dat de rapporten informatie en advies opleveren, die praktisch bruikbaar zijn voor het gemeentelijk beleid. Er wordt met het oog hierop aanbevolen om in de rapporten meer de nadruk te leggen op problemen die specifiek gelden voor de (deel)gemeenten en wat voor specifieke stappen hiervoor ondernomen kunnen worden. In de huidige rapporten komen de landelijke speerpunten en interventies over het algemeen sterk naar voren, waardoor het gemeentelijke/regionale aspect van een rVTV op de achtergrond raakt, aldus de respondenten.

De GGD zou daarom kunnen kijken naar mogelijkheden om deze problemen, die landelijk spelen, wel mee te nemen in de rapporten, maar op een andere manier. Een mogelijkheid is om in de rapporten een extra pagina op te nemen, waarbij op een beknopte wijze wordt ingegaan op deze onderwerpen. Bij de huidige deelgemeentelijke rapporten van de rVTV 2010 is deze werkwijze al enigszins toegepast. Bij de opsomming van de kernboodschappen wordt er verwezen naar een aantal kernboodschappen die gelden voor alle deelgemeenten (GGD Rotterdam-Rijnmond, 2010a:5). In het rapport wordt er verder niet ingegaan op deze aspecten, maar deze worden wel aangekaart als problemen die ook gelden binnen de desbetreffende deelgemeente. Bij de rVTV 2013 zou dit ook gedaan kunnen worden bij problematiek die zich op landelijk of regionaal niveau voordoet. Om te vermijden dat deze problemen te veel op de achtergrond raken, kan er gezocht worden naar mogelijkheden om de (deel)gemeenten toch te voorzien van verdere informatie. Dit kan bijvoorbeeld op de gezondheidsatlas of door middel van een ander (digitaal) product.

De toegevoegde waarde van de rVTV wordt hiernaast verder niet alleen bepaald door het extra aanbod ten opzichte van de andere producten in het basisproduct “Integrale Gezondheidsmonitor Rotterdam-Rijnmond”. Het aanbod aan informatie ten aanzien van bepaalde gezondheidsproblemen is groot. Er wordt niet alleen op landelijk niveau veel informatie aangeboden, maar ook de (deel)gemeenten zelf en andere instanties brengen tegenwoordig veel kennisproducten uit. Er ontstaat hierdoor meer behoefte aan specifiekere informatie, die ook actiever onder de aandacht dient te voren gebracht. Om als het ware goed te kunnen “concurreren” dient daarom voldoende oog te zijn voor wat al vrij bekend is en wat minder. Het aanbod kan hierop afgestemd worden.

III. Literatuurlijst

Wetenschappelijke literatuur

- Bekkers, V.(2007). *Beleid in beweging- Achtergronden, benaderingen, fasen en aspecten van beleid in de publieke sector*. Den Haag: Uitgeverij LEMMA.
- Bekkers, V.J.J.M., Fenger, H.J.M., Homburg, V.M.F. & Putters, K. (2004). *De doorwerking van strategische beleidsadvisering*. Amsterdam: Rozenberg Publ..
- Bekker, M.P.M. Putters, K.(2003). *Sturing van lokaal gezondheidsbeleid: de verknoping van gescheiden netwerken*. In V. J. J. M. Bekker & e. al.(eds.), *Handboek sturing in de sociale sector*. Den Haag: Elsevier Overheid. [vol. (4) december, pp. B5-1-1/B5-1-28].
- Beukenholdt-Ter Mors, M.A. Cachet, A. Daemen, H.H.F.M. Ringeling, A.B. Schaap, L.(2002). *Binnengemeentelijk gedecentraliseerd: een kleinere raad?*. Rotterdam: Centre for Local Democracy (CLD), Faculteit Sociale Wetenschappen, Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Dankert, R.(2011). *Balanceren tussen uitvoering en bewuste afwijking van beleid: De implementatie van strategisch voorraadbeleid door woningcorporaties*. Delft: TU Delft.
- Gemeente Neder Betuwe.(2003). *Nota Lokaal Gezondheidsbeleid Gemeente Neder-Betuw*. Gemeente Neder Betuwe.
- Goede, J de.(2011). *Knowledge in process- A study about evidence-based local health policy*. Breda.
- Goede, J de. Putters, K. Oers, H van.(2010). Knowledge in process? Exploring barriers between epidemiological research and local health policy development. *Health Research Policy and Systems*, 8:26.
- Goede, J de. Putters, K. Oers, H van. (2012). Utilization of epidemiological research for the development of local public health policy in the Netherlands: A case study approach. *Social Science & Medicine*, 74, 707-714.
- Goede, J de. Hoogen, PCW van den. Oers, JAM van.(2005). *Op weg naar een lokale Volksgezondheid Toekomst Verkenning: Een onderzoek naar de haalbaarheid in twee Brabantse regio s*. Breda: GGD West-Brabant.
- Gorissen, W.H.M. Schulpen, T.W.J. Kerkhoff, A.H.M. Heffen, O van.(2005). Bridging the gap between doctors and policymakers: The use of scientific knowledge in local school health care policy in The Netherlands. *European Journal of Public Health*, Vol. 15, No. 2, 133–139.
- Mackenback, J.(2009). De ontwikkeling van de academische public health in Nederland. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 87, 216-232.
- Neelen, G.H.J.M; Rutgers, M.R; Tuurenhout, M.E. (2005). *De bestuurlijke kaart van Nederland- Het openbaar bestuur en zijn omgeving in nationaal en internationaal perspectief*. Bussum: Uitgeverij Coutinho b.v.
- Steenbakkers, M. Jansen, M. Maarse, H. de Vries, N. (2012). Sturing op integraal gezondheidsbeleid: de rol van het gemeentelijke management. *TSG: tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 90, 1-8.

- Steenkamer, B. Goede, J de. Treurniet, H. Putters, K. Oers, H van. (2010). Het gebruik van (volks)gezondheidsinformatie door beleidsmakers: een studie in Midden-Holland. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 88, 461- 469.
- Teisman, G. Buuren, A van. Gerrits, L. (2009). *Managing complex governance systems- Dynamics, self-organization and coevolution in public investments*. New York: Routledge.
- Ten Dam, J.(1997). *Gezonde stadsgezichten- Een studie naar gezondheidsverschillen en stedelijk gezondheidsbeleid*. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Thiel, S van.(2007). *Bestuurskundig onderzoek- een methodologische inleiding*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.

Websites

- GemeenteBanen.nl. *gemeente Schiedam*. [<http://www.gemeentebanen.nl/werkgever/671-Gemeente-Schiedam>]. 25 januari 2013.
- Gemeente Capelle aan den IJssel. *Over Capelle aan den IJssel*. [http://www.capelleaandenijssel.nl/over-capelle-aan-den-ijssel/over-capelle-in-nederlands-engels-en-duits_3811/]. 8 januari 2013.
- Gemeente Rotterdam. *Onderzoek en Business Intelligence worden OBI*. [http://sjaan.rotterdam.nl/maatschappelijkeontwikkeling:onderzoek_en_business_intelligence_worden_obi]. 28 november 2012.
- Gemeente Rotterdam. *taken en bevoegdheden deelgemeente*. [http://www.rotterdam.nl/tekst:taken_en_bevoegdheden_deelgemeente]. 15 maart 2013.
- Gemeente Utrecht. *GG & GD*. [<http://www.utrecht.nl/smartsite.dws?id=106>]. 30 oktober 2012.
- Gezond Zuid-west Nederland. *De federatie*. [http://www.gezondwn.nl/algemene_website/de_federatie/wat_is_de_federatie_preventieve_gezondheidszorg_zuid-west_nederland/?cid=56]. 3 december 2012.
- GGD Hart voor Brabant. *Over de GGD- Geschiedenis*. [<http://www.ggdhvb.nl/nl-nl/Over-GGD/Organisatie/Geschiedenis>]. 20 september 2012.
- GGD Limburg-Noord. *Over de GGD- Geschiedenis*. [<http://www.ggd limburgnoord.nl/Over-de-GGD/Geschiedenis>]. 20 september 2012.
- GGD Nederland. *Organisatie*. [<http://www.ggd.nl/over-ggd-nederland/organisatie/>]. 30 oktober 2012a.
- GGD Rotterdam-Rijnmond. *Gezondheidsatlas*. [<http://www.gezondheidsatlasrotterdamrijnmond.nl/>]. 25 september 2012b.
- GGD Rotterdam-Rijnmond. *Over de GGD*. [<http://www.ggdrotterdamrijnmond.nl/over-de-ggd.html>]. 20 september 2012a.
- GGD Rotterdam-Rijnmond. *Milieu en leefomgeving*. [<http://www.ggdrotterdamrijnmond.nl/milieu-en-leefomgeving/luchtkwaliteit.html>]. 10 oktober 2012c.
- GGD Rotterdam Rijnmond. *Samen werken aan een goede gezondheid*. [<http://www.ggdrotterdamrijnmond.nl/samen-werken-aan-een-goede-gezondheid/duurzame-gezondheid.html>]. 28 november 2012d.

- GGD Zuid-Limburg. *Regionaal Kompas Volksgezondheid Zuid-Limburg*. [<http://www.regionaalkompas.nl/zuid-limburg/thema-s/psychosociale-problemen-jeugd/wat-zijn-psychosociale-problemen-jeugd/>]. 9 januari 2013.
- Kiesraad. *Gemeenteraad*. [<http://www.kiesraad.nl/artikel/gr-gemeenteraad>]. 18 oktober 2012.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn & Sport. *Geschiedenis*. [<http://www.rijksoverheid.nl/ministeries/vws/organisatie/geschiedenis%5B2%5D>]. 8 augustus 2012.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn & Sport. *Wmo in het kort*. [<http://www.invoeringwmo.nl/content/wmo-het-kort>]. 3 maart 2013.
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. *Nationaal Atlas Volksgezondheid*. [http://www.zorgatlas.nl/preventie/organisatie-en-beleid/status_derdenota/#breadcrumb]. 19 februari 2013(b).
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. *Nationaal Kompas-gezondheidsdeterminanten*. [<http://www.nationaal.kompas.nl/gezondheidsdeterminanten/omgeving/leefomgeving/eenzaamheid/wat-is-eezaamheid/>]. 4 januari 2013(a)
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. *Nationaal Kompas Volksgezondheid*. [<http://www.nationaalkompas.nl/zorg/publieke-gezondheidszorg/>]. 20 september 2012(a).
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. *Nationaal Kompas Volksgezondheid- Wat is overgewicht en hoe meet je het?*. [<http://www.nationaalkompas.nl/gezondheidsdeterminanten/persoonsgebonden/lichaamsgewicht/wat-is-overgewicht-en-hoe-meet-je-het/>]. 13 maart 2013 (c).
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. *Toolkit Regionale VTV*. [<http://www.toolkitvtv.nl/doel-en-definitie/wat-is-een-regionale-vtv/>]. 26 september 2012(b).

Rapporten en jaarverslagen

- Deelgemeente Delfshaven.(2010). *Programmabegroting 2011*. Rotterdam
- Deelgemeente Delfshaven & gemeente Rotterdam.(2010). *Bestuursakkoord 2011-2014*. Rotterdam.
- Deelgemeente Feijenoord.(2010). *Bestuursprogramma- Feijenoord verantwoord vooruit 2010- 2014*. Rotterdam.
- Deelgemeente Feijenoord & gemeente Rotterdam.(2010). *Bestuursakkoord 2011-2014*. Rotterdam.
- Deelgemeente Hoek van Holland.(2012). *Het kompas voor welzijn en zorg Hoek van Holland 2012 – 2015*. Rotterdam.
- Deelgemeente Hoek van Holland & gemeente Rotterdam.(2010). *Bestuursakkoord 2011-2014*. Rotterdam.
- Gemeente Capelle aan den IJssel.(2012). *Welzijn is gedeelde zorg- Actieplan Zorg en Welzijn 2012-2015*. Capelle aan den IJssel.

- Gemeente Capelle aan den IJssel. (2009). *Gemeentelijk verkeers- en vervoerplan, visie 2010-2020*. Capelle aan den IJssel.
- Gemeente Schiedam. (2009). *Iedereen gezond in Schiedam?!- Nota gezondheidsbeleid gemeente Schiedam 2009 – 2012*. Schiedam.
- Gemeente Schiedam & Woonplus Schiedam.(2012). *Wijkactie Programma Nieuwland 2012 – 2017*. Schiedam.
- Gemeente Goeree Overflakkee. (2013). *Programmabegroting 2013*. Goeree Overflakkee.
- Gemeente Maassluis.(2009b). *Beleidsvisie Samenlevingszaken*. Maassluis.
- Gemeente Maassluis.(2009a). *Nota inventarisatie integraal jeugdbeleid Maassluis*. Maassluis.
- Gemeenten Dirksland, Goedereede, Middelharnis & Overflakkee. (2009). *Nota Regionaal Gezondheidsbeleid 2010-2012 voor de gemeenten op Goeree-Overflakkee*. Goeree Overflakkee.
- Gemeenten Schiedam, Vlaardingen & Maassluis.(2005). *Nota Volksgezondheid Zorg-Regio Nieuwe Waterweg Noord 2005 – 2008*.
- Gemeente Spijkenisse.(2009). *Lokaal Gezondheidsbeleid- Spijkenisse 2009-2011*. Spijkenisse.
- GGD Rotterdam- Rijnmond.(2010b). *Gezond in de stad- Hoofdstukken en kopstukken in de volksgezondheid van Rotterdam (1970-2010)*. Rotterdam.
- GGD Rotterdam-Rijnmond.(2010f). *Gezondheid in kaart- Capelle aan den IJssel*. Rotterdam.
- GGD Rotterdam-Rijnmond.(2010a). *Gezondheid in kaart- Delfshaven*. Rotterdam.
- GGD Rotterdam-Rijnmond.(2010k). *Gezondheid in kaart- Feijenoord*. Rotterdam.
- GGD Rotterdam-Rijnmond.(2010j). *Gezondheid in kaart- Hoek van Holland*. Rotterdam.
- GGD Rotterdam-Rijnmond.(2010i). *Gezondheid in kaart- Maassluis*. Rotterdam.
- GGD Rotterdam-Rijnmond.(2010g). *Gezondheid in kaart- Middelharnis*. Rotterdam.
- GGD Rotterdam-Rijnmond.(2010d). *Gezondheid in kaart- Oostflakkee*. Rotterdam.
- GGD Rotterdam-Rijnmond.(2010h). *Gezondheid in kaart- Schiedam*. Rotterdam.
- GGD Rotterdam-Rijnmond.(2010e). *Gezondheid in kaart- Spijkenisse*. Rotterdam.
- GGD Rotterdam-Rijnmond.(2010c). *GGD Rotterdam-Rijnmond Jaarverslag 2009*. Rotterdam.
- GGD Rotterdam-Rijnmond.(2007). *Meerjarenbeleidsplan GGD Rotterdam-Rijnmond 2008 – 2011- Gezondheid: onze zorg!*. Rotterdam: GGD Rotterdam-Rijnmond.
- GGD Nederland.(2012b). *Op weg naar één gezondheidsmonitor voor lokaal en landelijk beleid*. Utrecht.
- GGD Rotterdam-Rijnmond.(2011).*Samenwerken, actief en deskundig*. Rotterdam.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg. (2007). *Vrijwel alle gemeenten hebben een nota lokaal gezondheidsbeleid vastgesteld*.
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2011). *Definitierapport Volksgezondheid Toekomstverkenning 2014*. Den Haag.

IV. Bijlagen

Bijlage I: Interviewhandleiding

Doel

Het interview heeft als doel het achterhalen op welke wijze de (deel)gemeenten gebruik maken, of hebben gemaakt van de rVTV 2010 en welke factoren hieraan ten grondslag hebben gelegen.

Protocol

Tijdsduur: Circa 60 minuten.

Opnames: Het gesprek wordt, indien hier toestemming voor wordt gegeven, opgenomen door de respondent.

Transcriptie: Het interview zal worden uitgewerkt in een transcript

Anonimiteit: Vanwege de betrouwbaarheid van het onderzoek is het van belang dat de functie van de respondent kenbaar wordt gemaakt.

Vorm: Het interview zal semi-gestructureerd plaatsvinden.

Procedure

1. Inleiding

Doel

Protocol

Opzet

2. Onderwerpen vragen

Algemeen

rVTV 2010

rVTV 2013

3. Afsluiting

Vragen en opmerkingen

Protocol

Dankwoord

Vragenlijst

Intro

- Doel van het interview herhalen
- Opname in verband met uitwerking transcript
- Anonimiteit: Wordt alleen naar de functie verwezen
- Semi- gestructureerd

Algemeen

1. **Kunt u een korte omschrijving geven van uw functie?**
2. **Hoe lang bent werkzaam in deze functie ?**

rVTV 2010

In 2010 bracht de GGD Rotterdam-Rijnmond de rVTV 2010 uit, dat onder andere gepubliceerd werd in rapporten met kernboodschappen per (deel)gemeente en een gezondheidsatlas.

3. **Wat heeft u hier van meegekregen?(O)**
 - Kunt u zich ook herinneren hoe dit bij u onder de aandacht is gebracht?(O)
 - heeft u hiervoor zelf interesse getoond? Waarom wel/niet
 - Op wiens initiatief en wat vond u hiervan?
 - presentatie in het Feyenoord stadion bezocht?

Dat de rVTV 2010 eraan zou komen, was al bekend gemaakt.

4. **Had u daar in eerste instantie zelf verwachtingen bij vooraf?(V)**
5. **Zijn deze verwachtingen waar gemaakt?(V)**
 - Inhoudelijke aspecten ?
 - In hoeverre heeft de rVTV antwoorden kunnen geven op de vragen die de gemeente eerder had
 - Zijn de aspecten waar uw gemeente wat aan heeft onder de aandacht gebracht?
 - Timing?
6. **Wat vond u verder inhoudelijk van de kwaliteit van de rVTV (A)**
 - Wat vond u van de beleidsadviezen? (Hoe had die in uw ogen eventueel beter gekund?)
 - De gezondheidsatlas, wat vond u ervan?
7. **De vormgeving algemeen**
 - De boekjes per gemeente.
 - Een website als aanvulling (digitaal), is deze combinatie handig, waarom wel/niet?
 - In duidelijke taal ?

8. Hoe was de gemeente Capelle a/d IJssel zelf betrokken bij het proces waarin de rVTV 2010 tot stand kwam, althans hoe heeft u die betrokkenheid ervaren

- Had u deze betrokkenheid anders willen zien?

ja: Hoe en waarom?

Nee: Waarom niet?

- Concept opgestuurd en terugkoppeling was ok?

RVTV 2013

De GGD Rotterdam-Rijnmond is van plan om in 2013 de volgende rVTV uit te brengen.

9. Wat zou u graag anders willen zien in een volgende rVTV en waarom?

- Inhoudelijk

- vormgeving

- betrokkenheid

- Timing

Bijlage II: Codeerlijst

Er zijn aan de hand van de beschreven variabelen in de operationalisatie codes opgesteld die als ondersteuning worden gebruikt bij het analyseren van de afgenomen interviews en de beleidsdocumenten. De onafhankelijke variabelen kunnen zowel een positieve als een negatieve bijdrage hebben gehad in de doorwerking van de rVTV 2010. Hiermee wordt bedoeld dat ze de doorwerking kunnen hebben belemmerd of juist bevorderd. In de lijst zijn er daarom per indicator verschillende codes gebruikt voor de verschillende te onderscheiden situaties. Er is verder een aantal codes opgenomen onder het onderdeel “Vormen van gebruik”. In de praktijk sluiten deze vormen elkaar niet uit. Deze codes zijn daarom ook slechts als hulpmiddel gebruikt om verkregen informatie (bijvoorbeeld uit passages uit het interview) te kunnen koppelen aan een vorm van gebruik.

1. Acceptatie

- 1.1 Veel vertrouwen in de inhoudelijke deskundigheid van de GGD.
- 1.2 Matig vertrouwen in de inhoudelijke deskundigheid van de GGD.
- 1.3 Geen vertrouwen in de inhoudelijke deskundigheid van de GGD.
- 1.4 Kwaliteit adviezen positief ervaren.
- 1.5 Kwaliteit adviezen negatief ervaren.
- 1.6 Sluit aan op politieke normen en waarden.
- 1.7 Sluit niet aan op politieke normen en waarden.

2. Overdracht

- 2.1 Vormgeving prettig ervaren
- 2.2 Vormgeving onprettig ervaren
- 2.3 Voldoende onder de aandacht gebracht
- 2.4 Onvoldoende onder de aandacht gebracht
- 2.5 Boodschappen hebben andere relevante actoren ook bereikt
- 2.6 Boodschappen hebben andere relevante actoren niet bereikt

3. Verwachtingen

- 3.1 Verkregen informatie sluit aan op vragen van de (deel)gemeente
- 3.2 Informatie sluit niet aan op vragen van de (deel)gemeente
- 3.3 Informatie actueel genoeg
- 3.4 Informatie niet actueel genoeg
- 3.5 Timing gunstig ervaren
- 3.6 Timing ongunstig ervaren
- 3.7 Bevat aspecten waar de (deel)gemeente praktisch wat mee kan
- 3.8 Bevat geen aspecten waar de (deel)gemeente praktisch wat mee kan

4. Interpretatie

4.1 De verkregen informatie wordt als relevant ervaren

4.2 De verkregen informatie wordt niet als relevant genoeg ervaren

5. Interactie

5.1 Tevreden met de eigen betrokkenheid

5.2 Niet tevreden met de eigen betrokkenheid

6. Vormen van gebruik

6.1 Instrumenteel

6.2 Conceptueel

6.3 Agenderend

6.4 Politiek/strategisch