

Cijfers voor beleid

*De afstemming tussen epidemiologisch onderzoek en beleid in de
openbare gezondheidszorg van de regio Twente*

Niels van den Brink

Augustus 2009

Colofon

Afstudeerscriptie voor de masteropleiding Health Sciences
Universiteit Twente, Enschede

Onderzoek in opdracht van de GGD Regio Twente, Enschede

Afstudeerder: Niels Jan Hendrik van den Brink

Augustus 2009

Eerste begeleider: Dr. Magda M. Boere-Boonekamp
Universiteit Twente

Tweede begeleider: Dr. Pieter-Jan Klok
Universiteit Twente

Externe begeleider: Drs. Jan Roorda
GGD Regio Twente

Samenvatting

De wet Publieke Gezondheid (wet PG) verplicht gemeenten om een nota lokaal gezondheidsbeleid (nota LGB) te maken. Ook stelt de wet dat het college van burgemeester en wethouders verplicht is om, voorafgaand aan de nota LGB, op landelijk gelijkvormige wijze gegevens over de gezondheidssituatie van de bevolking te verzamelen en te analyseren. In de regio Twente is in 2008 een regionale nota lokaal gezondheidsbeleid opgesteld. De nota richt zich op de onderwerpen die betrekking hebben op de collectieve preventie, zoals regionale ontwikkeling en uitvoering van lokaal gezondheidsbeleid, de financiering en epidemiologie en monitoring. De Twentse gemeenten hebben de regionale nota gebruikt als basis voor het lokale gezondheidsbeleid. De GGD Regio Twente voert grootschalige epidemiologische onderzoeken uit naar de gezondheidssituatie van jongeren, volwassenen en ouderen om aan de taken van de wet PG te voldoen. Gemeenteambtenaren maken echter te weinig gebruik van de epidemiologische gegevens van de GGD bij het vormen van lokaal gezondheidsbeleid. Dit onderzoek richt zich op de vraag hoe epidemiologische gegevens van de GGD Regio Twente beter benut kunnen worden bij de vorming van lokaal gezondheidsbeleid door gemeenten in Twente.

De epidemiologen van de GGD leveren op een aantal momenten informatie tijdens de vorming van gezondheidsbeleid. De epidemiologische onderzoeken leveren op strategisch niveau informatie over het vóórkomen van ziekten/aandoeningen en het vóórkomen van gezondheidsgedrag. Ook kijken de epidemiologen naar de risico's en oorzaken hiervan. Vervolgens is er op tactisch niveau informatie nodig over effectieve middelen zoals interventies of medicatie. Dit soort informatie levert de GGD niet. Op operationeel niveau levert de GGD ook geen informatie over de effecten van beleid. Ook voert de GGD geen projectevaluatie uit, wel wordt het beleid gemonitord door de GGD. Dit om te kijken of de doelstelling bereikt is. Het feit dat de GGD niet alle informatie kan leveren die nodig is bij de vorming van lokaal gezondheidsbeleid is één van de redenen waarom gemeenteambtenaren te weinig gebruik maken van de gegevens van de GGD. De informatiebehoefte van gemeenteambtenaren is namelijk veranderd. Naast de gezondheidssituatie van de bevolking willen de ambtenaren weten welke interventies voor handen zijn en of deze effectief zijn. Ook willen ze informatie over de effecten en neveneffecten van beleid. Er treedt een probleem op in het domein verwachtingen. Deze zijn niet gelijkgesteld tussen de gemeenteambtenaren en de GGD. De gemeenteambtenaren weten niet goed wat ze kunnen vragen en verwachten van de GGD. Wanneer dit duidelijk is kan de GGD wellicht als kennismakelaar optreden. De GGD heeft voldoende kennis in huis om te weten waar de ontbrekende informatie, waar gemeenteambtenaren op zitten te wachten, te vinden is.

Naast de veranderde informatiebehoefte en het probleem in het domein verwachtingen, kan er winst worden behaald bij de presentatie van de epidemiologische informatie aan de gemeenten. Uit het onderzoek komen er een aantal criteria naar voren die het gebruik van epidemiologische informatie bij lokaal gezondheidsbeleid verbeteren. Dat zijn bijvoorbeeld beleidsadvies en/of beleidsondersteuning bij de gegevens en duidelijk

taalgebruik in de rapportage. De gegevens dienen ook toegankelijk te zijn en de epidemiologen moeten vraaggericht werken.

Als laatste is er in het onderzoek gekeken naar de werkwijze van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV). Dit is een product van het RIVM, waarmee op landelijk niveau een belangrijke bijdrage is geleverd aan het evidence-based gezondheidsbeleid. In Twente is er prioriteit gegeven aan de invoering van een VTV op regionaal niveau. De vraag of de werkwijze van de VTV bruikbaar is om epidemiologische gegevens van de GGD beter te benutten voor lokaal gezondheidsbeleid is daarom van belang. Uit dit onderzoek blijkt dat de werkwijze, die als belangrijkste pijler samenwerking heeft, een goede manier is om de kloof tussen onderzoek en beleid te verkleinen. Er is geen sprake meer van eenrichtingsverkeer van de GGD naar de gemeenten, maar er wordt samen gewerkt aan een product. Door de samenwerking ontstaat er een scherpere informatiebehoefte bij gemeenteambtenaren. Hierdoor kunnen de epidemiologen gericht werken. Door de samenwerking wordt de vertaalslag van cijfers naar beleid makkelijker. Om ook de kloof tussen beleid en praktijk te verkleinen is het raadzaam om meer instellingen te betrekken bij epidemiologisch onderzoek en de vorming van lokaal gezondheidsbeleid. Gedacht kan worden aan zorginstellingen die het uiteindelijke beleid moeten uitvoeren.

Summary

In The Netherlands the Public Health law makes communities obligatory to develop a document on local health policy. The Mayor and Aldermen of a community are also obligatory to collect and analyze information about the health situation of the population in favour of this document. In the Twente region, the fourteen communities developed a document on regional health policy in 2008. This document aligns to topics of collective prevention, such as epidemiology and the development of local health policy. The communities in Twente used this regional document as a basis for their local health policy. In Twente, the Municipal Health Service (GGD Regio Twente) accomplishes comprehensive epidemiological research. Information conducted by this research postulates the communities to meet the needs of the Public Health law. However the civil servants of the communities don't use the epidemiological information of the GGD as often as they should during the development of local health policy. The aim of this research is to find out in which way the epidemiological information of the GGD can be used more efficiently for local health policy.

The GGD Regio Twente provides information about the appearance of diseases in a population and the appearance of health behavior. The epidemiologists also explore the risks and causes of these appearances. Besides that, the civil servants want information about interventions, the solutions of the health problems, and the effectiveness of the interventions. They also want to know the effects of the local health policy. This kind of information doesn't provide the GGD Regio Twente. The civil servants are unaware of the capabilities of the GGD. There is a lot to gain on this point. If the civil servants have insight in the research of the GGD, the expectations can be uniformed. Although the GGD doesn't investigate the effectiveness of interventions, the service does know where to find this information. This applies for the effects of local health policy as well. The GGD is able to function as a center for knowledge necessary to develop local health policy.

This research signifies some criteria concerning the presentation of the epidemiological information to communities. If the presentation meets these criteria, the research of the epidemiologists of the GGD can be utilized for local health policy. The main criteria are, besides the epidemiological information, advise and support for health policy. Also the information has to be accessible and the epidemiological research has to be demand-driven.

A final issue of this research is whether or not the procedure used in the 'Public Health Forecast' can be implemented in the epidemiological research of the GGD. The 'Public Health Forecast' is a product of the RIVM. It has provided a great contribution to the evidence-based health policy on a national level. In Twente, the communities try to implement the 'Public Health Forecast' on a regional level. The question whether or not it can be used in epidemiological research is therefore relevant. The procedure, which is mainly based on cooperation between the different stakeholders is a good way to diminish the gap between the epidemiologists of the GGD and the civil servants of the communities. It's not a matter of one-way

communication anymore. Also the translation of epidemiological information to local health policy can be accomplished a lot easier. It is wise to involve some other stakeholders into the epidemiological research and local health policy. For instance some care institutions which have to execute the local health policy.

Voorwoord

In februari 2009 ben ik begonnen met mijn afstudeeronderzoek voor de opleiding Health Sciences van de Universiteit Twente in Enschede. Dit afstudeeronderzoek heb ik uitgevoerd voor de GGD Regio Twente in Enschede. De stafafdeling van de GGD Regio Twente had een interessant en relevant onderwerp om te onderzoeken, namelijk de koppeling tussen epidemiologische gegevens en lokaal gezondheidsbeleid. Een onderwerp waar de laatste jaren veel over te doen is en waar nog veel winst op het gebied van public health te behalen valt in de komende jaren. Deze scriptie is het resultaat van mijn onderzoek 'Cijfers voor beleid', naar de afstemming tussen epidemiologisch onderzoek en beleid in de openbare gezondheidszorg van de regio Twente.

Het was een groot voordeel dat ik naast het afstudeerproject mee kon draaien in het projectteam voor de regionale Volksgezondheid Toekomst Verkenning. Hierdoor heb ik veel extra kennis opgedaan en een goede indruk gekregen van het werkveld waarin de GGD zich bevindt.

Bij deze wil ik graag mijn begeleiders vanuit de Universiteit, Dr. Magda M. Boere-Boonekamp en Dr. Pieter-Jan Klok bedanken voor de hun goede begeleiding bij het uitvoeren van het onderzoek en het schrijven van mijn scriptie. Hiernaast wil ik de stafafdeling van de GGD bedanken, waaronder speciaal mijn praktijkbegeleider Jan Roorda, voor de goede ondersteuning tijdens mijn afstudeeronderzoek.

Niels van den Brink

Enschede, augustus 2009

Inhoudsopgave

1.	Inleiding	9
	1.1 Openbare gezondheidszorg	9
	1.2 Aanleiding onderzoek	9
	1.3 Onderzoeksvragen	11
	1.4 Leeswijzer scriptie	11
2.	Achtergrond	12
	2.1 De ontwikkeling van de epidemiologie	12
	2.2 Benaderingen van het beleidsproces	14
	2.3 Het ontwerpen van beleid in de gezondheidszorg	17
	2.4 Het theoretische kader van dit onderzoek	18
	2.5 Het spanningsveld van de publieke gezondheidszorg vanuit de GGD	23
	2.6 Deelconclusie	24
3.	Literatuuronderzoek	25
	3.1 Methoden	25
	3.2 Resultaten	26
	3.3 Deelconclusie	28
4.	Kwalitatief onderzoek	30
	4.1 Methoden	30
	4.2 Resultaten	34
	4.3 Deelconclusie	35
5.	Case: alcoholgebruik door jongeren in de regio Twente	37
	5.1 Methoden	38
	5.2 Resultaten	39
	5.3 Deelconclusie	40
6.	Beschouwing	41
	6.1 Reflectie op de bevindingen	41
	6.2 Theoretische reflectie	44
	6.3 Methodologische reflectie	45
	6.4 Concrete aanbevelingen voor praktijk en verder onderzoek	46
7.	Referenties	48
8.	Bijlagen	54

1. Inleiding

1.1 De openbare gezondheidszorg

De openbare gezondheidszorg (OGZ) richt zich op het beschermen en bevorderen van de gezondheid van de gehele bevolking (Nationaal Kompas Volksgezondheid, RIVM, 2009). Hier is geen hulpvraag van de verzorgde voor geformuleerd. Naast het beschermen en bevorderen richt de OGZ zich op de ziektepreventie. De OGZ is populatiegericht, permanent, programmatische en professioneel. De OGZ is hiermee een aanvulling op de reguliere zorg gericht op het individu. De openbare gezondheidszorg omvat een aantal onderdelen die relevant zijn voor de gemeentelijke gezondheidsdiensten (GGD'en). Ten eerste is dat de gezondheidsbevordering, het uitvoeren van preventieprogramma's op basis van de gezondheidssituatie van burgers. Infectieziektebestrijding behoort ook tot het werkveld van de OGZ, evenals medische milieukunde, jeugdgezondheidszorg, openbare geestelijke gezondheidszorg, technische hygiënezorg, crisishulpverlening en openbare veiligheid en de forensische geneeskunde. De GGD'en zijn gemeentelijke organisaties op het terrein van de openbare gezondheidszorg. GGD'en beschermen, bewaken en bevorderen de gezondheid van de bevolking. Op dit moment zijn er 29 GGD'en in Nederland (Nationaal Kompas Volksgezondheid, RIVM, 2009).

Door de wet Publieke Gezondheid (wet PG) zijn gemeenten verplicht om een nota lokaal gezondheidsbeleid (nota LGB) te maken (MinVWS, wet PG, 2009). Daarnaast zijn de bestuurlijke taken van het rijk en de gemeenten vastgelegd. Zo bevat de wet een aantal taken van de openbare gezondheidszorg. Het college van burgemeester en wethouders moet de ontwikkeling en continuïteit van de openbare gezondheidszorg bevorderen. Ook moet het college de afstemming ervan met de curatieve gezondheidszorg en de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen bevorderen. Daarnaast draagt het college van burgemeester en wethouders zorg voor het verwerven van inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking (Wet publieke gezondheid, 2008). Het college van burgemeester en wethouders is verplicht voorafgaand aan de nota lokaal gezondheidsbeleid op landelijk gelijkvormige wijze tot het verzamelen en analyseren van gegevens over deze gezondheidssituatie. Naast de wet Publieke Gezondheid is de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) per 1 januari 2007 van kracht (MinVWS, WMO, 2009). Deze wet beoogt dat iedereen zo lang mogelijk zelfstandig kan participeren in de maatschappij. Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van deze wet. Hiervoor hebben gemeenten gegevens nodig over zorgbehoefte en zorggebruik.

1.2 Aanleiding onderzoek

In de regio Twente is in 2008 een regionale nota lokaal gezondheidsbeleid 'Twente kiest voor gezond leven en werkt aan de gezondheid' opgesteld (Regionale nota lokaal gezondheidsbeleid, 2008). Deze is ontwikkeld door de veertien Twentse gemeenten en de GGD Regio Twente. De nota richt zich op onderwerpen die betrekking hebben op de collectieve preventie, zoals regionale ontwikkeling en uitvoering van lokaal gezondheidsbeleid, de financiering en epidemiologie en monitoring. Daarnaast gaat de nota in op een viertal speerpunten. Dat zijn alcohol, roken, overgewicht en depressie. Per speerpunt is aangegeven welke activiteiten de komende jaren

worden uitgevoerd. Gemeenten hebben de regionale nota gebruikt als basis voor het lokale gezondheidsbeleid. In 2011 moet een nieuwe lokale nota gezondheidsbeleid worden opgesteld (Regionale nota lokaal gezondheidsbeleid, 2008).

Om aan de taken van de wet PG te voldoen, voert de GGD Regio Twente grootschalige epidemiologische onderzoeken uit naar de gezondheidssituatie van jongeren, volwassenen en ouderen (Nationaal Kompas Volksgezondheid, RIVM, 2009). Wanneer deze onderzoeken zijn afgerond, worden de gegevens per gemeente gepresenteerd in de vorm van een gemeenterapport en een presentatie, de gezondheidsmonitor. Ook worden de gegevens op de website www.gezondheidsatlastwente.nl geplaatst (GGD Regio Twente, 2009). Gemeenten kunnen het lokale gezondheidsbeleid op deze manier baseren op epidemiologische analyses.

De huidige manier van het verrichten van onderzoek en het presenteren van resultaten levert een aantal problemen op. Gemeentebesturen maken te weinig gebruik van de epidemiologische gegevens van de GGD bij het vormen van lokaal gezondheidsbeleid. Het RIVM en het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) zijn er in geslaagd om op nationaal niveau een belangrijke bijdrage te leveren aan evidence-based gezondheidsbeleid. Evidence-based betekent het bewust, expliciet en oordeelkundig gebruik maken van het voorhanden zijnde beste bewijs bij het nemen van beslissingen (Van Oers, 2008). Dit hebben zij bewerkstelligd door middel van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) (Hollander et al, 2006). Ook de veertien Twentse gemeenten en de GGD Regio Twente willen dat de epidemiologische onderzoeken van de GGD beter benut worden bij het vormen van lokaal gezondheidsbeleid. Zodoende willen ze het evidence-based gezondheidsbeleid stimuleren. In de nota 'Twente kiest voor gezond leven en werkt aan gezondheid' is daarom prioriteit gegeven aan de ontwikkeling van een VTV op regionaal niveau (Regionale nota lokaal gezondheidsbeleid, 2008). Dit onderzoek richt zich op de vraag hoe epidemiologische gegevens van de GGD beter benut kunnen worden bij de vorming van lokaal gezondheidsbeleid. Dit wordt onderzocht aan de hand van een literatuuronderzoek en een kwalitatief onderzoek. Als laatste wordt de bruikbaarheid van de werkwijze van de regionale VTV onderzocht aan de hand van een praktijkvoorbeeld van een epidemiologisch onderzoek: 'Alcoholgebruik door jongeren in de regio Twente'.

1.3 Onderzoeksvragen

Hoofdvraag:

Hoe kunnen epidemiologische gegevens van de GGD Regio Twente beter benut worden bij de vorming van lokaal gezondheidsbeleid door gemeenten in Twente?

Subvragen:

1. Waardoor maken beleidsmakers van gemeenten bij de vorming van lokaal gezondheidsbeleid te weinig gebruik van epidemiologische gegevens van de GGD?
2. Welke succesfactoren zijn bekend uit de landelijke en regionale VTV's voor het beter benutten van epidemiologische gegevens van de GGD voor de vorming van lokaal gezondheidsbeleid?
3. Wat is de informatiebehoefte van beleidsmakers van gemeenten in de regio Twente bij het vormen van lokaal gezondheidsbeleid?
4. Hoe kan de GGD Regio Twente gegevens uit epidemiologisch onderzoek het beste presenteren aan beleidsmakers van gemeenten in de regio Twente?
5. Is de werkwijze van de regionale VTV bruikbaar om epidemiologische gegevens van de GGD beter te benutten voor lokaal gezondheidsbeleid?

1.4 Leeswijzer scriptie

In hoofdstuk 2 wordt ingegaan op de ontwikkeling van de epidemiologie in het algemeen en bij de GGD. Een aantal benaderingen van het beleidsproces wordt besproken en in hoofdstuk 2 wordt ingegaan op het ontwerpen van beleid in de gezondheidszorg. Vanuit deze paragrafen wordt een theoretisch kader geschetst en wordt ingegaan op het spanningsveld van de publieke gezondheidszorg. In hoofdstuk 3 worden de resultaten van het literatuuronderzoek besproken en (subvraag 1 en 2). In hoofdstuk 4 worden de resultaten van het kwalitatieve onderzoek behandeld (subvraag 3 en 4). In hoofdstuk 5 wordt vervolgens ingegaan op de case 'Alcoholgebruik door jongeren in de regio Twente '(subvraag 5). In het laatste hoofdstuk wordt gereflecteerd op de bevindingen (beantwoording hoofdvraag), de theorie en de methodologie en zullen concrete aanbevelingen worden gedaan voor praktijk en verder onderzoek.

2. Achtergrond

2.1 De ontwikkeling van de epidemiologie

Deze paragraaf gaat in op de definitie van epidemiologie, de geschiedenis van de epidemiologie en de ontwikkeling van de epidemiologie in Nederland. Vervolgens wordt ingegaan op de ontwikkeling van epidemiologie bij de GGD'en.

Definitie epidemiologie

Epidemiologie is een relatief onbekend begrip dat primair thuis hoort in de gezondheidswetenschappen. De definitie van epidemiologie is: "De leer of de wetenschap die zich met de bestudering van ziekten en ziekteverschijnselen bezig houdt in een menselijke populatie. Epi=op, demos=volk, logos=leer." (Bouter en Van Dongen, 2000). Bij epidemiologie vormt ziekte de centrale variabele. Het gaat om het vóórkomen van ziekten in menselijke populaties, veelal in relatie tot het vóórkomen van etiologische factoren (het ontstaan van een ziekte), diagnostische factoren (indicatie van de aanwezigheid van een ziekte) of prognostische factoren (verloop van een ziekte). Het meten van ziekten en aan ziekte gerelateerde factoren gebeurt op het niveau van het individu. Vervolgens worden de analyses uitgevoerd op groepsniveau. Epidemiologie is gebaseerd op het feit dat ziekte en gezondheid niet homogeen verdeeld zijn over de bevolking. Epidemiologie kan twee typen kennis genereren. Onderzoekresultaten kunnen geïnterpreteerd worden op individueel niveau of op groepsniveau. In de klinische gezondheidszorg worden resultaten uit epidemiologisch onderzoek op individueel niveau geïnterpreteerd, de klinische gezondheidszorg richt zich op het verwerven van kennis voor de patiëntenzorg. In de openbare gezondheidszorg worden resultaten op groepsniveau geïnterpreteerd en gebruikt. Naast deze indeling valt epidemiologie ook in te delen in de beschrijvende en verklarende epidemiologie. De beschrijvende epidemiologie is het in kaart brengen van het distributiepatroon van een ziekte. De verklarende epidemiologie is het analytische onderzoek naar de factoren die het distributiepatroon veroorzaken (Bouter en Van Dongen, 2000).

Geschiedenis

Epidemiologie is lange tijd niet zo populair geweest als het nu is. Epidemiologie bestaat echter al een aantal eeuwen. De eerste pionier was John Graunt, een Brit die al in 1662 een aantal feiten over het leven en ziekten beschreef. Zo viel hem op dat meer jongetjes dan meisjes werden geboren, maar dat ook meer jongetjes overleden. Toch was de morbiditeit onder jongetjes lager. Ook kwantificeerde hij het aantal kinderen dat overleed. Zo ontdekte hij dat ongeveer één derde van de kinderen voor het 5^e levensjaar stierf. Ook ontdekte hij dat de pest veel meer doden tot gevolg had dan werd aangenomen en dat rachitis (Engelse ziekte) een serieuze epidemie was. Na dit veelbelovende begin produceerde hij niets meer op epidemiologisch gebied. Hij overleed in armoede nadat zijn werk werd vernield in de 'Fire of London' in 1666. Het duurde twee eeuwen tot het werk van Graunt werd voortgezet. William Farr (1807-1883) onderzocht de doodslicenties die werden uitgegeven na elke dood in Engeland (vanaf 1837 verplicht). Hij ontdekte dat er relatief veel doden waren in bepaalde geografische gebieden en onder bepaalde beroepsgroepen. Het werk van William Farr is de basis van

de huidige International Classification of Diseases (ICD). Zijn werk en het werk van zijn Franse collega Jacques Bertillon (1851-1922) werd besproken op een internationale conferentie in Parijs in 1900. Hier werd de voorloper van de ICD, de First International Classification of Causes of Death, opgezet.

Farr leverde ook de data aan John Snow, die op briljante wijze de rol van water in de verspreiding van cholera ontdekte. Na deze korte opleving in de 19^e eeuw bleef het weer lange tijd stil op het gebied van de epidemiologie. Na de tweede wereldoorlog begon het vakgebied epidemiologie flink te groeien. De VS begon met het opzetten van grote studies onder de bevolking, bedoeld om de gezondheid te verbeteren.

Voorbeelden waren het populatieonderzoek naar de fluoride toevoeging aan water en 'The Framingham Heart Study'. Ook de Britse epidemiologen begonnen in de jaren '50 met het uitvoeren van grote populatieonderzoeken. Rond deze tijd veranderde ook het ziektespectrum: chronische ziekten zoals kanker en hart-en vaatziekten werden de belangrijkste oorzaken voor morbiditeit en mortaliteit. Een bekend voorbeeld is het onderzoek naar de relatie tussen roken en longkanker, beschreven in 1964 in het rapport 'Smoking and Health' (Coleman, 2007 ; Rothman, 2007).

De situatie in Nederland

Ook in Nederland ontstond de epidemiologie in de jaren veertig van de vorige eeuw vanuit de interesse in chronische ziekten, voornamelijk kanker. Vanaf de jaren '60 en '70 was vanuit de Nederlandse faculteiten interesse in de epidemiologie van chronische ziekten. Zo pakten in de jaren '70 de afdelingen sociale geneeskunde in Utrecht, Nijmegen en Groningen de epidemiologie op. Ook het RIVM nam de epidemiologie serieus en paste het in de werkzaamheden in. In Nederland werden grote populatiestudies opgezet, zoals de Zutphen-studie in 1960 (Kromhout et al, 1990) en het Vlagtwedde Vlaardingen onderzoek naar astma in 1965 (Van der Lende et al, 1981). Mede door de succesvolle tuberculose-epidemiologie ontwikkelde Nederland zich in de jaren vijftig tot zeventig tot een grote internationale speler op dit gebied. In Rotterdam en Maastricht werden zelfstandige epidemiologie afdelingen opgericht. De epidemiologie ging zich steeds meer richten op Public Health. Langzamerhand veranderden de afdelingen sociale geneeskunde in epidemiologie. Het onderzoek ging zich meer richten op de blootstelling van ziekten op populatieniveau (Vandenbroucke, 1999).

Epidemiologie bij de GGD

Epidemiologie bij de gemeentelijke gezondheidsdiensten van de grote steden was in eerste instantie gericht op de infectieziekten zoals hepatitis B, C en HIV. In de jaren '80 kwam in de klinische geneeskunde ook het besef naar voren van het belang van epidemiologie en statistiek. Hierdoor verschoof de focus van de sociale geneeskunde en de infectieziekte-epidemiologie naar klinische geneeskunde. In de jaren '90 was er hernieuwde interesse van medische faculteiten en GGD'en in infectieziekteproblematiek (Vandenbroucke, 2009). In 1989 werd de wet collectieve preventie volksgezondheid (WCPV) aangenomen. Dit zorgde voor een wettelijke status van de epidemiologie in de openbare gezondheidszorg. De wet gaf echter niet concreet aan hoe gemeenten de taak moesten uitvoeren. Hierdoor ontstond een grote diversiteit in de invulling van epidemiologie. De meer dan 50 GGD'en gaven zelf invulling aan de epidemiologie. In 2000 werd de wet aangepast waardoor de functie epidemiologie meer verankerd werd (Houben et al, 2008). Tien jaar geleden

werd epidemiologie door de GGD vooral gebruikt voor operationele doeleinden. Tabellen werden bij rapporten gevoegd, die het geformuleerde beleid in het rapport onderbouwden. Tegenwoordig worden epidemiologische gegevens gebruikt om tot gezondheidsinformatie en kennis te komen (Houben et al, 2008). Bij de GGD worden de resultaten op groepsniveau geïnterpreteerd. De meeste epidemiologische onderzoeken bij de GGD zijn een beschrijving van de omvang en ernst van een gezondheidsprobleem in een populatie. De GGD richt zich op het voorkomen van ziekten en op gezondheidsgedrag zoals roken, bewegen en alcoholgebruik (Gezondheidsatlas Twente). Daarnaast brengt de GGD de demografie van de bevolking in kaart. De specifieke ziekten waar de GGD zich wel op richt zijn de ziekten die veel voorkomen in de populatie en relevant zijn voor preventie. Dat zijn de eerder genoemde infectieziekten en seksueel overdraagbare aandoeningen (Gezondheidsatlas Twente). De afgelopen tien jaar is het aantal GGD'en afgenomen, nu zijn er 29 GGD'en. Door de schaalvergroting kunnen de GGD'en efficiënter werken. De afstand met de gemeente is echter ook vergroot, terwijl hier juist korte lijnen gewenst zijn. Ook is de diversiteit verminderd door het standaardiseren van gegevens, al blijft diversiteit altijd bestaan binnen de standaardisatie (Houben et al, 2008).

2.2 Benaderingen van het beleidsproces

In deze paragraaf wordt ingegaan op beleidsvorming als proces, de klassieke benaderingen van het beleidsproces en de moderne visies op het beleidsproces.

Beleid en het beleidsproces

Beleid is volgens Prof. Dr. Andries Hoogerwerf "het streven naar het bereiken van bepaalde doeleinden met bepaalde middelen en bepaalde tijdskeuzen" (Hoogerwerf, 1989). Beleid als beleidsinhoud is het resultaat van één of meerdere processen. Een beleidsproces is een productieproces waarin beleid tot stand komt (Van Heffen et al, 1997). Beleid bestaat uit vaste structuren met daarin dynamische processen (Hoogerwerf et al, 2008).

Het beleidsproces bestaat uit een aantal stappen (Hoogerwerf, 1989; Van Heffen et al, 1997 ; Van de Graaf et al, 1989):

1. Agendavorming. Een beleidsproces begint wanneer een probleem is ontstaan. Een probleem wordt gedefinieerd als een discrepantie tussen waargenomen feiten en normen van de waarnemer. Het is in deze stap nodig om het probleem af te grenzen.
2. Beleidsvoorbereiding. De tweede stap is het achterhalen van de oorzaken van de problemen. Een causaal veld kan worden geschetst. Nadat de oorzaken bekend zijn, moeten oplossingen bedacht en onderzocht worden. De alternatieven worden op een rijtje gezet.
3. Beleidsbepaling. Een besluit wordt genomen over het te voeren beleid.
4. Beleidsuitvoering. In stap vier kan begonnen worden met het ontwerpen van beleid, wat zijn de beleidsdoelen, wat zijn de middelen en wat is het tijdspad. Er komt een concreet en uitvoerbaar beleidsplan wat uitgevoerd dient te worden.

5. Beleidsevaluatie. Na de uitvoering wordt het beleid uitvoerig geëvalueerd, zijn de doelen bereikt? Zijn de middelen de juiste middelen om de doelen mee te bereiken? Klopt het gekozen tijdsplan?
6. Terugkoppeling (feedback). Na de evaluatie is het zaak om terug te koppelen, informatie over het proces wordt verwerkt. Het beleid of het beleidsproces wordt bijgestuurd.
7. Beleidsbeëindiging. Het gevoerde beleid wordt gestaakt.

De werkelijkheid beantwoordt niet altijd aan deze indeling. Hoogerwerf (1989) stelt dat er te weinig aandacht is voor de verschillende actoren in het beleidsproces. Deze actoren hebben ieder voor zich andere doelen. Hierdoor is het mogelijk dat actoren een deelproces als een compleet beleidsproces zien. Het beleidsproces is daardoor een dynamisch proces, met een verloop van handelingen en interacties. Een grote hoeveelheid actoren is er bij betrokken en het wordt beïnvloed door factoren zoals macht, informatie en tijd. De actoren komen uit verschillende omgevingen. De volgende omgevingen zijn te onderscheiden: de natuurlijke omgeving, de economische omgeving, technologische omgeving, sociale omgeving en de politieke omgeving. De actoren uit deze verschillende omgevingen benaderen het beleidsproces op verschillende manieren (Hoogerwerf, 1989).

Klassieke modellen voor het beleidsproces

Er zijn vier klassieke benaderingen voor het proces van beleidsvorming. De synoptische benadering, het incrementele model, mixed-scanning model en het revisionisme.

Synoptische model

Ieder politiek stuk of document wordt rationeel geschreven naar het klassieke synoptische model. Dat houdt in dat het logisch denken, de ratio voorop staat en dat men een voorkeur heeft voor wetenschappelijke methoden. Deze benadering gaat ervan uit dat de beleidsvormer volledige informatie heeft over de situatie en de opties en dat de keuze die hij maakt de keuze is met de hoogste waardering. Het beleidsproces doorloopt een aantal stappen. De eerste stap is het definiëren en ordenen van belangrijke waarden. Daarna worden doeleinden gespecificeerd. Na het vaststellen van de doelen worden alle relevante opties geïdentificeerd waarmee de doelen bereikt zouden kunnen worden. Na het identificeren worden de opties vergeleken en ten slotte wordt de beste combinatie van opties gekozen die het meest recht doet aan de belangrijkste waarden (Van Heffen et al, 1997).

Incrementele model

Het strikt rationele klassieke model stuitte op kritiek van March en Simon (1958). De twee hoofdpunten van kritiek waren dat een beleidsvormer van tevoren niet alle opties kan weten waarmee de doelen bereikt kunnen worden. En de beslissing die wordt genomen is niet de meest hooggewaardeerde, maar de meest bevredigende. Lindblom maakte hierop het incrementele model. Doelen en middelen worden constant op elkaar betrokken. Er is een beperkt aantal opties, beleid is een proces van vallen en opstaan. De rationele lijn

werd losgelaten en alleen de doelen waarvoor ook middelen beschikbaar zijn werden gekozen (Van Heffen et al, 1997).

Mixed-scanning model

Etzioni (1967) presenteerde een synthese van het synoptische model en het incrementele model, het zogenaamde mixed-scanning model (zie ook hoofdstuk 5). Volgens Etzioni begint het met het scannen van het gebied op een alomvattend niveau, de hoofdlijnen van de opties zijn bekend. Vervolgens worden de opties die uit de eerste scan een nadere bestudering vereisen tot in de details verkend (Van Heffen et al, 1997).

Revisionisme

Als laatste is er nog de groep revisionisten. Ze waren tevreden met het feit dat rationaliteit slechts gedeeltelijk in het beleidsproces voorkomt, maar streven rationaliteit wel na. Ze wilden het synoptische model zo dicht mogelijk benaderen, door zoveel mogelijk (maar niet alle) informatie over een probleem en de opties te verzamelen. Echter het idee van de revisionisten werd ontkracht door Van Gunsteren (1967) die stelde dat gedeeltelijke rationaliteit een illusie is. Het is namelijk onmogelijk om optimale rationaliteit te bepalen, als men niet weet wat de volledige rationaliteit is (Van Heffen et al, 1997).

Moderne visies op beleid en het beleidsproces

Het fasenmodel is een model dat rationeel verloopt. Het model stelt dat er verschillende fasen zijn in het proces die gefixeerd zijn en elkaar dus opvolgen. Er wordt begonnen met de beleidsvoorbereidende fasen en beleidsuitvoerende fasen. De auteurs van fasenmodellen beschouwen de fasen echter ook dynamisch, het is mogelijk om terug te vallen naar een vorige fase. Het model wordt vooral gebruikt om op een analytische wijze de werkelijkheid te verklaren (Van Heffen et al, 1997; Teisman, 2001).

Het stromenmodel is een model dat niet uitgaat van het oplossen van problemen. Beleidsprocessen zijn een combinatie van probleemstromen, oplossingsstromen en stromen van participanten. Beleid komt tot stand wanneer er contact is tussen een probleemstroom, de oplossingsstroom en de stroom van participanten (Van Heffen et al, 1997 – Teisman, 2001). Het model kan ook worden betrokken op organisaties. Dan kan een probleemstroom, een beleidsstroom en een politieke stroom worden onderscheiden. Wanneer een koppeling optreedt tussen de drie stromen ontstaat een 'policy window' (Van Heffen et al, 1997).

Het laatste model dat relevant is voor dit onderzoek is het rondemodell. Dit model ziet het beleidsproces als een politiek spel, waarbij verschillende actoren verschillende beslissingen nemen die in een reeks met elkaar verbonden zijn. Verschillende besluitvormingsronden volgen elkaar op. Beleid is een compromis tussen actoren met ongelijke machtsposities en verschillende belangen (Van Heffen et al, 1997; Van de Graaf et al, 1989; Teisman, 2001).

2.3 Het ontwerpen van beleid in de gezondheidszorg

Deze paragraaf gaat in op het ontwerpen van beleid in de gezondheidszorg. Het ontwerpen van beleid doorloopt een aantal niveaus: strategisch, tactisch en operationeel. Aan de hand van deze niveaus wordt het ontwerpen van beleid verhelderd.

Ontwerpmodel

Hoogerwerf presenteerde in 1992 een model voor het ontwerpen van beleid (Van Heffen et al, 1997). Het ontwerpen van beleid begint op strategisch niveau met de analyse van de opdracht tot het ontwerpen van beleid. Wat houdt de opdracht precies in, wat zijn de randvoorwaarden (politiek, economisch, juridisch) en wat is het doel van het ontwerp. Na deze eerste stap wordt het beleidsprobleem geanalyseerd. Onderdeel van de analyse zijn de situatie en de maatstaven van het probleem. Het probleem wordt omschreven als een discrepantie tussen een bestaande situatie en een gewenste situatie. De volgende stap is het achterhalen van de oorzaken en gevolgen van het probleem. De laatste stap op strategisch niveau is het formuleren van een einddoel en de criteria waarmee het einddoel gemeten kan worden (Van Heffen et al, 1997).

Op tactisch niveau wordt als eerste een causaal model geschetst, waar de relatie tussen oorzaak en gevolg dieper wordt geanalyseerd (Bouter en Van Dongen, 2000). Vervolgens wordt overwogen met welke beleidsinstrumenten het doel gehaald kan worden. Dit is het beleidsinstrumentenmodel. De instrumenten dienen effectief en legitiem te zijn. De effectiviteit berust veelal op theorieën en niet-experimenteel onderzoek. Kennis en ervaring spelen bij de keuze van de middelen ook een rol. De volgende stap op tactisch niveau is het ontwerpen van de uitvoeringsorganisatie en het uitvoeringsproces. Ook de beleidsevaluatie wordt ontworpen. Als laatste wordt een afweging gemaakt tussen de kosten en baten en de positieve en negatieve neveneffecten. Na deze fase kan het beleidsontwerp geformuleerd worden (Van Heffen et al, 1997).

Wanneer het beleidsontwerp geformuleerd is, moet het ten uitvoering worden gebracht. Dit gebeurt op het operationele niveau. Beleid kan door de beleidsvoerende organisatie zelf worden uitgevoerd, of worden uitbesteed aan andere uitvoerende organisaties. De GGD is zo'n uitvoerende organisatie. Het is een publieke uitvoeringsorganisatie. Naast de publieke uitvoeringsorganisaties zijn tal van private organisaties actief in de gezondheidszorg. Voorbeelden zijn Tactus (verslavingszorg) en Mediant (geestelijke gezondheidszorg). Bij het ontwerpen van een uitvoeringsplan moet het beleid concreter en specifiekere worden geformuleerd. De gekozen doelen en middelen moeten operationeel worden gemaakt. De uitvoerders moeten gerekruteerd, gemobiliseerd en toegerust worden (Van Heffen et al, 1997).

2.4 Theoretische kader van dit onderzoek

In de voorgaande paragraaf is het ontwerpen van beleid besproken. In deze paragraaf wordt dit toegepast op de openbare gezondheidszorg en zal duidelijk worden welke rol de afdeling epidemiologie van de GGD hierin speelt.

Het gebruik van bewijs voor beleid

Er zijn verschillende modellen die elk op een ander manier het gebruik van bewijs uit onderzoek door beleidsmakers bij beleidsontwikkeling beschrijven (Bowen, 2005). Dat zijn de volgende modellen:

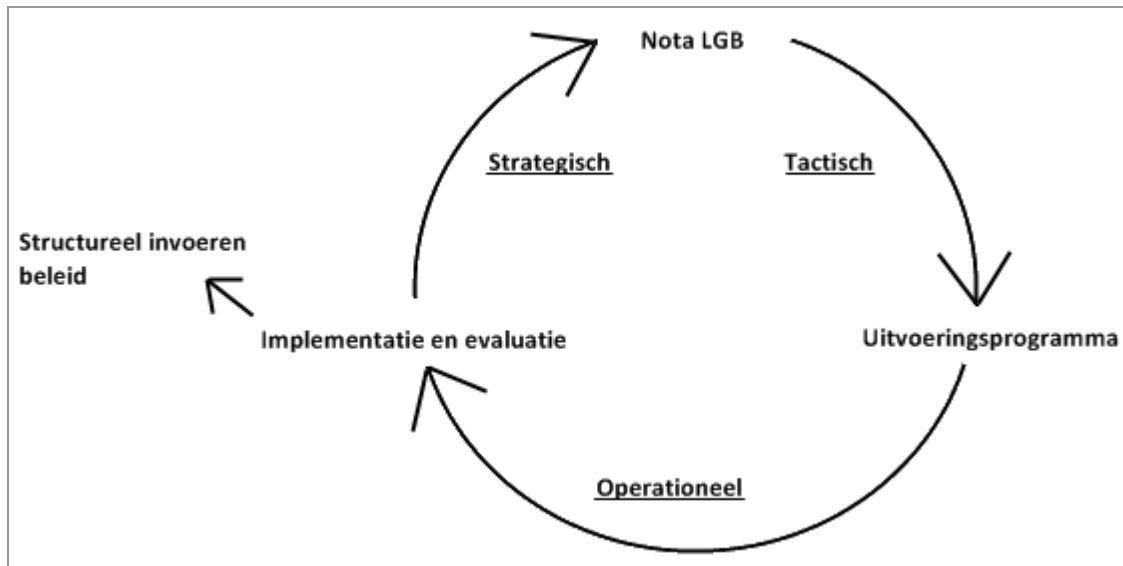
- The knowledge-driven model: met het onderzoek wordt een sociaal maatschappelijk probleem ontdekt waar beleid op wordt gemaakt;
- The problem-solving model: onderzoek wordt gebruikt om een politiek probleem op te lossen.
- The interactive model: door middel van onderzoek wordt kennis vergaard over een breed scala van onderwerpen. Onderzoek is dan een middel om kennis te vergaren. Hierna wordt beleid gemaakt aan de hand van de kennis.
- The political model: onderzoek dient als onderbouwing voor een politiek probleem, het beleid is al in ontwikkeling.
- The enlightenment model: onderzoek verandert het perspectief van de politici, de politici maken een verandering in denken door.
- The tactical model: onderzoek wordt gebruikt om juist de beslissingen die niet worden genomen te onderbouwen. De inactiviteit wordt onderbouwd. Dit wordt vaak gedaan om het proces te vertragen.

Wanneer deze modellen vanuit de GGD worden bekeken, probeert de GGD via het knowledge-driven model en het interactive model invloed uit te oefenen op de beleidsontwikkeling. De GGD verwacht van de beleidsmakers van gemeenten dat ze gegevens uit onderzoek gebruiken om beleid op te maken. Dit komt in deze twee modellen naar voren. Vanuit deze modellen is de beleidscyclus beschreven in de volgende paragraaf.

De beleidscyclus

In Twente heeft elke gemeente een Nota lokaal gezondheidsbeleid (Nota LGB) opgesteld. De Nota LGB bevat de speerpunten voor het beleid en de doelen van het beleid. Deze nota dient als eindproduct van het beleidsontwerp op strategisch niveau en als beginpunt van het ontwerpen van beleid op tactisch niveau. De beleidscyclus die hier beschreven wordt, benadert het proces vanuit de knowledge-driven model en het interactive model (Bowen, 2005).

Het model voor beleidsvorming in de publieke gezondheidszorg in de regio Twente ziet er als volgt uit:



Figuur 1: Beleidsproces in de publieke gezondheidszorg in de regio Twente

Strategisch niveau

Centraal als startpunt voor het beleidsproces staat de regionale Nota LGB. Op strategisch niveau hebben beleidsmakers van gemeenten informatie nodig over de gezondheidssituatie van burgers. De GGD levert epidemiologische gegevens op het gebied van de omvang en ernst van gezondheidsproblemen. Dit is de beschrijvende epidemiologie. Hierbij kan onderscheid worden gemaakt tussen het voorkomen van ziekten en het voorkomen van gezondheidsgedrag. De GGD levert ook epidemiologische informatie (analytisch onderzocht) over de oorzaken en gevolgen van ziekten en gezondheidsgedrag. Dit doet de GGD door risicogroepen en risicogebieden in kaart te brengen. Naar aanleiding van de epidemiologische gegevens worden doelen met bijbehorende criteria geformuleerd. Op dit niveau wordt een keuze gemaakt in het soort beleid dat gemaakt wordt. Voor specifieke ziekten is dit bijvoorbeeld het oproepen van een bepaalde doelgroep voor vaccinatie of medicatie. Het beïnvloeden van gezondheidsgedrag kan door middel van voorlichting en stimulatie om gezond gedrag te vertonen (Jansen et al, 2002).

Tactisch

Op tactisch niveau wordt een causaal model geschetst. De hoofd- en bijzaken worden van elkaar gescheiden en wordt gekeken of de associaties tussen oorzaak en gevolg niet verklaard kunnen worden door toeval of bias (Bouter en Van Dongen, 2000). Relaties worden gelegd tussen gezondheidsproblemen en achterliggende factoren en tussen gezondheidsproblemen en de sterfte aan specifieke aandoeningen. Dit gaat één stap verder dan het onderzoek naar risico's en oorzaken op strategisch niveau. Het onderzoek op tactisch niveau naar risico's, oorzaken en de relatie met het gevolg wordt niet door de GGD uitgevoerd. Een voorbeeld is de relatie tussen roken en longkanker. De GGD voert geen onderzoek uit om dit soort relaties aan te tonen, maar voert wel onderzoek uit om het aantal mensen dat rookt in een populatie te achterhalen. Naar aanleiding van deze informatie worden middelen (oplossingen) gekozen waarmee het doel bereikt wordt. Deze middelen dienen

effectief en legitiem te zijn. Effectiviteit wil in dit geval zeggen dat de interventie een positief effect heeft op het gezondheidsprobleem. De epidemiologen van de GGD voeren zelf geen onderzoek uit naar de effecten van interventies. Dit is ook heel lastig in de publieke gezondheidszorg, omdat hier sprake is van sociale interventies die het gezondheidsgedrag beïnvloeden. Op medisch gebied is het tamelijk simpel om de effectiviteit van een behandeling te achterhalen. Dit kan worden gedaan met een gerandomiseerd onderzoek, de Randomised Controlled Trials (RCT) (Bouter en Van Dongen, 2000). De effectiviteit van interventies gericht op een hele populatie is veel moeilijker te onderzoeken, omdat ook andere factoren van invloed zijn op het gedrag van mensen in een populatie. Zo kan een voorlichting over alcohol door een groep niet serieus worden genomen wanneer sprake is van groepsdruk om veel alcohol te drinken. Door deze keuze- en interactieprocessen tussen mensen is het erg moeilijk om de effectiviteit van interventies in de publieke gezondheidszorg te bepalen (Van Heffen et al, 1997). De GGD kan hier wellicht als kennismakelaar optreden tussen gemeenten en onderzoeksinstituten die onderzoek doen naar de effectiviteit van interventies gericht op gezondheidsgedrag.

Operationeel niveau en de evaluatie

Epidemiologen van de GGD zijn zelf niet zozeer bij het ontwerpen van de uitvoering en de uitvoering zelf betrokken. Wel kunnen epidemiologen worden betrokken om het gevoerde beleid te monitoren. Deze monitoring kan vervolgens gebruikt worden om beleid bij te sturen en voor de evaluatie. Het meest duidelijke is vaststellen of het gevoerde beleid de vooraf gestelde doelstellingen heeft bereikt. Dit kan aan de hand van de epidemiologische onderzoeken van de GGD, door te kijken of het voorkomen van ziekten of gezondheidsgedrag is afgenomen of niet. Daarnaast is het van belang om de (neven)effecten van het beleid in kaart te brengen. De GGD voert echter geen onderzoek uit naar de uitvoering van beleid en causale relaties bij specifieke beleidsprogramma's.

Net als het bepalen van de effectiviteit van interventies is het ook heel moeilijk om de effectiviteit van beleid vast te stellen om dezelfde redenen. Naast het beleidsproces, spelen ook maatschappelijke processen een rol. De interactie en sociale processen zijn eerder genoemd. De effectiviteit van beleid geeft aan in hoeverre effecten aan het beleid zijn toe te schrijven. Ook dient rekening te worden gehouden met neveneffecten van beleid, die soms kunnen ontstaan. Ook de legitimiteit is, net zoals bij interventies, van belang. Wanneer beleid niet door de uitvoerende of doelgroep wordt gesteund, is er een kans dat het beleid niet ver komt. Als laatste kan het project geëvalueerd worden. Een projectevaluatie richt zich op de uitvoering van het project. Is het uitgevoerd, wat ging goed, wat ging niet goed en hoe kan het bij een volgende keer beter. De ervaringen van het project worden geëvalueerd. De vraag is wie verantwoordelijk kan worden gehouden om een evaluatie naar het gevoerde beleid of een projectevaluatie uit te voeren. De epidemiologen van de GGD doen op dit moment niets meer dan het opnieuw in kaart brengen van de gezondheidssituatie van burgers en daaraan gekoppelde gezondheidsproblemen. De cyclus begint weer van voor af aan. Het gevoerde beleid wordt structureel ingevoerd, of er ontstaat ruimte om nieuw beleid te gaan ontwikkelen. Wel kunnen epidemiologen ook op dit gebied als kennismakelaars fungeren. De epidemiologen hebben de kennis over effectieve

interventies en beleid zelf niet, maar kunnen wel doorverwijzen naar anderen die de kennis wel hebben. Hetzelfde geldt voor een projectevaluatie, de epidemiologen hebben daarvoor geen uren beschikbaar.

Domeinen die de interactie tot stand brengen

De interactie tussen epidemiologen van de GGD en de beleidsmakers van de gemeenten is een belangrijke voorwaarde voor het gebruik van op epidemiologische gegevens bij de beleidsontwikkeling. Deze interactie wordt gekenmerkt door een aantal domeinen (Bon-Martens, De Goede, 2007; Bon-Martens et al, 2008). Dit zijn de domeinen verwachtingen, overdracht, acceptatie en interpretatie. In deze domeinen treden problemen op, waardoor de interactie niet optimaal is. De domeinen zijn weergegeven in de volgende figuur.



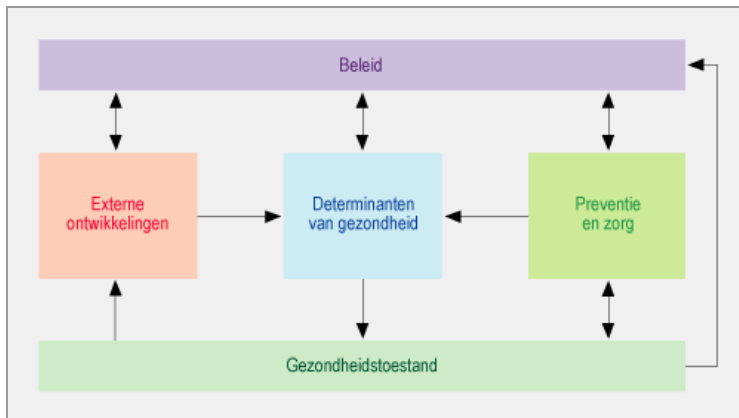
Figuur 2: Domeinen interactie GGD-epidemiologie en lokale beleidsontwikkeling.

Het domein verwachtingen is gericht op de verwachtingen die de epidemiologen en de beleidsmakers hebben van de epidemiologische gegevens en de plaats die het inneemt in de beleidsontwikkeling. Met het domein overdracht wordt puur de presentatie van de epidemiologische gegevens van de GGD naar de beleidsmakers toe bedoeld. Met de acceptatie wordt de acceptatie van de beleidsmakers bedoeld. Deze beleidsmakers bekijken of de gegevens bij de normen en waarden passen die worden gesteld. De interpretatie gaat in op de interpretatie van de epidemiologische gegevens. Hoe zijn ze te lezen en wat betekenen ze voor het nieuw te ontwikkelen beleid. Deze indeling wordt gebruikt in het literatuuronderzoek om per domein aan te geven waar de knelpunten liggen.

Werkwijze regionale Volksgezondheid Toekomst Verkenning

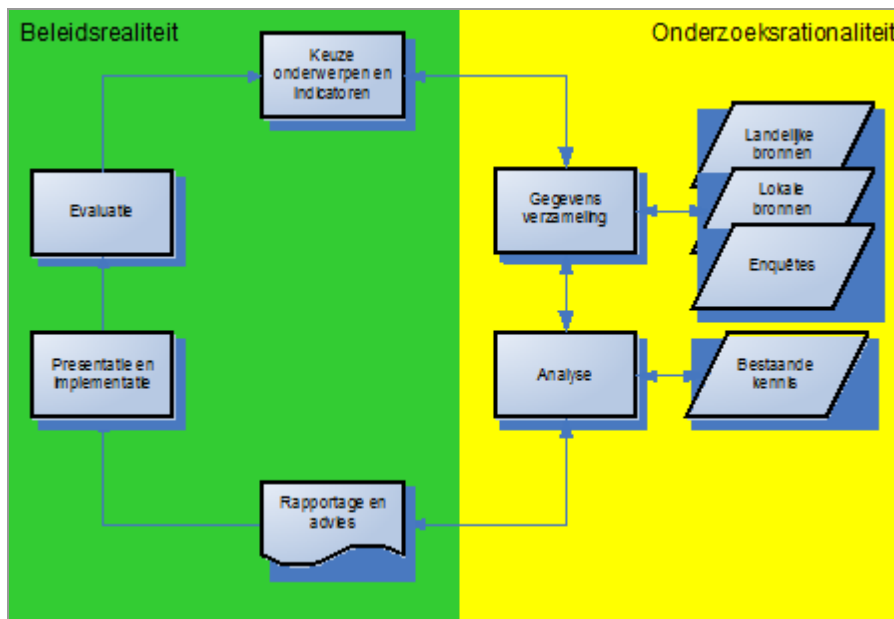
Het RIVM heeft een concept ontwikkeld om de samenwerking tussen epidemiologen en beleidsmakers vast te leggen en te verbeteren (Bon-Martens, 2008). Dit concept is onderdeel van de regionale Volksgezondheid Toekomst Verkenning. De VTV is een instrument om onder andere de koppeling tussen epidemiologie en beleid beter tot stand te laten komen. De Canadese minister Marc Lalonde ontwikkelde in 1974 een model dat de volksgezondheid centraal stelde. In dit model worden vier groepen determinanten gepresenteerd die van invloed zijn op de volksgezondheid: endogene en persoonsgebonden kenmerken, leefstijl, fysieke en sociale

omgeving en de gezondheidszorg. Bij de VTV is een model ontwikkeld die uitwerking is van het model van Lalonde:



Figuur 3: Relaties determinanten in een uitgewerkt model van de VTV, gebaseerd op het model van Lalonde (Hollander et al, 2006)

Het model geeft de relaties weer tussen de verschillende determinanten, de gezondheidstoestand en het gezondheidsbeleid. Dit model geeft structuur aan de inhoud van de VTV, die zowel kwantitatieve als kwalitatieve informatie bevat. De VTV bestaat uit geografische gezondheidsinformatie, landelijke kernboodschappen en kernboodschappen voor lokaal gezondheidsbeleid (Centrum voor Volksgezondheid Toekomst Verkenningen, 2006). In de case 'Alcoholgebruik door jongeren in de regio Twente' wordt een werkwijze gebruikt, die afgeleid is van de werkwijze van een rVTV. In een rVTV staat de samenwerking centraal tussen de epidemioloog en de ambtenaar van de gemeente (Bon-Martens, 2008). Dit is vastgelegd in een procesmodel (zie figuur 4). Samenwerking vindt plaats tussen de epidemioloog en de onderzoeker bij het vaststellen van de onderwerpkeuze, de rapportage, de implementatie en de evaluatie.



Figuur 4: Het procesmodel van de rVTV (Bon-Martens, 2008)

Dit procesmodel is de onderzoekscyclus (Bon-Martens, 2008). De gegevensverzameling en de analyse is exclusief het werkveld van de onderzoeker, in dit geval de epidemioloog van de GGD. Hiermee wordt de

wetenschappelijke kwaliteit gewaarborgd, omdat hier specifieke expertise voor nodig is. In het linkervlak, het beleidsveld, speelt het overleg tussen de epidemioloog en de beleidsmaker een grote rol. Dit is nodig om de bruikbaarheid van epidemiologische onderzoeken voor beleid te vergroten.

2.5 Het spanningsveld van de publieke gezondheidszorg vanuit de GGD

In de vorige paragraaf is de positie van de epidemiologie bij de GGD weergegeven. In deze paragraaf wordt kort ingegaan op het spanningsveld waarin de GGD zich bevindt.

Actoren in het beleidsproces

De GGD heeft te maken met verschillende actoren die elk op een eigen manier naar het beleidsproces kijken. (Jansen, De Vries, 2008). Beleidsmakers in de publieke gezondheidszorg bevinden zich tussen twee rationaliteiten in (Van Heffen et al, 1997). Aan de ene kant moet een probleem worden opgelost dat aangedragen wordt door de GGD, aan de andere kant speelt het politieke spel. Aan de ene kant dient een keuze te worden gemaakt voor de beste strategie om het probleem aan te pakken, aan de andere kant wordt een compromis gesloten of worden tegenstanders buitenspel gezet. De samenhang hiertussen is niet systematisch. Soms wordt beleid dat een probleem zou kunnen oplossen niet voldoende politiek gesteund en soms komen beleidskeuzes voort uit politiek duw en trekwerk waarbij het intellectuele denkproces wordt genegeerd. De GGD streeft ernaar om eigen plannen door de politiek te loodsen en om te zetten in beleid. De GGD denkt vanuit de eigen organisatie. De GGD moet inspelen op de factoren die de beleidsvorming beïnvloeden, om invloed te hebben op de beleidsvorming. Aan de andere kant hebben gemeenten de GGD nodig om zinnig lokaal gezondheidsbeleid te maken. De beleidsmakers van gemeenten hebben een grote invloed op de beleidsformulering, die gebaseerd is op publieke acceptatie, zichtbaarheid, urgentie en politieke aandacht. De GGD heeft meestal geen invloed op deze beleidsvorming. De GGD bevindt zich in een spanningsveld waar naast de lokale overheid ook de regionale en lokale praktijkprofessionals deel van uitmaken. (Jansen, De Vries, 2008).

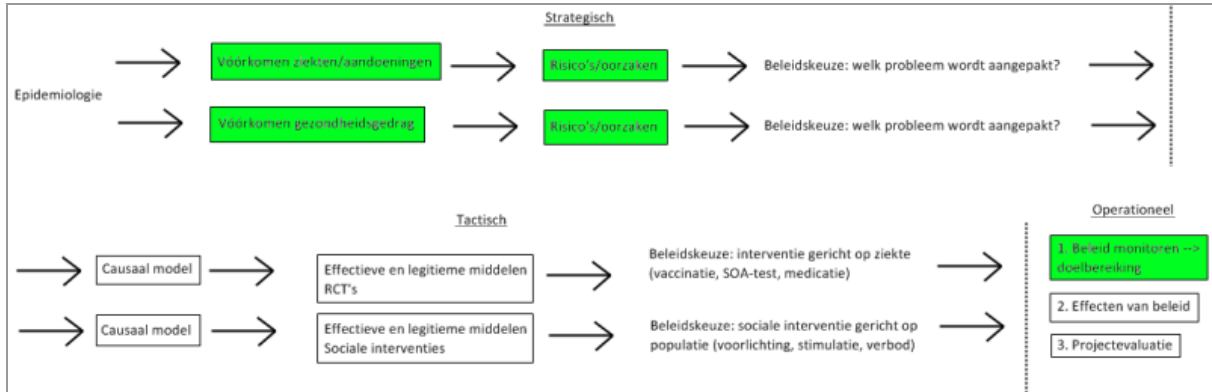
Veertien Twentse gemeenten

De GGD regio Twente is een gemeenschappelijke gezondheidsdienst voor alle veertien Twentse gemeenten. In Twente zijn drie grote steden. Dat zijn Almelo, Hengelo en Enschede. Deze grote steden hebben zelf ook onderzoeksafdelingen die een heel breed pakket aan onderzoeken hebben. Enerzijds is dat goed voor de GGD, omdat expertise en kennis kan worden uitgewisseld met deze onderzoeksafdelingen. Anderzijds moet de GGD oppassen dat het niet teveel gaat richten op de grote gemeenten. De GGD moet immers alle veertien gemeenten ondersteunen en adviseren in het gezondheidsbeleid.

Door de aanwezigheid van verschillende soorten gemeenten (steden en plattelandsgemeenten) heeft de GGD een moeilijke taak om zo objectief mogelijk advies en ondersteuning te bieden. De grote gemeenten hebben nu eenmaal meer geld en meer capaciteiten om de GGD in te schakelen of om samen te werken met de GGD. De GGD zit daarom in een heel interessant werkveld, wat heel erg dynamisch is.

2.6 Deelconclusie

De epidemiologen van de GGD leveren op een aantal momenten in de beleidscyclus verschillende soorten informatie. Uit het volgende schema wordt duidelijk op welk moment de epidemiologen welke soort informatie aanleveren:



Figuur 5: De rol van epidemiologische informatie bij de ontwikkeling van lokaal gezondheidsbeleid

In het schema is met de groene tekstkaders aangegeven waar de epidemiologische onderzoeken van de GGD informatie over leveren. De epidemiologische onderzoeken van de GGD leveren informatie over het vóórkomen van ziekten/aandoeningen en gezondheidsgedrag. Bij de GGD wordt ook gekeken naar de geografische verspreiding van de gezondheidsproblemen en de risicogroepen. De relatie tussen gezondheidsproblemen en achterliggende factoren en de relaties tussen gezondheidsprobleem en sterfte worden niet door de GGD onderzocht. Op operationeel niveau wordt het beleid gemonitord. Bij de witte tekstkaders is ook informatie nodig, echter dit leveren de epidemiologische onderzoeken van de GGD niet. Deze informatie dient elders verkregen te worden. Hierbij kan de GGD als kennismakelaar optreden. Bij het vóórkomen van ziekten moeten andere beleidsinstrumenten worden gebruikt om eventuele problemen op te lossen dan bij het vóórkomen van gezondheidsgedrag (Jansen et al, 2002).

3. Literatuuronderzoek

De GGD heeft met een dynamisch beleidsproces te maken, waarin de actoren verschillende verwachtingen en doelen hebben. Dit literatuuronderzoek is uitgevoerd om erachter te komen welke problemen de koppeling tussen GGD-epidemiologie en beleid in de openbare gezondheidszorg bemoeilijken en welke succesfactoren bekend zijn uit evaluaties van de regionale VTV. De resultaten zijn opgebouwd aan de hand van de domeinen verwachtingen, overdracht, acceptatie en interpretatie.

3.1 Methoden

De methoden van het literatuuronderzoek zijn gebaseerd op de richtlijnen 'Literature Review; a few tips conducting it' van Dena Taylor, director of Health Sciences Writing Centre van de Universiteit van Toronto (Taylor et al, 2009).

Onderzoeksvragen:

1. *Waardoor maken beleidsmakers van gemeenten bij de vorming van lokaal gezondheidsbeleid te weinig gebruik van epidemiologische gegevens van de GGD?*
2. *Welke succesfactoren zijn bekend uit de landelijke en regionale VTV's voor het beter benutten van epidemiologische gegevens van de GGD voor de vorming van lokaal gezondheidsbeleid?*

Zoekstrategie: Er wordt gebruik gemaakt van artikelen of presentaties die ofwel een wetenschappelijk insteek hebben, of die zijn geschreven/gehouden met als doel advisering aan overheden (GGD, gemeenten of landelijke overheid). Ook worden politieke documenten van overheden geraadpleegd. Wetenschappelijke artikelen moeten ingaan op de epidemiologie of het beleid in de openbare gezondheidszorg. Om verder te kijken dan Nederland, is het van belang om ook een aantal buitenlandse artikelen mee te nemen in het onderzoek. De artikelen moeten relevant zijn met het oog op de onderzoeksvraag van dit literatuuronderzoek.

Er wordt gezocht naar artikelen in de volgende databases:

Google Scholar

GGD Kennisnet

Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen

Database van het RIVM

De volgende zoektermen worden zowel in het Nederlands als in het Engels gebruikt (of een combinatie hiervan):

- Linkage policy and epidemiology;
- Policy and Epidemiology on a regional level;
- Role of epidemiology in public health policy;

- Social determinants and public health policy;
- Epidemiology and public health;
- Determinants of health and policy;
- Evidence-based public health policy;
- Research utilization in public health;

Wanneer nieuwe artikelen geen nieuwe problemen aandragen, wordt gestopt met zoeken naar literatuur. De zoekstrategie heeft 35 relevante artikelen opgeleverd, 26 gingen over evidence-based beleid in het algemeen of in de openbare gezondheidszorg (met nummer 1 gemarkeerd bij de referenties) . Negen artikelen gingen specifiek over de regionale VTV (met nummer 2 gemarkeerd bij de referenties).

3.2 Resultaten

1. Waardoor maken beleidsmakers van gemeenten bij de vorming van lokaal gezondheidsbeleid te weinig gebruik van epidemiologische gegevens van de GGD?

Er treden problemen op in de domeinen verwachtingen, overdracht, acceptatie en interpretatie:

Verwachtingen	Overdracht	Acceptatie	Interpretatie
Gemeenten hebben geen inzicht in de epidemiologische capaciteiten/mogelijkheden van de GGD (Van Oers, 2008)	Epidemiologische kennis wordt niet op het juiste moment aangeboden (Van Egmond, 2007)	De vertaalslag naar beleid ontbreekt (Bon-Martens, 2008; Kammen, 2007)	Epidemiologische gegevens bevatten vaak veel cijfers en eromheen moeilijk taalgebruik (Jansen & Van de Goor, 2008)
Gemeenten verwachten meer van de GGD dan alleen epidemiologische cijfers (Van Oers, 2008)	Verschillende soorten informatie nodig op verschillende momenten in de beleidscyclus (Bowen, 2005)	Huidige informatie is versnipperd over doelgroepen, geografische gebieden en tijd (Bon-Martens, 2008 ; Van Oers, 2008)	Bij politieke besluitvorming spelen naast epidemiologische gegevens ook andere factoren een rol, zoals toeval, timing, macht en competitie (Bon-Martens, 2008)
Beleidsmakers verwachten informatie over een probleem waar wat meegegaan kan worden (Donker, 2006)	Gemeenteambtenaren nemen de tijd niet om gegevens op te zoeken (Jansen, 2008)	Geen standaardisatie in vraagstellingen onderzoek (Bon-Martens, 2008; Van Oers, 2008)	Onvoldoende aanknopingspunten voor concrete actieplannen om wat aan gezondheidsproblemen te doen (Van Oers, 2008)
	Onbekend waar de gegevens te vinden zijn (Geelhoed, 2007)	Verschillende definities voor evidence-based werken worden gebruikt (Van Oers, 2008; Gorissen, 2005; Jansen & Van de Goor, 2008)	Wetenschappelijke kennis is vaak technocratisch, ondemocratisch en onduidelijk voor beleidsmakers (Van Egmond, 2007)
	Epidemiologen (onderzoekers) en beleidsmakers hebben een verschillende werkcyclus (Geelhoed, 2007)	De epidemiologische gegevens zijn niet actueel genoeg voor de beleidsmakers (Bon-Martens, 2007)	Beleidsmakers hebben een geconstrueerde werkelijkheid, verborgen agenda's en uiteenlopende belangen, vooroordelen en politiek inzicht (Van Egmond, 2007)

Tabel 1: Factoren die de koppeling tussen GGD-epidemiologie en het lokaal gezondheidbeleid belemmeren, per domein.

Naast deze knelpunten die in de verschillende domeinen optreden wordt de koppeling mede bemoeilijkt door de verschillende kenmerken van de onderzoekers, in dit geval de GGD-epidemiologen, en de beleidsmakers (Morrison, 2005). Deze staan recht tegenover elkaar:

Onderzoeker (epidemioloog GGD)	Beleidsmaker (ambtenaar gemeente)
Meer kennis over minder onderwerpen – Expert	Publieke steun - probleemoplosser
Kwaliteit belangrijker dan tijd	Tijd belangrijker dan kwaliteit
Uitgangspunt eerder onderzoek	Uitgangspunt eerder gevoerd beleid
Moeite met simpele uitleg onderzoek	Behoefte aan simpele uitleg onderzoek
Conclusie vermijdend	Behoefte aan conclusies
Willen onderzoek leidend laten zijn voor beleidskeuzes	Gebruiken onderzoek om keuzes te onderbouwen (selectief in keuze gebruik onderzoek)

Tabel 2: De verschillen in karakter, de epidemioloog en de beleidsmaker

Deze verschillen in karakter zijn mede de oorzaak van de problemen die ontstaan in de domeinen verwachtingen, overdracht, acceptatie en interpretatie uit tabel 1.

2. Welke succesfactoren zijn bekend uit de landelijke en regionale VTV's voor het beter benutten van epidemiologische gegevens van de GGD voor de vorming van lokaal gezondheidsbeleid?

De Volksgezondheid Toekomst Verkenning is op landelijk niveau ingevoerd. In 2006 was de top-10 van de aandoeningen die in de VTV werden beschreven (10 ziekten met de meeste DALY's) uitgangspunt voor de 5 speerpunten van het nationale volksgezondheidsbeleid. De 5 speerpunten zijn opgenomen in de nota van het Ministerie van Volksgezondheid en Sport in 2006: 'Kiezen voor gezond leven'. Door de Wet PG is ook de landelijke overheid verplicht om de nota te baseren op bewijs (Van Oers, 2009). De VTV is ook in een aantal regio's op regionaal niveau ontwikkeld. Daaruit is een aantal succesfactoren naar voren gekomen die de koppeling tussen onderzoek en beleid vergemakkelijken. In de volgende tabel staan de succesfactoren per domein.

Verwachtingen	Overdracht	Acceptatie	Interpretatie
Er wordt samengewerkt bij de producten met ambtenaren via beleidadviescommissies. Door de samenwerking komen de partijen nader tot elkaar en worden de verwachtingen aan elkaar afgestemd	De rVTV presenteert gegevens via een website. Op de website kunnen gegevens worden gepresenteerd in de vorm van kaarten, diagrammen en tabellen. Door deze presentatie zijn de gegevens beter te interpreteren en toegankelijker	Op de website staan naast een overzicht van de belangrijkste landelijke en regionale cijfers, de beleidsopties voor gemeenten, effectieve en aanbevolen interventies en het huidige regionale aanbod voor interventies	Bij de presentatie van de gegevens wordt ingezet op een samenvattend rapport, samenvattend wil zeggen dat er al een selectie aan vooraf is gegaan met een integrale analyse. Indicatoren die hierbij gebruikt zijn komen uit het conceptuele model van de VTV. Dit helpt de gemeenten al bij het reduceren van gegevens
	Website is gekoppeld aan het nationaalkompas en aan de QUI-databank van het NIGZ. Hierdoor is het mogelijk om te vergelijken tussen regio's en tussen verschillende interventiemogelijkheden	rVTV is een rapportage met lokale, regionale én landelijke informatie over volksgezondheid en zorg, hierdoor is het voor gemeenten mogelijk om beter afgewogen prioriteiten te stellen in het lokale gezondheidsbeleid. Dit gaat de versnippering tegen en is goed voor de vergelijking!	In de kernboodschappen wordt betekenis gegeven aan de belangrijkste conclusies voor regionaal en lokaal gezondheidsbeleid. Hieruit worden de nota's opgesteld.

Tabel 3: Succesfactoren regionale VTV die de koppeling tussen epidemiologie en lokaal gezondheidsbeleid kunnen bevorderen (Bon-Martens, 2008 ; Van Oers & Verkleij, 2007)

De meeste winst kan geboekt worden in de samenwerking bij het onderzoek en de beleidsontwikkeling. Daardoor worden de verwachtingen op elkaar afgestemd zal de overdracht, acceptatie en interpretatie van de epidemiologische gegevens ook gemakkelijker gaan.

3.3 Deelconclusie

Twee typen problemen treden op. Het eerste probleem is dat de gegevens uit epidemiologische onderzoeken van de GGD te weinig worden gebruikt door beleidsmakers van gemeenten. Dit probleem wordt veroorzaakt door problemen tijdens de overdracht, acceptatie en interpretatie. Het tweede type probleem is de veranderde informatiebehoefte van beleidsmakers van gemeenten. De oorzaken hiervoor liggen in het domein verwachtingen. De beleidsmakers hebben geen inzicht hebben in de epidemiologische capaciteiten van de GGD. Door het ontbreken van dit inzicht weten gemeenten niet goed wat ze kunnen vragen en verwachten van de GGD. De informatiebehoefte van beleidsmakers is groter dan de GGD aan informatie kan leveren uit epidemiologische onderzoeken. Dit is een gevolg dat wellicht toe te schrijven is aan het ontbreken van inzicht in de epidemiologisch capaciteiten van de GGD. Beleidsmakers verwachten informatie over gezondheidsproblemen waar ook beleid op gemaakt kan worden. Dit betekent dat eigenlijk door de GGD al een selectie van gezondheidsproblemen gemaakt moet worden, waar oplossingen voor zijn. De kenmerken van de verschillende actoren zijn moeilijk te veranderen, al kunnen de actoren wel dichter tot elkaar komen tijdens een intensieve samenwerking. De koppeling kan alleen succesvol plaatsvinden op het moment dat beide kanten er gezamenlijk aan werken. Dat blijkt ook uit de succesfactoren die de rVTV laat zien. Door de samenwerking komen de beide partijen nader tot elkaar, waarna de overdracht, acceptatie en interpretatie van de gegevens makkelijker wordt gemaakt. Zo kan bij een verbeterde samenwerking afgestemd worden welke

soort informatie op welk moment gewenst is en of de GGD de informatie kan leveren. Is dit niet het geval dan kan de GGD aangeven waar de informatie te vinden is. Het afstemmen van elkaars werkcyclus op elkaar is een eerste stap in de samenwerking. Door samen te werken wordt ook het draagvlak van de gegevens vergroot, wat ten goede komt aan de acceptatie en interpretatie. Een ander belangrijk punt waar aandacht voor moet komen is de standaardisatie in gegevens, dit zorgt ervoor dat vergeleken kan worden tussen geografische gebieden, aggregatieniveau en tijd.

4. Kwalitatief onderzoek

Aan de hand van het literatuuronderzoek is een vragenlijst opgesteld die als leidraad dient in het kwalitatieve onderzoek (zie bijlage 1). Naast het kwalitatieve onderzoek is ook een vragenlijst opgesteld die via internet is verstuurd en ingevuld (zie bijlage 2). Het doel van het kwalitatief onderzoek is om een scherper inzicht te krijgen in de informatiebehoefte van beleidsmakers en hoe de overdracht, acceptatie en interpretatie verbeterd kan worden. Dit hoofdstuk behandelt de methodologie, de resultaten en de conclusie van dit deel van het onderzoek.

4.1 Methoden

Stakeholder analyse

Definitie stakeholder: "Elke groep of persoon die de doelbereiking van een bepaalde organisatie kan beïnvloeden of door die doelbereiking van de organisatie zelf beïnvloed wordt." (Freeman, 1984).

Een stakeholder analyse is een benadering om kennis te genereren over actoren en organisaties. Het geeft inzicht in de gedragingen, de intenties en de interesses van de verschillende stakeholders. (Varvasovszky & Brugha, 2000) De stakeholder analyse zal gebruikt worden de juiste stakeholders te vinden die informatie kunnen verschaffen over het doel van het onderzoek. De stakeholder analyse vindt plaats op lokaal en regionaal niveau in Twente.

Een eerste inventarisatie van de actoren van lokaal gezondheidsbeleid is gebaseerd op het onderzoek van Jansen en Van de Goor (2008). In dit onderzoek wordt een model opgesteld met actoren op verschillende systeemniveaus. Op het bestuurlijke niveau zitten de raadsleden, burgemeesters, wethouders, GGD bestuursleden en bestuursleden van de universiteit. Op het institutionele niveau zitten de managers van gemeentelijke instellingen, GGD'en en onderzoeksscholen. Op individueel niveau zitten de ambtenaren, praktijkprofessionals en onderzoekers. De actoren uit deze drie niveaus moeten samenwerken om de kloof tussen wetenschap, praktijk en beleid te verkleinen. Er wordt getracht op alle drie de niveaus personen te betrekken in het onderzoek.

Door middel van het bijwonen van vergaderingen van de GGD stafafdeling en het staf-stafoverleg wordt inzicht verkregen in de organisatie van de GGD. De stafafdeling van de GGD bestaat uit epidemiologen, beleidsmedewerkers en gezondheidsbevorderaars. Bij het staf-stafoverleg voegt de staf van Jeugdgezondheidszorg zich bij de stafafdeling. Er worden gesprekken gevoerd met een aantal beleidsmedewerkers en relatiebeheerders van de GGD Regio Twente om inzicht te krijgen in het beleidsproces in de publieke gezondheidszorg in Twente. Vanuit deze praktijk kunnen de experts van de verschillende niveaus worden geselecteerd.

De experts (stakeholders) worden breed geselecteerd. Omdat het onderzoek zich richt op de koppeling tussen de GGD en gemeenten, moeten van beide kanten mensen worden geïnterviewd. Twente bestaat uit 14 gemeenten, zowel plattelandsgemeenten als stedelijke gemeenten. De volgende profielen van experts moeten worden ingevuld:

- Hoofd stafafdeling GGD Regio Twente
- Beleidsmedewerker stafafdeling GGD Regio Twente
- Beleidsmedewerker Jeugdgezondheidszorg GGD Regio Twente
- Epidemioloog GGD Regio Twente
- Gemeenteambtenaar Openbare Gezondheidszorg
- Gemeenteambtenaar Jeugdgezondheidszorg
- Gemeenteambtenaar Beleidsonderzoek

Zowel gemeenteambtenaren van de plattelandsgemeenten als de steden moeten betrokken worden in het kwalitatieve onderzoek. Om een stakeholder vanuit de wetenschap te betrekken in het onderzoek zal ook contact worden gezocht met een Universitair docent Beleidswetenschap van de Universiteit Twente.

Personen uit het bestuurlijk niveau worden op het laatst bij het onderzoek betrokken door middel van het ambtelijk overleg. Dit is een overleg waarin van elke gemeente een wethouder zitting neemt, evenals bestuurders van de GGD Regio Twente. Het ambtelijk overleg is een besloten vergadering, het onderzoek wordt erin betrokken door middel van een memo die over de ontwikkeling van de rVTV gaat. Voor de ontwikkeling van de memo zal het literatuuronderzoek en het kwalitatieve onderzoek gebruikt worden. Ook zal voor het opstellen van de memo een gesprek worden gevoerd met een projectleider van de rVTV van het RIVM.

Procedure interviews

De experts werden via de mail benaderd om mee te doen voor een onderzoek in het kader van de regionale VTV. Op het moment dat deze mail positief beantwoord werd, is meteen telefonisch een afspraak gemaakt. De interviews met de gemeenteambtenaren hebben plaatsgevonden bij de gemeenten. De gesprekken met de medewerkers van de GGD Regio Twente hebben bij de GGD plaatsgevonden. Deze gesprekken waren met meerdere personen tegelijk. De interviews zijn voorbereid en uitgevoerd door drie onderzoekers. Door deze triangulatie in onderzoek is bias voorkomen. De gesprekken zijn zo van meerdere kanten bekeken, waardoor de betrouwbaarheid is verhoogd. Het kwalitatieve onderzoek is gebaseerd op de Grounded Theory (Dick, 2005; Ten Have, 1999). Het idee achter de Grounded Theory is om het kwalitatieve onderzoek structuur te geven, zodat onderzoekers weloverwogen kwalitatief onderzoek kunnen uitvoeren en het ook beter leren. Een grounded theory wordt verkregen uit inductief onderzoek. De theorie wordt ontdekt tijdens het kwalitatief onderzoek en steeds verder ontwikkeld en aangescherpt naarmate het onderzoek vordert. Op elk moment in het onderzoek wordt de theorie beïnvloedt door de analyse van de gevonden data. Door deze manier van onderzoeken heeft elk interview een ander karakter. Het tweede interview is een vervolg van het eerste

interview. Na een aantal interviews kwam er geen nieuwe informatie meer bij, die een verandering in de theorie teweeg zou kunnen brengen. De begrippen waren op dat moment verzadigd.

Respondenten interviews

Vanwege de privacy zijn de namen van de geïnterviewden weggelaten uit het onderzoek. Deze zijn bij de auteur wel bekend. De volgende personen zijn in het kader van dit onderzoek geïnterviewd:

Functie	Instelling/werkgever	Actief in het werkveld
Ambtenaar	Gemeente Hengelo	Jeugdgezondheidszorg/Wet maatschappelijke ondersteuning
Ambtenaar	Gemeente Hengelo	Openbare gezondheidszorg
Onderzoeker	Gemeente Hengelo	Beleidsonderzoek en geo-informatie
Universitair docent	Universiteit Twente	Beleid & wetenschap
Projectleider	Centrum voor Volksgezondheid Toekomst Verkenning, RIVM	Regionale Volksgezondheid Toekomst Verkenning
Manager	GGD Regio Twente	Epidemiologie, gezondheidsbevordering en beleid
Beleidsmedewerker	GGD Regio Twente	Stafafdeling GGD
Beleidsmedewerker	GGD Regio Twente	Jeugdgezondheidszorg
Functionaris	GGD Regio Twente	Gezondheidsvoorlichting
Beleidsmedewerker	GGD Regio Twente	Relatiebeheer gemeenten
Procesbegeleider	GGD Regio Twente	Stafafdeling GGD
Junior Epidemioloog	GGD Regio Twente	Epidemiologie
Senior Epidemioloog	GGD Regio Twente	Epidemiologie

Tabel 4: De respondenten van de interviews

Analyses

Direct na elk interview werden de bevindingen van de verschillende onderzoekers opgeschreven en doorgesproken met elkaar. De interviews zijn met een bandrecorder opgenomen, waardoor onduidelijke passages nog eens terug kunnen worden geluisterd. Na het interview zijn de antwoorden direct in een kader geplaatst. Dit maakt het duidelijk en het is makkelijk om de aantekeningen later te kunnen interpreteren. Ook zijn na een interview direct nieuwe vragen geformuleerd, die in een volgend interview opgenomen kunnen worden.

Procedure vragenlijst

Naast de interviews is ook een vragenlijst via internet uitgezet (zie bijlage 2). Dit is gedaan om het aantal ambtenaren van (kleine) gemeenten in het onderzoek te vergroten. De vragenlijst is gebaseerd op de vragenlijst zoals die gebruikt is bij de interviews. Na een gesprek met een sleutelfiguur binnen de GGD is gekozen om alle ambtenaren van Openbare Gezondheidszorg en Jeugdgezondheidszorg in de regio Twente te benaderen via de mail. Ook zijn ambtenaren benaderd die zich bezig houden met alcoholpreventie. Dit is gedaan in het kader van de case 'Alcoholgebruik door jongeren in de regio Twente'. De vragenlijst bevat hier ook vragen over, met name om de informatiebehoefte te peilen onder de ambtenaren. De vragenlijst is opgesteld met ThesisTools, een internetapplicatie. De link van de vragenlijst werd aan de mail toegevoegd. Na een week is een herinnering verstuurd naar de ambtenaren.

Respondenten vragenlijst

De vragenlijst is naar 43 personen opgestuurd. Uiteindelijk hebben 10 personen de vragenlijst ingevuld. De respons was 23%. De gemeenteambtenaren die wel hebben gereageerd werken voor de volgende gemeenten:

Gemeente	Actief in het werkveld
Twenterand	Openbare gezondheidszorg,, Jeugdgezondheidszorg
Hengelo	Openbare gezondheidszorg
Tubbergen	Alcoholpreventie, Sport
Hof van Twente	Lokaal onderwijsbeleid
Enschede	Openbare gezondheidszorg, Alcoholpreventie
Oldenzaal	Alcoholpreventie
Hellendoorn	Openbare gezondheidszorg, Jeugdgezondheidszorg, Alcoholpreventie
Dinkelland	Jeugdgezondheidszorg, Alcoholpreventie, Lokaal onderwijsbeleid
Oldenzaal	Openbare gezondheidszorg
Rijssen-Holten	Openbare gezondheidszorg, Jeugdgezondheidszorg, Alcoholpreventie

Tabel 5: gemeente en werkveld van de respondenten die de vragenlijst hebben ingevuld

De ambtenaren hebben gemiddeld vier jaar werkervaring in de publieke gezondheidszorg. Alle respondenten hebben hoger onderwijs of wetenschappelijk onderwijs genoten.

Analyses

De resultaten zijn online op te vragen. Omdat het aantal personen dat de vragenlijst heeft ingevuld niet hoog is, zijn de resultaten niet statistisch geanalyseerd. Uit de antwoorden van de respondenten zijn conclusies getrokken. De resultaten zijn beschrijvend geanalyseerd.

4.2 Resultaten

3. Wat is de informatiebehoefte van beleidsmakers van gemeenten in de regio Twente bij het vormen van lokaal gezondheidsbeleid?

Door de invoering van de wet WMO en de verscherping van de WCPV in de wet PG, is de informatiebehoefte van beleidsmakers veranderd. Die verandering is in kaart gebracht in de volgende tabel, waar per niveau van de beleidscyclus (strategisch, tactisch en operationeel) is aangegeven waar behoefte aan is.

Strategisch niveau	Tactisch niveau	Operationeel niveau
Inzicht in de bevolkingsgeografie van Twente N=3	Inzicht in het aanbod van interventies N=15	Inzicht in het bereiken van de doelstellingen van het beleid N=4
Inzicht in de gezondheidssituatie van Twentse burger, de omvang en ernst van gezondheidsproblemen N=12	Inzicht in de effectiviteit van deze interventies N=4	Inzicht in de effecten en neveneffecten van beleid N=6
Informatie over de oorzaken en gevolgen van gezondheidsproblemen N=11		

Tabel 6: informatiebehoefte beleidsmakers gemeenten per niveau in de beleidscyclus

De punten die genoemd worden in bovenstaande tabel kunnen nog verder uitgediept worden. Zo geven de beleidsmakers van gemeenten aan naast de lichamelijk en psychische gezondheidssituatie ook inzicht te willen hebben in de sociale gezondheidssituatie (relaties) van burgers. Om de gezondheidssituatie beter in kaart te brengen is behoefte aan de informatie over de omvang, prognoses/trends, oorzaken, risicogroepen, risicogebieden en de relatie met andere gezondheidsproblemen en risicofactoren van gezondheidsproblemen. De beleidsmakers geven aan dat ze de informatie op verschillende aggregatieniveaus willen hebben. Zowel op regionaal, lokaal en op wijk of buurt niveau. Naast deze informatie die goed kan worden gebruikt op strategisch niveau is de verandering in de informatiebehoefte zichtbaar op tactisch en operationeel niveau. Op tactisch niveau willen de beleidsmakers informatie over praktische oplossingen en de effectiviteit hiervan. Op operationeel niveau is het van belang om inzicht te krijgen in de effecten van het gevoerde beleid. Het liefst zo vroeg mogelijk, zodat het beleid bijgestuurd kan worden. De epidemiologen dienen vooraf een selectie te maken welke informatie van belang is voor beleidsmakers van gemeenten. Deze willen alleen informatie over gezondheidsproblemen waar ook daadwerkelijk wat aan gedaan kan worden. De praktische oplossingen dienen vervolgens legitiem te zijn. Naast deze informatie op de verschillende niveaus, hebben beleidsmakers van de gemeente behoefte aan informatie over milieu en omgeving (N=6) en de zorgbehoefte (N=5) en het zorggebruik (N=7). Dit komt voort uit de invoering van de WMO (MinVWS, WMO, 2009).

Gebruik epidemiologische gegevens van de GGD

De beleidsmakers gebruiken de gegevens vooral voor het kiezen van prioriteiten voor de politieke agenda en beleidskeuzes (N=8) en het onderbouwen van beleidskeuzes (N=10). Ook worden de gegevens van de GGD gebruikt voor het vaststellen van het effect van beleid (N=5) en de beantwoording van een vraag in de waan van de dag (N=5).

4. Hoe kan de GGD Regio Twente gegevens uit epidemiologisch onderzoek het beste presenteren aan beleidsmakers van gemeenten in de regio Twente?

De presentatie van de epidemiologische gegevens kunnen op verschillende manieren aangeboden worden aan de beleidsmakers van gemeenten. De beleidsmakers geven aan dat de combinatie van een gedrukt rapport, een website en een presentatie of adviesgesprek de beste methode is (N=6). Het liefst zouden ze gelijktijdig met de epidemiologische gegevens informatie willen hebben over de effectieve praktische oplossingen. De gegevens uit epidemiologische onderzoeken dienen zo gepresenteerd te worden dat ze makkelijk geïnterpreteerd kunnen worden en dat beleidsmakers ze ook accepteren. Dat laatste kan bewerkstelligd worden door de gegevens te vertalen naar beleid. De experts geven aan dat het van belang is dat epidemiologisch onderzoek van de GGD en de rapportage ervan aan de volgende criteria voldoet:

- Compleet (N=4);
- Betrouwbaar (N=3);
- Vraaggericht (N=5);
- Vergelijkbaar in tijd en aggregatieniveau (N=4);
- Toegankelijk (N=5);
- Actueel (N=7);
- Structureel (N=3);
- Regionale en lokale inkleuring (N=3);
- Beleidsadvisering/ondersteuning (N=13);
- Duidelijk taalgebruik (N=7).

Door vast te houden aan de criteria zal de presentatie van de epidemiologische gegevens aan beleidsmakers worden verbeterd. Ook zal de acceptatie en interpretatie van de epidemiologische gegevens verbeteren.

4.3 Deelconclusie

Informatiebehoefte

Naast de epidemiologische gegevens die nodig zijn op strategisch niveau, is informatie nodig op tactisch niveau over het aanbod van interventies. Ook is behoefte aan informatie over de effectiviteit van deze interventies. Dit valt buiten het epidemiologisch onderzoek. Op operationeel niveau is behoefte aan informatie over het bereiken van de doelstellingen van het beleid en de (neven)effecten van beleid. Het bereiken van de doelstellingen van beleid kan gemeten worden aan de hand van het herhalen van epidemiologisch onderzoek in dezelfde doelgroep. Echter valt onderzoek naar de effecten van beleid weer buiten de epidemiologie. Naast deze informatiebehoefte is behoefte aan informatie over onder andere vergrijzing en zorgbehoefte. Dit komt voor uit de wet maatschappelijke ondersteuning, waar de gemeenten toe verplicht zijn. Beleidsmakers gebruiken de epidemiologische gegevens voor het kiezen van prioriteiten voor de politieke agenda en het onderbouwen van beleidskeuzes. Daarnaast is bij de beleidsmakers behoefte om gegevens van de GGD te

gebruiken voor problemen die ontstaan in de waan van de dag. Dan gebruiken ze de gegevens vooral om problemen die op de een of andere manier in het nieuws komen te onderbouwen of juist te ontkrachten.

Presentatie

De overdracht, acceptatie en interpretatie kan verbeterd worden door een intensievere samenwerking tussen epidemiologen en beleidsmakers van gemeenten. Dat blijkt uit het literatuuronderzoek. Uit het kwalitatief onderzoek komt naar voren dat de overdracht van gegevens, de presentatie van de resultaten op verschillende manieren gedaan kan worden. Zo kan een gedrukt rapport gemaakt worden, kan een website opgezet worden of kan een mondelinge presentatie worden gegeven. De beste optie is om een combinatie hiervan aan te bieden. Door zowel een gedrukt rapport te geven, een website aan te bieden en het mondeling toe te lichten wordt de toegankelijkheid erg vergroot. Omdat verschillende actoren gebruik moeten maken van de gegevens moet het ook verschillend worden gepresenteerd. Het vertalen van de gegevens naar beleid is daarnaast van belang om de acceptatie te vergroten bij beleidsmakers. Vanuit de experts zijn een aantal criteria geformuleerd waaraan goede epidemiologische onderzoeken moeten voldoen.

5. Case: alcoholgebruik door jongeren in de regio Twente

In de achtergrond wordt een visie besproken die ingaat op het complete beleidsproces, van onderzoek naar beleid en praktijk. De volgende case, het alcoholgebruik door jongeren in de regio Twente gaat specifiek in op de koppeling tussen epidemiologie en beleid in de publieke gezondheidszorg. De werkwijze die gebruikt is, komt overeen met de werkwijze zoals die bij een rVTV wordt gehanteerd (zie achtergrond). Hier is de werkwijze echter nog wat meer uitgediept. De case is een voorbeeld van een verdiepende analyse van een speerpunt in het beleid, in dit geval alcohol. Wanneer we terug gaan naar de cyclus van het beleidsproces zit dit op het strategisch en tactische niveau. De opdrachtgever wil meer epidemiologische informatie over het alcoholgebruik door jongeren. Dit om nieuwe speerpunten voor beleid te ontdekken. Tegelijkertijd wordt de rapportage gebruikt om te kijken of bestaand beleid gehandhaafd of aangepast dient te worden. De vraag die in dit hoofdstuk centraal staat is:

5. Is de werkwijze van de regionale VTV bruikbaar om epidemiologische gegevens van de GGD beter te benutten voor lokaal gezondheidsbeleid?

Happy Fris

Vanuit de stuurgroep 'Happy Fris', een stuurgroep bestaande uit verschillende stakeholders (Tactus, Openbaar Ministerie, Politie, Horeca, Sportraad Overijssel, GGD Regio Twente, Voedsel en Waren Autoriteit en de 14 Twentse gemeenten) op het gebied van alcoholpreventie, en de GGD Regio Twente ligt de opdracht om de gegevens over het alcoholgebruik door jongeren te onderzoeken op nieuwe trends en het kwantificeren van relevante ontwikkelingen (omvang verschillende doelgroepen en omvang gedragingen). Het project 'Happy Fris' is een initiatief van het Regionaal College, bestaande uit de 14 burgemeesters uit de regio Twente. Het doel van het project is in eerste instantie om de maatschappelijke overlast van drinkende jongeren terug te dringen. De rapportage is een voorbeeld van een epidemiologisch onderzoek op het strategische en tactische niveau. Alcoholpreventie is al een beleidspunt, toch waren de bestuurders geïnteresseerd in een verdiepende analyse van de gegevens om te kijken of er nieuwe ideeën voor beleid te ontdekken zijn. Ook kan de rapportage gebruikt worden om lopend beleid te onderbouwen of aan te passen. Dit zit op operationeel niveau.

E-MOVO

De GGD regio Twente voert om de vier jaar een grootschalig onderzoek uit naar de gezondheidssituatie van jongeren. Dit onderzoek (E-MOVO, elektronische monitoring en voorlichting) wordt gehouden onder scholieren in de 2^e en 4^e klas van het regulier middelbaar voortgezet onderwijs. De scholieren vullen een vragenlijst op school in via het internet. De vragenlijst bestaat uit een aantal onderdelen, zoals beweging, voeding, alcohol, roken, drugs, psychosociale gezondheid en seksualiteit. Vanuit deze vragenlijst worden de gegevens over alcohol geanalyseerd om aan de opdracht van 'Happy Fris' te voldoen.

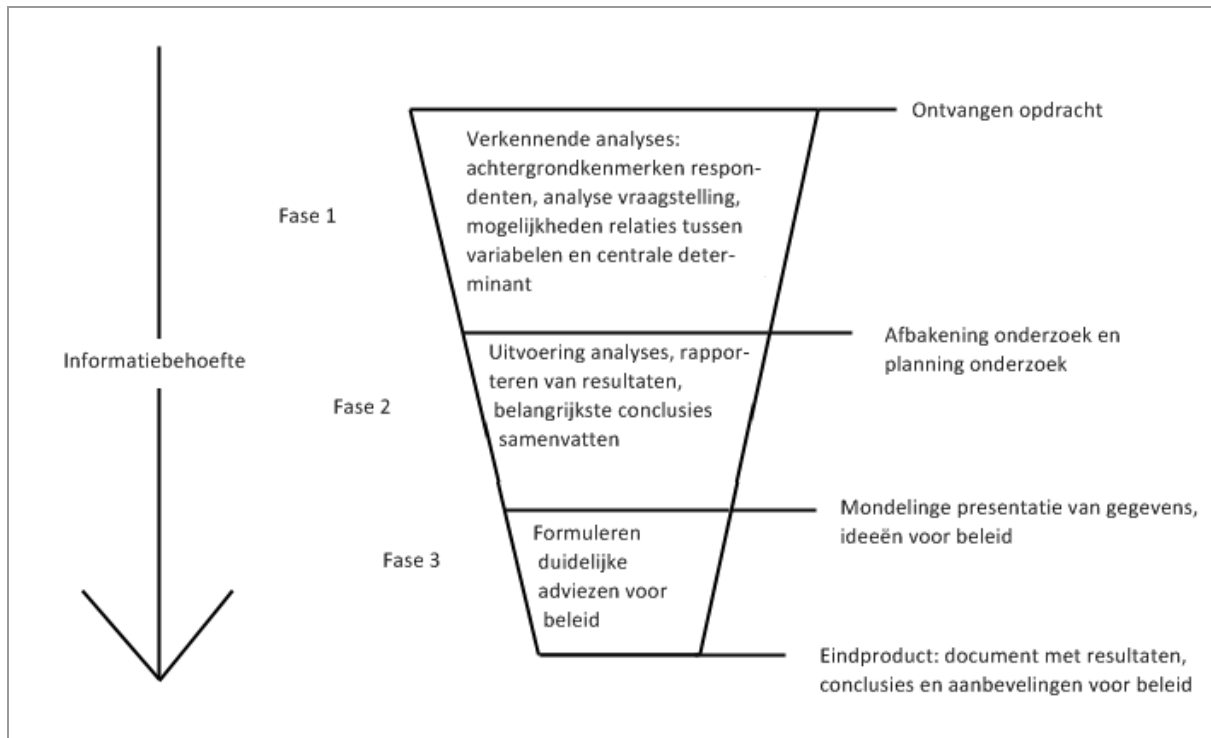
5.1 Methoden

Werkwijze

Fase 1: Het onderzoek naar het alcoholgebruik door jongeren in de regio Twente is gestart met een verkennende analyse van het E-MOVO onderzoek. Vragen die op dit moment aan de orde zijn, gaan in op de respondenten, wat zijn de achtergrondkenmerken van de onderzoeksgroep, en welke factoren zijn allemaal opgenomen in de vragenlijst die de gezondheid kunnen beïnvloeden. Wanneer dit in kaart is gebracht, kan begonnen worden met de eerste analyses over alcoholgebruik. Het gaat in dit stadium niet zozeer over het alcoholgebruik op zich, belangrijker is om feeling met de data te krijgen en erachter te komen wat allemaal uit de vragenlijst te halen valt. Wil de opdrachtgever bijvoorbeeld specifieke informatie over alcoholgebruik door jongeren uit één klas, of uit één gemeente? Of is het interessant om te weten wat de mening van de ouders over alcoholgebruik door jongeren is? De vragen die gesteld zijn tijdens de interviews komen hier weer terug. Deze eerste fase wordt afgesloten met een gesprek tussen de onderzoeker en de opdrachtgever. Tijdens dit gesprek moet de onderzoeker de opdrachtgever inzicht verschaffen in de mogelijkheden binnen de bestaande data. Het belangrijkste van dit gesprek is de afbakening, wat wordt wel onderzocht, wat niet, wat is interessant en wat niet. Ook is het van belang om een planning af te spreken.

Fase 2: In de tweede fase wordt het onderzoek uitgewerkt, de analyses worden gedaan en het rapport wordt opgemaakt. Tijdens deze fase wordt ook contact gehouden met de opdrachtgever om in de gaten te houden hoe het onderzoek verloopt en of er eventueel nog aspecten uitgezocht moeten worden die tijdens fase 1 onderbelicht zijn gebleven. Fase 2 wordt afgerond met een mondelinge presentatie van de onderzoeker. Ook het rapport is dan in grote lijnen af, de opdrachtgever heeft hier beschikking over. Bij het onderzoek naar het alcoholgebruik door jongeren is deze presentatie gegeven aan de leden van de stuurgroep. In deze fase ontstaat echt een informatiebehoefte bij alle leden, die nu iets tastbaars hebben, de cijfers gaan leven en er ontstaan ideeën voor beleid. De onderzoeker geeft de opdrachtgever de ruimte om nieuwe ideeën en opdrachten aan te dragen. Zo waren de leden van de stuurgroep na de presentatie erg geïnteresseerd in de mening van de ouders en de locatie van het alcoholgebruik. De trends in het alcoholgebruik werden minder belangrijk gevonden, omdat deze al grotendeels bekend waren. Ook was er een duidelijke vraag van de leden van de stuurgroep om tips te geven over alcoholpreventie.

Fase 3: In de laatste fase wordt het rapport definitief gemaakt. Er wordt nog een aantal analyses uitgevoerd en de conclusies worden geschreven. Bij het onderzoek naar het alcoholgebruik door jongeren zijn in deze fase duidelijke beleidsadviezen voor alcoholpreventie gegeven, die de stuurgroep helpt in de beleidsvorming. Deze fase wordt afgesloten met een afrondend gesprek tussen de onderzoeker en de opdrachtgever, waarna het onderzoek is afgerond. In onderstaand model is de hele werkwijze schematisch weergegeven:



Figuur 6: Werkwijze secundaire analyses alcoholgebruik door jongeren.

Deze werkwijze vertoont overeenkomsten met het mixed-scanning model van Etzioni (Van Heffen et al, 1997). In dit model worden eerst op hoofdlijnen keuzes gemaakt tussen de alternatieven. Dit gebeurt tijdens fase 1, de afbakening van het onderzoek. Op details wordt niet ingegaan. Dit zijn non-incrementele beslissingen. Beslissingen zonder de diepte in te gaan. Daarna, in de tweede fase wordt in detail getreden door incrementele beslissingen. Door deze manier van werken wordt de hoeveelheid informatie die moet worden verwerkt gereduceerd. Aan de andere kant worden weloverwogen keuzes gemaakt in de informatievoorziening, zodat geen informatie over het hoofd wordt gezien.

5.2 Resultaten

Ervaringen met de werkwijze

De werkwijze is een goede manier om de kloof tussen onderzoek en beleid te verkleinen. Dit blijkt uit evaluatiegesprekken met de opdrachtgever. Ook komt dit naar voren uit de succesfactoren die genoemd zijn in hoofdstuk 3. Door de samenwerking is het eindproduct veel meer een product van onderzoek én beleid. Hierdoor is geen sprake meer van eenrichtingsverkeer. De informatie is duidelijker voor de beleidsmakers, omdat ze tijdens de presentatie vragen kunnen stellen. Ook is opvallend om te zien dat beleidsmakers in het begin een heel brede informatiebehoefte hebben, die niet scherp is. Door deze werkwijze worden de beleidsmaker en de onderzoeker een trechter in gezogen waarin de informatiebehoefte steeds scherper wordt. De grootste winst zit hem daarom in de vertaalslag van epidemiologische gegevens naar beleid, het creëren van dezelfde verwachtingen en het verduidelijken van de informatie zodat deze op de juiste manier geïnterpreteerd wordt. Ook anderen zouden baat kunnen hebben bij het onderzoek, daarom wordt ook een persbericht gemaakt dat in de media verspreid wordt. Ook al werkt de samenwerking goed, er zijn nog wel

verbeteringen nodig. Het is van belang om met meerdere personen van een project te praten. Dit vergroot de betrouwbaarheid en het draagvlak van de rapportage binnen het project. De afscheidingen moeten bij de samenwerking ook goed worden afgesproken. De kloof wordt weliswaar verkleind, maar een duidelijke taakafbakening is gewenst. Dit is ondervonden bij het maken van een persbericht. De epidemioloog van de GGD moet niet op de stoel van een beleidsmaker gaan zitten en andersom moet een beleidsmaker specifieke epidemiologische keuzes aan de GGD overlaten.

5.3 Deelconclusie

Om de gegevens nog beter om te zetten in beleid, is het van belang om ook samen te werken bij de ontwikkeling van de vragenlijst. Hierdoor kunnen de onderzoeken beter worden afgestemd op de informatiebehoefte en zal daarom ook makkelijker te interpreteren zijn. In de stuurgroep van 'Happy Fris' kwam een aantal vragen naar boven die helaas niet met de data van het E-MOVO onderzoek beantwoord kunnen worden. Zo hebben alleen de jongeren die al drinken een vraag over de mening van de ouders ingevuld. Wanneer de jongeren die niet drinken dit ook hadden gedaan, had vergeleken kunnen worden tussen deze twee groepen. Dit had makkelijk in de vragenlijst opgenomen kunnen worden. Ook is het mogelijk om betere vergelijkingen te maken op lokaal en regionaal niveau, omdat eenheid ontstaat wanneer wordt samengewerkt in het opstellen van de vragenlijst. Zo is het bijvoorbeeld van belang om af te stemmen wat de gemeente verstaat onder een wijk en hoe de GGD een wijk ziet. Het zou zonde zijn wanneer verschillende definities worden gehanteerd, waardoor vergelijken niet mogelijk is. Dit geldt ook voor andere variabelen, zoals etniciteit, geloof en leefstijl.

Een probleem wat ook de leden van de stuurgroep aandroegen is de actualiteit van de gegevens. Het laatste E-MOVO onderzoek is uitgevoerd in 2007, het volgende onderzoek wordt in 2011 uitgevoerd. Beleidsmakers willen graag gegevens die zo actueel mogelijk zijn. Echter is het niet mogelijk bij de GGD om elk jaar het E-MOVO onderzoek uit te voeren. De GGD kan dit probleem daarom niet oplossen.

Uit de case kunnen nog twee aandachtspuntenpunten worden gehaald. Ten eerste is het slim om met meerdere personen samen te werken, in dit geval meerdere personen uit de stuurgroep. Ten tweede moet de kloof weliswaar verkleind worden, maar een duidelijke taakafbakening is gewenst tussen de epidemioloog en de beleidsmaker. Dit moet van te voren goed afgesproken worden.

Praktijk

Het onderzoek heeft zich in eerste instantie op de koppeling tussen onderzoek en beleid gericht. Het is echter ook belangrijk om de kloof met de praktijk te verkleinen. Daarom is het belangrijk om naast de GGD en de gemeenten nog meer instellingen te betrekken bij GGD onderzoek. Zo kan gedacht worden aan zorginstellingen die uiteindelijk het beleid moeten uitvoeren. Door deze zorginstellingen al vroeg te betrekken in het onderzoek ontstaat draagvlak voor de gegevens. Ook kan zo makkelijker de koppeling worden gelegd naar interventies die zorginstellingen aanbieden.

6. Beschouwing

6.1 Reflectie op de bevindingen

Conclusies per onderzoeksvraag

1. Waardoor maken beleidsmakers van gemeenten bij de vorming van lokaal gezondheidsbeleid te weinig gebruik van epidemiologische gegevens van de GGD?

Er zijn twee type problemen, ten eerste worden de epidemiologische gegevens van de GGD te weinig gebruikt bij het ontwikkelen van lokaal gezondheidsbeleid. Er treden problemen op in de domeinen overdracht, acceptatie en interpretatie. Ten tweede is de informatiebehoefte bij beleidsmakers van gemeenten veranderd. Dit valt onder het domein verwachtingen.

2. Welke succesfactoren zijn bekend voor het beter benutten van epidemiologische gegevens van de GGD voor de vorming van lokaal gezondheidsbeleid?

Veel winst kan worden geboekt door samen te werken bij de opzet van het onderzoek en samenwerken tijdens de uitvoering van epidemiologisch onderzoek. Gestart kan worden met het afstemmen van de werkcyclus en het afstemmen van de verwachtingen. Verder is veel winst te behalen door te standaardiseren in de epidemiologische onderzoeken.

3. Wat is de informatiebehoefte van beleidsmakers van gemeenten in de regio Twente bij het vormen van lokaal gezondheidsbeleid?

Beleidsmakers hebben behoefte aan informatie op strategisch, tactisch en operationeel niveau. Naast de epidemiologische gegevens over het vóórkomen van gezondheidsproblemen hebben de beleidsmakers behoefte aan informatie over de effectiviteit van interventies en beleid. Ook is behoefte aan projectevaluatie.

4. Hoe kan de GGD gegevens uit epidemiologisch onderzoek het beste presenteren aan beleidsmakers van gemeenten?

De overdracht van gegevens komt het beste tot stand tijdens een combinatie van presenteren. Zowel een gedrukt rapport, een website als een mondelinge toelichting. Naast de overdracht moet aandacht zijn voor de duidelijkheid van presenteren. Beleidsadviezen moeten worden geformuleerd naar aanleiding van de epidemiologische gegevens. Vanuit de experts is een aantal criteria opgesteld waaraan epidemiologisch onderzoek moet voldoen.

5. Is de werkwijze van de regionale VTV bruikbaar om epidemiologische gegevens van de GGD beter te benutten voor lokaal gezondheidsbeleid?

Bij de epidemiologische onderzoeken moet worden samengewerkt door middel van het mixed-scanning model. Er moet ook worden samengewerkt bij de opzet van onderzoek. Er moet met meerdere personen van de opdrachtgever worden samengewerkt, dit vergroot het draagvlak. De kloof tussen onderzoekers en beleidsma-

kers moet verkleinen, maar een taakafbakening is gewenst. Na de koppeling tussen onderzoek en beleid, moet een koppeling worden gemaakt tussen beleid en praktijk.

Verwachtingen

Uit het literatuuronderzoek komt naar voren dat gemeenten geen inzicht hebben in de GGD als organisatie en daardoor niet weten wat ze precies kunnen en mogen vragen aan de GGD. Het aanleveren van epidemiologische gegevens is nu vooral eenrichtingsverkeer. De gemeenten ontvangen de gegevens van de GGD en vragen vervolgens niet door. De verwachtingen zijn niet gelijkgesteld. De GGD weet niet goed wat de informatiebehoefte is van gemeenten. Bij de epidemiologische gegevens, verwachten de gemeenten handvaten aangereikt te krijgen om wat aan de gezondheidsproblemen te doen. Dit valt buiten de epidemiologie, en daarom is het goed om ook de beleidsmakers van de GGD en de gezondheidsbevorderaars te betrekken bij de grootschalige onderzoeken. Het vertalen van de epidemiologische gegevens naar beleid is wel een goede stap om de kloof te verkleinen. Dit komt terug bij de overdracht. Gemeenten verwachten naast de epidemiologische gegevens op strategisch niveau, gegevens over het aanbod van interventies en de effectiviteit hiervan. Op operationeel niveau verwachten ze informatie over de effecten van beleid. In plaats van dit kenbaar te maken aan de GGD, gaan ze op zoek naar andere bronnen, of ze laten het erbij. Echter is het hier moeilijk om de effecten van interventies en beleid inzichtelijk te maken, omdat sociale interacties deel uitmaken van het beleid. Het is daarom ontzettend moeilijk, misschien wel onmogelijk om als epidemioloog van de GGD hier onderzoek naar uit te voeren. Dit behoort ook niet tot het takenpakket van de GGD-epidemioloog. Dit geeft aan dat aan de verwachtingen van de gemeenten op dit gebied niet door de GGD kan worden voldaan. Het is onduidelijk wie verantwoordelijk is voor de onderzoeken naar de effecten van interventies en beleid. De epidemiologen van de GGD kunnen dit niet zelf uitvoeren, wel kan de GGD-epidemioloog als een soort kennismakelaar fungeren. Naast deze informatiebehoefte die een cyclus doorloopt, is behoefte aan informatie die vragen gesteld in de waan van de dag beantwoordt. Hierbij geven gemeenten aan dat ze informatie willen over de vergrijzing, zorgbehoefte en zorggebruik. Deze behoefte komt voort uit de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO). Ook bij dit punt moet het voor de gemeenten duidelijk zijn of ze de GGD hiervoor kunnen inschakelen.

Overdracht

Tijdens de overdracht is al veel winst geboekt de afgelopen jaren. De epidemiologen, beleidsmakers en gezondheidsbevorderaars van de GGD ondersteunen de gemeenten al veel meer door het geven van beleidsadviezen aan de hand van epidemiologische onderzoeken. Dat gemeenten hier behoefte aan hebben, wordt bevestigd door het kwalitatieve onderzoek. Gemeenten moeten bij de overdracht aan de hand worden genomen, waar onduidelijkheden zijn moet dit meteen opgehelderd worden. Naast het aanleveren van de gegevens op papier, is het daarom noodzakelijk om deze mondeling toe te lichten. Dit verhoogt tevens de toegankelijkheid van de cijfers. Naast de schriftelijke en mondelinge overdracht is het goed om één centraal punt te hebben, waar alle informatie te vinden is. De GGD doet dit nu al met de Gezondheidsatlas, alleen wordt hier weinig gebruik van gemaakt. Om de overdracht van epidemiologische gegevens beter te laten verlopen is

het wenselijk om een combinatie van presenteren te gebruiken. Zowel een gedrukt rapport, als een website en een adviesgesprek/presentatie. Wel moet deze website bekend zijn bij gemeenten. Naast het bekend zijn, is het van belang dat er één site is waar alles op staat. Nu zijn er meerdere sites, dat wekt verwarring op. Mocht het niet mogelijk zijn om één site te maken, dan kan gedacht worden aan links op de verschillende sites. Gemeenten geven ook aan dat de juiste soort gegevens niet op het juiste moment voorhanden zijn. Een goede stap in de richting is daarom de epidemiologische onderzoeken aan te laten sluiten bij de beleidscyclus.

Interpretatie en acceptatie

Naast de manier van overdragen van de gegevens, kan ook een slag worden gemaakt op het gebied van de interpretatie. Alleen kale cijfers zijn niet voldoende. Ook waar een mondelinge presentatie niet mogelijk is, moeten beleidsadviezen bij de gegevens worden gevoegd. Deze beleidsadviezen moeten helder en concreet zijn, in een duidelijke taal. Door deze manier van presenteren wordt ook de acceptatie van de gegevens vergroot. De acceptatie en interpretatie kunnen naast de beleidsadviezen ook verbeterd worden door criteria op te leggen aan het epidemiologisch onderzoek en de rapportage hiervan. Onderzoek moet compleet, vraaggericht, betrouwbaar, toegankelijk, actueel en structureel zijn. Dit gaat de versnippering tegen. Daarnaast is het van belang dat er standaardisatie is in de onderzoeken. Dit komt de vergelijkbaarheid ten goede.

Hoe kunnen epidemiologische gegevens van de GGD Regio Twente beter benut worden bij de vorming van lokaal gezondheidsbeleid door gemeenten in Twente?

Deze hoofdvraag is veel breder beantwoord in dit onderzoek. Wanneer strikt naar de vraag gekeken wordt, moet worden geconcludeerd dat de interactie tussen epidemioloog en beleidsmaker ontzettend belangrijk is. Dit komt naar voren bij de succesfactoren van de rVTV en de werkwijze zoals deze gehanteerd is bij de case alcoholgebruik door jongeren. Deze manier van interactie werkt aan twee kanten, aan de ene kant de verheldering van de epidemiologische gegevens en aan de andere kant kan gelijk worden nagedacht over adviezen richting beleid. Door samen te werken in de overdracht van de gegevens en samenwerking in de vorming van beleidsadviezen wordt draagvlak gecreëerd voor het onderzoek. Door de samenwerking worden de knelpunten aangepakt zoals deze in de domeinen verwachtingen, overdracht, acceptatie en interpretatie optreden en door het institutionaliseren van het samenwerken, het vastleggen van afspraken, kan efficiënter worden gewerkt. Er zijn ook punten waar niets aan gedaan kan worden. Zo zal het politieke spel dat gespeeld wordt bij de gemeenten altijd van kracht blijven. Bij politieke besluitvorming zullen altijd andere factoren buiten de epidemiologische gegevens van invloed zijn. Ook zijn de kenmerken van de verschillende actoren moeilijk te veranderen. Daarnaast is het de vraag of de GGD verantwoordelijk is om de effecten van interventies en de effecten van beleid inzichtelijk te maken. Naast de verantwoordelijkheid is het de vraag of de GGD de capaciteiten en de organisatie heeft om hier onderzoek naar te doen. De GGD kan, zoals eerder genoemd wel optreden als een soort kennismakelaar. Ook in het aanbod van interventies. Als laatste kunnen de epidemiologen van de GGD weinig aan de actualiteit van de cijfers veranderen. Grootschalige onderzoeken kosten nu eenmaal veel tijd. Ook dit moet kenbaar worden gemaakt aan gemeenten. Het verschuiven van de onderzoeken zou hiervoor een oplossing kunnen zijn. Nu wordt data in het najaar opgehaald, het kalenderjaar daarna wordt gebruikt om de analy-

ses uit te voeren en om de eerste resultaten te presenteren. De gegevens zijn dan echter van een jaar ervoor. Wanneer de data in het voorjaar wordt opgehaald, dan kunnen de eerste resultaten in het zelfde kalenderjaar gepresenteerd worden. De resultaten lijken dan veel recenter.

6.2 Theoretische reflectie

Epidemiologie is bij de GGD het beschrijven en analyseren van een gezondheidssituatie van burgers op groepsniveau. De gemeenten verwachten meer dan alleen epidemiologie. Het is daarom van belang dat de beleidsmakers en gezondheidsbevorderaars meer bij epidemiologische onderzoeken betrokken worden. De theorie bevestigt dit. De werkwijze zoals die is gehanteerd bij het onderzoek naar het alcoholgebruik door jongeren in de regio Twente vertoont overeenkomsten met het Mixed-scanning model van Etzioni (Van Heffen et al, 1997). In het begin weten gemeenten niet wat ze kunnen vragen en verwachten van de GGD. Door als GGD aan te geven wat mogelijk is, in een verkennende analyse, wordt de keuze makkelijk gemaakt. De GGD filtert de belangrijkste gegevens eruit, zonder in de diepte te gaan. Dit kan de GGD doen, omdat het expert is op het gebied van de openbare gezondheid. Door deze verkennende analyse wordt de informatiebehoefte scherper gesteld bij gemeenten. Het onderzoek begint ook daar te leven. Na een presentatie waarin de belangrijkste resultaten van de verdiepende analyses zijn gepresenteerd, kan worden gediscussieerd wat het een en ander betekent voor het maken van beleid.

Het model van de beleidscyclus is een goed middel om het proces van beleidsontwikkeling in de publieke gezondheidszorg te verduidelijken. De niveaus strategisch, tactisch en operationeel zijn herkenbaar. Wel moet, in het kader van dit onderzoek, goed in de gaten worden gehouden wanneer sprake is van epidemiologie en wanneer in de cyclus andere expertise verlangd wordt. Dit model gaat ervan uit dat epidemiologische gegevens over een gezondheidsprobleem altijd vooraf gaat aan beleidsontwikkeling (The knowledge-driven model, of the interactive model). Dit is lang niet altijd het geval. Vaak worden epidemiologische gegevens ook gebruikt om huidig beleid te onderbouwen of om een politiek probleem op te lossen. Uit het kwalitatief onderzoek blijkt dat epidemiologische gegevens ook worden gebruikt om juist de beslissingen die niet zijn genomen te onderbouwen (The tactical model). Dit wordt gedaan om het proces te vertragen of om paniek te voorkomen. De probleemdomeneinen zijn goed te koppelen aan het model van de beleidscyclus.

Uit de theoretische reflectie kan gesteld worden dat de epidemiologie bij de GGD in de komende jaren sterk gaat veranderen. De definitie epidemiologie staat nog overeind, maar heeft steeds minder te maken met de functie epidemioloog bij de GGD. Deze zal zich naast de epidemiologische taken veel meer moeten richten op de beleidsadviesing. De epidemiologische kant wordt steeds meer landelijk gestandaardiseerd, de landelijke sturing in GGD-epidemiologie zal groter worden. De beleidsadviesing en ondersteuning zullen echter steeds meer op lokaal niveau afgestemd worden.

6.3 Methodologische reflectie

Literatuuronderzoek

De focus van het literatuuronderzoek lag grotendeels op Nederlandse bronnen. Hoewel dit voldoende is voor dit onderzoek, is het wellicht interessant om meer te focussen op internationale bronnen. De manier van selecteren van bronnen werkt goed. Er is veel geschreven over dit onderwerp, maar er is ook veel overlap. Door te stoppen op het moment dat het onderwerp 'verzadigd' is, wordt veel tijdswinst geboekt.

Kwalitatief onderzoek

De respons van ambtenaren die mee wilden werken aan het onderzoek viel in het begin erg tegen. Een aantal ambtenaren was positief, maar velen hadden de tijd niet. Gemeenten worden al heel veel gevraagd door de GGD om betrokken te zijn bij projecten en onderzoek. Dit is een heel goede ontwikkeling, maar de capaciteit hiervoor moet wel aanwezig zijn bij gemeenten. Het gevaar is dat alleen de grote gemeenten meedoen. Kleinere gemeenten hebben simpelweg niet voldoende mensen om overal aan mee te doen. Het probleem is ondervangen door een vragenlijst op te stellen die digitaal is verstuurd. Dit leverde weliswaar ook niet heel veel respondenten op (meestal is het gebrek aan tijd de reden), maar wel de respondenten van kleinere gemeenten. De respons zou vergroot kunnen worden door actief naar de gemeenten toe te gaan en ze te blijven pushen om mee te doen. De triangulatie in de interviews heeft heel goed gewerkt. Door deze manier wordt de betrouwbaarheid vergroot. Vooral de gesprekken na de interviews zijn positief ervaren. Net na het interview ligt alles nog vers in het geheugen. Ook wordt tijdens deze gesprekken gelijk duidelijk wat de resultaten betekenen voor het vervolg van het onderzoek.

Case alcoholgebruik door jongeren

Tijdens de werkwijze bij de case alcoholgebruik door jongeren komt naar voren dat een dergelijke werkwijze de kloof tussen epidemioloog en beleidsmaker verkleint, het draagvlak voor de gegevens vergroot en dat de gegevens beter geaccepteerd en geïnterpreteerd kunnen worden. Er zijn twee punten die de aandacht nodig hebben. Ten eerste is het slim om met meerdere personen samen te werken, in dit geval meerdere personen uit de stuurgroep. Ten tweede moet de kloof weliswaar verkleind worden, maar een taakafbakening tussen de epidemioloog en de beleidsmaker is gewenst.

Koppeling van de drie deelonderzoeken

De koppeling tussen literatuuronderzoek, kwalitatief onderzoek en het praktijkgedeelte is goed verlopen. Al is het erg lastig om meteen die koppeling te zien. Het heeft een tijd geduurd om helder te krijgen hoe de verschillende onderzoeken in elkaar moeten overlopen. Het is handig om dit in het begin gelijk goed vast te leggen, zodat geen tijd verloren gaat. Aan de andere kant is het ook een dynamisch proces en wordt naarmate het onderzoek vordert steeds duidelijker hoe het één geheel kan worden.

6.4 Concrete aanbevelingen voor praktijk en verder onderzoek

Praktijk:

Verwachtingen

- Inzicht verschaffen in organisatie, wat is allemaal mogelijk bij de GGD op epidemiologisch gebied. Hier is nog veel winst te behalen. Hierdoor kunnen de verwachtingen op elkaar worden afgestemd. De GGD kan zich nog beter profileren naar gemeenten toe met de capaciteiten die de GGD in huis heeft.
- De GGD moet zich meer als een kennismakelaar opstellen. De kennis die beleidsmakers verwachten en de GGD niet kan leveren kan ergens anders vandaan worden gehaald.

Overdracht

- Aansluiten bij elkaars werkcyclus. De informatiebehoefte is op strategisch, tactisch en operationeel niveau steeds anders. Dit kan door het model van de beleidscyclus te hanteren.
- Gegevens op één plek beheren. Dit verhoogt de bekendheid en de toegankelijkheid. Het RIVM wil deze plek zijn op landelijk gebied. De GGD moet dit zijn op regionaal gebied.

Acceptatie

- Adviezen geven voor beleid in samenwerking met gemeenten. Epidemiologisch onderzoek moet geen eenrichtingsverkeer worden. GGD en gemeenten moeten samen de dialoog aangaan om tot een eindproduct te komen.
- Gestandaardiseerde vragenlijsten gebruiken.
- Verzamel data als epidemioloog in het voorjaar, dan kunnen de eerste resultaten in hetzelfde kalenderjaar gepresenteerd worden.

Interpretatie

- Beleidsmakers helpen met het reduceren van gegevens door te selecteren op relevantie voor lokaal gezondheidsbeleid.
- Samenwerking in proces van epidemiologisch onderzoek en beleidsontwikkeling volgens de Mixed-scanning theorie, deze samenwerking moet geïnstitutionaliseerd worden.

Vragen voor vervolgonderzoek:

- Hoe kan het inzicht in de GGD als organisatie vergroot worden bij gemeenten?
- Hoe kan de epidemiologie binnen de GGD opgezet worden om te kunnen voldoen aan de verwachtingen van gemeenten?
- Hoe kunnen de beleidsmakers en gezondheidsbevorderaars meer bij het epidemiologisch onderzoek betrokken worden?
- Hoe kan de institutionalisering van de samenwerking vorm krijgen?

- Op welk niveau moet worden samengewerkt (per gemeente of regionaal)?
- Welke rol kan de GGD spelen bij het inzichtelijk maken van het preventie- en zorgaanbod?
- Welke rol kan de GGD spelen bij het inzichtelijk maken van de effectiviteit van interventies en beleid?

Referenties

Bon-Martens, van M., Goede, de J., Evidence-based beleid maken, Presentatie Symposium Bouwen aan de brug, Den Bosch, 1 november 2007 ¹

Bon-Martens, van M.J.H., Goede, de J., Goor, van de L.A.M., Oers, van J.A.M., De regionale Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Resultaten van de ontwikkeling in twee Brabantse regio's, Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen, jaargang 86/2008, nummer 5/249-260 ²

Bon-Martens, van M.J.H., Heuvel, van den E.F.M., Lucht, van der F., Boverhof, M.W.E., Goor, van de L.A.M., Oers, van J.A.M., Lokaal gezondheidsbeleid: making the evidence-based choice the easy choice, Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen, jaargang 86/2008, nummer 6/306-313 ²

Bon-Martens, van M., Oers, van H., Goor, van de I., De ontwikkeling van een regionale Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) in twee Brabantse regio's, Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen, jaargang 85/2007, nummer 3/125-127 ²

Bouter, L.M., Dongen, van M.C.J., M., Zielhuis, G.A., Epidemiologisch onderzoek, Opzet en interpretatie, vijfde herziene druk, Houten, 2005

Bowen, S., Zwi, A.B., Pathways to "Evidence-Informed" Policy and Practice: A framework for Action, Journal Plos Medicine, 2005, Vol. 2, Issue 7 ¹

Burm, M.E.J., Kruijf, de K., Beleidsmakers vervallen dikwijls in herhaling; een voorbeeld uit de zorg, Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen, jaargang 85/2007, nummer 6/310-312 ¹

Centrum voor Volksgezondheid Toekomst Verkenningen, RIVM, Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006, Via <http://www.rivm.nl/vtv/root/o31.html>, 28 juni 2006 ²

Choi, B.C.K., Pang, T., Lin, V., Puska, P., Sherman, G., Goddard, M., Ackland, M.J., Sainsbury, P., Stachenko, S., Morrison, H., Clottey, C., Can scientists and policy makers work together? Evidence based public health policy and practice, J. Epidemiol Community Health, 2005, 59/632-637 ¹

Coleman, M.P., Commentary: Is epidemiology really dead, anyway? A look back at Kenneth Rothman's 'The rise and fall of epidemiology, 1950-200 AD', International Journal of Epidemiology, 2007, No. 36/719-723

Crombie, I.K., Irvine, L., Elliott, L., Wallace, H., How do public health policies tackle alcohol-related harm: a review of 12 developed countries, Alcohol & Alcoholism, 2007, Vol. 42, No. 5/492-499

Dick, B., Grounded Theory: a thumbnail sketch, 2005, Via
<http://www.scu.edu.au/schools/gcm/ar/arp/grounded.html>

Donker, M., Torn between two lovers, Lokaal Volksgezondheidsbeleid tussen politiek en wetenschap, Oratie aan de Erasmus Universiteit Rotterdam, 2006 ¹

Egmond, van S., Bekker, M., Bal, R., Grinten, van der T., De Volksgezondheid Toekomst Verkenning als infrastructuur voor evidence-based gezondheidsbeleid, Een spel van distantie en betrokkenheid, Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen, jaargang 85/2007, nummer 7/399-406 ²

Elliott, H., Popay, J., How are policy makers using evidence? Models of research utilisation and local NHS policy making, J Epidemiol Community Health, 2000, No. 54/461-468 ¹

Fafard, P., Evidence and Healthy Public Policy: Insights from Health and Political Sciences, National Collaborating Centre for Healthy Public Policy, May 2008 ¹

Freeman, E.R., Strategic Management: A stakeholder approach, Boston: Pitman, 1984

Garretsen, H.F.L., Rodenburg, G., Goor, van de L.A.M., Eijnden, van den R.J.J.M., Epidemiology and prevention, Alcohol Consumption in The Netherlands in the Last Decade: Sharp Decreases in Binge Drinking, Alcohol & Alcoholism, 2008, Vol. 43, No. 4/477-480

Geelhoed, J., Reijmerink, W., Goeij, de H., Sneller en beter verbinden van kennis én opvattingen voor een gezondere samenleving, Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen, jaargang 85/2007, nummer 2/70-75 ¹

GGD Regio Twente, Gezondheid, Welzijn en Leefstijl van jongeren in 2007, 2008

Gorissen, W.H.M., Schulpen, T.W.J., Kerkhoff, A.H.M., Heffen, van O., 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, 2005, Vol. 15, No. 2/133-139 ¹

Graaf, van de H., Hoppe, R., Beleid en politiek, Muiderberg, 1989

Have, ten P., Inleidende teksten met suggesties en overwegingen over kwalitatieve onderzoeksmethoden, Analyseprocedures: Glaser & Strauss: de grounded theory benadering, 1999, Via
<http://www2.fmg.uva.nl/emca/KwalMeth.htm>

Heffen, van O., Kerkhoff, A.H.M., Beleidsvoering in de algemene gezondheidszorg, Van Gorcum & Comp. B.V. Assen, 1997

Hoeijmakers, M., Jansen, M., Academiseren en evalueren, Hoe evaluatie kan bijdragen aan de academisering van de publieke gezondheidszorg, Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen, jaargang 86/2008. nummer 6/314-320¹

Hoeijmakers, M., Leeuw, de E., Kenis, P., Vries, de N.K., Local health policy development processes in the Netherlands: an expanded toolbox for health promotion, Health Promotion International, April 2007, Vol. 22, No. 2/112-121¹

Hollander, A.E.M., Hoeymans, N., Melse, J.M., Oers, van J.A.M., Polder, J.J., Zorg voor gezondheid, Volksgezondheid Toekomst Verkenning, 2006, RIVM Bilthoven²

Hoogerwerf, A., Beleid en tijd: gevolgen van de tijdsbeleving voor de inhoud, processen en effecten van beleid, in: Beleidswetenschap, nummer 2, 1989

Hoogerwerf, A., Herweijer, M., Overheidsbeleid, 8^e druk, 2008

Hoppe, R., Halffman, W., Wetenschappelijke beleidsadvisering in Nederland, Trends en ontwikkelingen, Beleidswetenschap 2004/1

Houben, T., Bon-Martens, van M., Ameijden, van E., GGD-epidemiologie: een functie in blijvende ontwikkeling, Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen, jaargang 86/2008, nummer 7/372-374

Jaarrapportage 'Happy Fris?!', Regionale aanpak 'jeugd en alcohol in Twente, in uitvoering, 2008

Jansen, M., Goor, van de I., De gemeente als partner in de Academische Werkplaats Publieke Gezondheid: van toeschouwer naar stakeholder, Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen, jaargang 86/2008, nummer 6/321-327¹

Jansen, J., Schuit, A.J., Lucht van der F., Tijd voor gezond gedrag, Bevordering van gezond gedrag bij specifieke groepen, RIVM Bilthoven, 2002

Jansen, M., Vries, de N., Kok, G., Oers, van H., Samenwerking tussen beleid, praktijk en onderzoek in de publieke gezondheidszorg: resultaten van een multiple-case studie, Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen, jaargang 86/2008, nummer 6/296-305¹

Jeeninga, W., Bon-Martens, van M.J.H., Boverhof, M.W.E., Eck, van E.C.M., Hogendoorn, S.M., Klingenberg, H., Oers, van J.A.M., Evaluatie Ontwikkeling Regionale Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006 ²

Kammen, van J., Bos, V., Bouwens, J., Keijsers, J., Kennissynthese: veelbelovende aanpak gericht op benutten van kennis, Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen, jaargang 85/2007, nummer 3/143-145 ¹

Kromhout, D., Lezenne Coulander, de C., Obermann-de Boer, G.L., et al. Changes in food and nutrient intake in middle-aged men from 1960 to 1985 (the Zutphen Study). Am J Clin Nutr 1990;51:123–9.

Lende, van der R., Kok, T.J., Peset, R., Quanjer, P.H., Schouten, J.P. and Orie, N.G.M. (1981). Decreases in VC and FEV1 with time: Indicators for effects of smoking and air pollution. Bulletin of European Physiopathology and Respiration, 17, 775-792.

Mellaard, A., Spanbroek, K., De GGD als advies- en regie-instituut, Tijdschrift voor de Gezondheidswetenschappen, jaargang 86/2008, nummer 7/383-384 ¹

Ministerie Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Wet Maatschappelijke ondersteuning, Via <http://www.minvws.nl/dossiers/wmo/voor-gemeenten/>, juni 2009

Ministerie Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Wet Publieke Gezondheid, Via <http://www.minvws.nl/dossiers/infectieziekten/wet-publieke-gezondheid/>, juni 2009

Mootz, M., De cirkel gesloten: over academische werkplaatsen publieke gezondheid, Tijdschrift voor de gezondheidswetenschappen, jaargang 86/2008, nummer 4/165-166 ¹

Nieuwenhuis, M.A., The Art of Management (the-art.nl), Kennis is er om te delen, niet om te bezitten, 2003-2008 ¹

Oers, van H., Grenzen aan evidence-based werken in de lokale public health praktijk, Nederlands Congres Volksgezondheid, Rotterdam, 2009 ²

Oers, van H., Verkleij, H., Regionale VTV's: de eerste ervaringen en nieuwe ontwikkelingen, Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen, jaargang 85/2007, nummer 3/125 ²

Raad voor Gezondheidsonderzoek, Van gegevens verzekerd, Kennis over de volksgezondheid in Nederland nu en in de toekomst, Den Haag: Gezondheidsraad, 2008; RGO, nummer 58 ¹

Raphael, D., The question of evidence in health promotion, Health Promotion Int., 2000, Vol. 15, No. 4 ¹

Regio Twente, Gezondheid, GGD, Via http://www.regiotwente.nl/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=255&Itemid=11, juni 2009

Regionale gezondheidsnota 'Twente kiest voor gezond leven en werkt aan de gezondheid', Werkgroep Lokaal Gezondheidsbeleid, Regio Twente, Fase 2: Thema's uitgewerkt, Fase 3: Aan de slag (de uitvoeringsprogramma's), 2008

Rensen, P., Kooij, van der A., Evidence based spook bestaat niet, Tijdschrift voor sociale vraagstukken, 2009, No. 1-2/22-25 ¹

RIVM, Nationaal Kompas Volksgezondheid, Openbare gezondheidszorg: Wat is openbare gezondheidszorg? Via http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o1681n20331.html, juni 2009

Rothman K.J., The rise and fall of epidemiology, 1950-2000 A.D. 1981, Int J Epidemiol. Jaargang 36/2007, No. 4/708-10

Steenhoek, A., Uyl- Groot, de C.A., Rutten, F.F.H., Uitkomstenonderzoek: hoogste tijd voor een definitie, Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen, jaargang 86/2008, nummer 1/18-20 ¹

Storm, I., Zoest, van F., Broeder, den L., Integraal gezondheidsbeleid: theorie en toepassing, RIVM, Centrum voor Volksgezondheid Toekomst Verkenningen, 2007 ¹

Taylor, D., Proctor, M., Director, Health Sciences Writing Centre, U of T Coordinator of Writing Support, University of Toronto, Canada, Via <http://www.utoronto.ca/writing/pdf/litrev.pdf>, 2009

Teisman, G.R. , Perspectieven op beleidsprocessen: over fasen-, stromen-, en rondenmodellen. In: Handboek Beleidswetenschap, Abma, T., Veld, R., in 't (Eds.), 9 pp., 302-310, Boom: Amsterdam, 2001

Treurniet, H.F., Fiolet, D.C.M., Eysink, Poos, M.J.J.C., Oers, van J.A.M., Groeien in Gezondheid, Gezondheid en zorg in Midden-Holland, nu en in de toekomst, 2006, RIVM Bilthoven ¹

Turnhout, E., Leroy, P., Participeren in onzekerheid, Literatuuronderzoek naar het inzetten van participatie in beleidsadvisering, Leerstoelgroep Milieu en Beleid, Radboud Universiteit Nijmegen, RIVM, 2004 ¹

Vandenbroucke, J.P., De opkomst van medische statistiek en epidemiologie in het klinisch wetenschappelijk onderzoek van de afgelopen eeuw, Nederlands Tijdschrift Geneeskunde, 1999, 143(52)

Varvasovszky, Z., Brugha, R., How to do (or not to do)...A stakeholder analysis, Health Policy and Planning, 2000, Vol. 15, No. 3/338-345

Wehrens, R., Bekker, M., Egmond, van S., Putters, K., Bal, R., De academische werkplaats als grensorganisatie, De coördinatie van onderzoek, praktijk en beleid in Academische Werkplaatsen Publieke Gezondheid, Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen, jaargang 86/2008, nummer 6/288-295 ¹

Wet Publieke Gezondheid, Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden, Wet van 9 oktober 2008, houdende bepalingen over de zorg voor de publieke gezondheid (Wet publieke gezondheid), 2008

Wiers, R.W., Thush, C., Zwaar drinkende jongeren: wat kunnen we doen en hoe krijgen we ze te pakken? Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen, jaargang 85/2007, nummer 1/47-49

Wilk, van der E.A., Melse, J.M., Broeder, den J.M., Achterberg, P.W., Leren van de burens, Beleid publieke gezondheid internationaal bezien: roken, alcohol, overgewicht, depressie, gezondheidsachterstanden, jeugd, screening, 2007, RIVM Bilthoven ¹

Bijlagen

Bijlage 1: Vragen kwalitatief interview experts

Bijlage 2: Vragenlijst gemeenteambtenaren

Bijlage 3: Resultaten vragenlijst gemeenteambtenaren

Bijlage 1: Vragen interview/gesprekken

Inleiding

Het RIVM is er in geslaagd om op nationaal niveau ondersteuning te bieden bij het vaststellen van landelijk gezondheidsbeleid met de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV). Ook in de regio Twente is er de ambitie om een regionale Volksgezondheid Toekomst Verkenning (rVTV) te ontwikkelen, die beleidsmakers moet helpen om gezondheidsproblemen naar een concreet plan van aanpak te vertalen. Voor de ontwikkeling van deze rVTV is het wenselijk om erachter te komen hoe epidemiologische gegevens het beste kunnen worden aangesloten bij de behoefte van gemeenten en wat de rVTV dus aan resultaat moet opleveren. Hiervoor worden er interviews met gemeenteambtenaren en medewerkers van de GGD gehouden, tijdens het interview worden de volgende vragen behandeld:

1. Bij welke onderwerpen heeft u in het verleden gezondheidsinformatie gezocht en op welke manier?
2. Wat was het doel van het informeren? Kiezen van prioriteiten, zoeken van oplossingen, onderbouwing van beleidskeuzes, verantwoording beleid.
3. Wat vindt u belangrijk om informatie over te krijgen? Oorzaken, omvang, prognoses/trends, risicogroepen, oplossingen.
4. Heeft u veel gehad aan de vorige onderzoeken van de GGD? Wat miste u in die onderzoeken?
5. Over welke gezondheidsonderwerpen (sociale gezondheid, psychische gezondheid, lichamelijke gezondheid, omgeving, zorggebruik en zorgbehoefte) heeft u behoefte aan informatie?
6. Aan welk soort informatie heeft u behoefte? Cijfermatig/beleidsinformatie/informatie over interventies(CGL)?
7. Op welk aggregatieniveau heeft u behoefte aan informatie? Landelijk/regionaal/gemeentelijk/wijkniveau/school?
8. Welke vergelijkingen wilt u maken? Bijvoorbeeld scholen onderling, gemeenten in de regio onderling, gemeenten met andere steden, regio en landelijk, of vergelijken in tijd (2007 met 2011).
9. In welke vorm wilt u de informatie ontvangen? Rapport/fact sheet/website/presentatie/adviesgesprek/lay out?
10. Wat vindt u acceptabel qua actualiteit van de gegevens? Nu wordt elke doelgroep één keer in de vier jaar onderzocht.
11. Op welk moment in de beleidscyclus is er behoefte aan informatie?
12. In hoeverre wilt u betrokken worden in de opzet, vraagstelling en rapportage van epidemiologisch onderzoek? (Verwachting)
13. Hoe ziet u de rol van de GGD in de vorming van beleid? (Ondersteunend/adviserend/leidend/als discussiepartner)
14. Hoe ziet u de rol van de media in dit geheel? (Agendasetting)
15. Wie is er verantwoordelijk voor de implementatie van de resultaten van de rVTV?
16. Verwacht u dat de gemeente er financiële middelen voor beschikbaar kan en/of wil stellen?
17. Wat zijn de mogelijkheden voor externe financiering? (Zorgverzekeraars, zorgaanbieders, ROSET, provincie, ZonMW)
18. Ziet u nog andere kansen om ervoor te zorgen dat er meer gebruik wordt gemaakt van epidemiologische gegevens van beleidsontwikkeling? (Presentatie voor gemeenteraad)

Bijlage 2: Vragenlijst gemeenteambtenaren

Brief voor de ambtenaren:



Aan: ambtenaren OGZ, JGZ en personen die betrokken zijn bij het project 'Happy Fris' in Twente

Betreft: verzoek om deelname aan onderzoek regionale VTV in Twente

Enschede, april 2009

Geachte heer/mevrouw,

De Wet publieke gezondheid stelt als eis dat gemeenten om de vier jaar een nota lokaal gezondheidsbeleid vaststellen. In de regionale nota 'Twente kiest voor gezond leven' is er in 2008 prioriteit gegeven aan het ontwikkelen van een regionale Volksgezondheid Toekomst Verkenning (rVTV). De rVTV moet gemeenten relevante informatie over de gezondheidssituatie van burgers aanleveren en ondersteunen bij het vierjaarlijks opstellen van de nota lokaal gezondheidsbeleid.

Het onderzoek naar de rVTV is in volle gang. Er is een aantal gesprekken gevoerd met ambtenaren JGZ, OGZ, onderzoekers van gemeenten in de regio Twente en het RIVM. Toch zou de GGD Regio Twente nog wat meer informatie willen van de gemeenten om beter inzicht te krijgen in de informatiebehoefte van gemeenten aan epidemiologische gegevens. Daarom willen wij u vragen om een vragenlijst in te vullen.

Het eerste deel van de vragenlijst richt zich op de informatiebehoefte over de gezondheidssituatie van burgers. Het tweede deel richt zich op het alcoholgebruik door jongeren in de regio Twente. Vanuit het project 'Happy Fris' kwam naar voren dat er op dit gebied behoefte is aan een verdiepend onderzoek. Dit verdiepende onderzoek zal als voorbeeld dienen voor de invulling van een eventuele rVTV.

Vanzelfsprekend worden de gegevens anoniem behandeld. De vragenlijst bestaat uit 23 onderdelen en zal ongeveer 10 minuten in beslag nemen. We zouden graag zien dat u de vragenlijst voor 8 mei invult.

U kunt naar de vragenlijst gaan via de volgende link:

<http://www.thesistools.com/?qid=79883&ln=ned>

Heeft u vragen of wilt u meer informatie over het onderzoek, dan kunt u contact opnemen met Niels van den Brink, via n.vandenbrink.ggd@regiotwente.nl

Bij voorbaat dank voor uw medewerking,

Niels van den Brink, BSc
Drs. Jan Roorda

Noot: de vragenlijst is ook onderdeel van het afstudeerproject van Niels van den Brink voor de Master opleiding Health Sciences aan de Universiteit Twente.

Online vragenlijst:

Een onderzoek naar de informatiebehoefte van gemeenten in de regio Twente

Deze vragenlijst bestaat uit twee delen. Het eerste gedeelte bevat vragen over uw werkveld en wat uw informatiebehoefte is aangaande de gezondheidssituatie van burgers. Het tweede gedeelte bevat vragen over alcoholgebruik door middelbare scholieren in de regio Twente.

1.	Voor welke gemeente werkt u? Graag hieronder invullen: <input type="text"/>
2.	In welk werkveld bent u actief? Meerdere opties zijn mogelijk <input type="checkbox"/> Openbare gezondheidszorg <input type="checkbox"/> Jeugdgezondheidszorg <input type="checkbox"/> Alcoholpreventie <input type="checkbox"/> Een ander werkveld (invullen in de tekstregel): <input type="checkbox"/> <input type="text"/>
3.	Hoeveel jaar ervaring heeft u in uw huidige (of soortgelijke) functie? <input type="text"/>jaar
4.	Hoeveel uren heeft u per week aan openbare gezondheid te besteden? <input type="text"/>uur
5.	Hoeveel uren heeft u per week aan jeugdgezondheidszorg te besteden? <input type="text"/>uur

6.	Hoeveel uren heeft u per week aan alcoholpreventie te besteden?
	<input type="text" value=".....uur"/>

continue. . .

7.	Heeft u in het verleden bij uw werkzaamheden voor de gemeente wel eens gebruik gemaakt van epidemiologische gegevens van de GGD regio Twente?
	<input type="radio"/> Ja, ga verder met vraag 9 <input type="radio"/> Nee, ga verder met vraag 8

8.	Waarom heeft u nooit gebruik gemaakt van epidemiologische gegevens van de GGD? Meerdere opties zijn mogelijk
	<input type="checkbox"/> Wegens tijdgebrek <input type="checkbox"/> Onbekend wat de GGD levert aan gegevens <input type="checkbox"/> Gegevens van andere instanties gebruikt <input type="checkbox"/> De gegevens van de GGD gaven geen goed antwoord (zie vraag 10) <input type="checkbox"/> Iets anders (invullen in de tekstregel): <input type="checkbox"/> <input style="width: 150px;" type="text"/>

9.	Waar heeft u de epidemiologische gegevens van de GGD regio Twente voor gebruikt? Meerdere opties zijn mogelijk
	<input type="checkbox"/> Kiezen van prioriteiten voor de agenda/beleidskeuzes <input type="checkbox"/> Onderbouwing van beleidskeuzes <input type="checkbox"/> Zoeken naar oplossingen voor maatschappelijke problemen <input type="checkbox"/> Voor het vaststellen van een uitvoeringsprogramma <input type="checkbox"/> Vaststellen van het effect van beleid <input type="checkbox"/> Nodig om direct een vraag (in de waan van de dag) te beantwoorden <input type="checkbox"/> Algemene informatie nodig voor een presentatie <input type="checkbox"/> Iets anders (invullen in de tekstregel): <input type="checkbox"/> <input style="width: 150px;" type="text"/>

10.	Wat mist u in het huidige aanbod van epidemiologisch gegevens van de GGD regio Twente? Waar liggen de knelpunten? Meerdere opties zijn mogelijk.
	<input type="checkbox"/> Niets, de gegevens van de GGD zijn goed <input type="checkbox"/> Onbekend waar de info te vinden is <input type="checkbox"/> De informatie is onduidelijk <input type="checkbox"/> De informatie biedt geen oplossingen <input type="checkbox"/> De informatie is teveel versnipperd <input type="checkbox"/> De informatie is niet te vergelijken <input type="checkbox"/> De informatie is niet actueel genoeg <input type="checkbox"/> De informatie is niet relevant <input type="checkbox"/> Iets anders (invullen in de tekstregel): <input type="checkbox"/> <input style="width: 100px;" type="text"/>

continue. . .

11.	Over welke gezondheidsonderwerpen denkt u in de toekomst epidemiologische gegevens van de GGD regio Twente nodig te hebben? Meerdere opties zijn mogelijk.
	<input type="checkbox"/> Lichamelijke gezondheid <input type="checkbox"/> Psychische gezondheid <input type="checkbox"/> Sociale (relaties)gezondheid <input type="checkbox"/> Milieu en omgeving <input type="checkbox"/> Zorggebruik <input type="checkbox"/> Zorgbehoefte <input type="checkbox"/> Iets anders (graag invullen in de tekstregel): <input type="checkbox"/> <input style="width: 100px;" type="text"/>

12.	Wat voor soort informatie over gezondheidsproblemen vindt u belangrijk? Graag bij de vraag de optie aangeven die het beste bij uw mening past, u kunt antwoorden op een 5-puntsschaal van onbelangrijk naar heel belangrijk.				
		onbelangrijk			heelbelangrijk
	Omvang	○	○	○	○
	Prognoses/trends	○	○	○	○
	Oorzaken	○	○	○	○

Risicogroepen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Praktische oplossingen/interventies	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

continue . . .

13.	Op welk aggregatieniveau wilt u gegevens hebben over gezondheidsproblemen? Meerdere opties zijn mogelijk
	<input type="checkbox"/> Landelijk <input type="checkbox"/> Regionaal <input type="checkbox"/> Gemeente <input type="checkbox"/> Wijk/buurt <input type="checkbox"/> School

14.	Vindt u het belangrijk dat er vergelijkingen kunnen worden gemaakt met de epidemiologische gegevens? Zo ja, welke vergelijkingen? Meerdere opties zijn mogelijk
	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, vergelijken Twente met landelijke info <input type="checkbox"/> Ja, vergelijken Twentse gemeenten met andere gemeenten in Nederland <input type="checkbox"/> Ja, vergelijken Twentse gemeenten onderling <input type="checkbox"/> Ja, vergelijken wijken in gemeenten onderling <input type="checkbox"/> Ja, vergelijken scholen onderling <input type="checkbox"/> Ja, vergelijken in de tijd

15.	In welke vorm wilt u de epidemiologische gegevens van de GGD regio Twente aangeleverd hebben? Meerdere opties zijn mogelijk
	<input type="checkbox"/> Een gedrukt rapport <input type="checkbox"/> Via een website <input type="checkbox"/> Via een presentatie <input type="checkbox"/> Een adviesgesprek met de GGD regio Twente <input type="checkbox"/> Op een andere manier (graag invullen in de tekstregel): <input type="checkbox"/> <input style="width: 150px; height: 15px;" type="text"/>

continue . . .

De volgende vragen gaan over de case alcoholgebruik, die zal worden gebruikt als voorbeeld in de ontwikkeling van de rVTV. Wilt u de vragen ook invullen wanneer u onbekend bent met gegevens over alcohol? Houdt u daarbij de beleidsvorming over alcoholgebruik in uw achterhoofd.

16.	Stel u heeft gegevens nodig over alcoholgebruik door jongeren in de regio Twente, wat vindt u in dat geval de belangrijkste informatie? U kunt 15 punten verdelen over de 10 opties. U kunt ervoor kiezen om elke optie één of hoogstens 2 punten te geven, of de 15 punten worden aan één optie toegekend. Vul de punten in het bijbehorende vakje in.																								
	<table><tr><td>Omvang van alcoholgebruik</td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td>Prognoses/trends in alcoholgebruik</td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td>De oorzaken van alcoholgebruik</td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td>Risicogroepen van alcoholgebruik</td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td>De relatie met andere leefstijlfactoren</td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td>De relatie met gezondheid</td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td>Omvang alcoholgerelateerde problematiek</td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td>Aantal opnames in ziekenhuis</td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td>Mening van ouders over alcoholgebruik</td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td>Praktische oplossingen voor preventie</td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td></td><td>[0]</td></tr><tr><td></td><td>[0]</td></tr></table>	Omvang van alcoholgebruik	<input type="text"/>	Prognoses/trends in alcoholgebruik	<input type="text"/>	De oorzaken van alcoholgebruik	<input type="text"/>	Risicogroepen van alcoholgebruik	<input type="text"/>	De relatie met andere leefstijlfactoren	<input type="text"/>	De relatie met gezondheid	<input type="text"/>	Omvang alcoholgerelateerde problematiek	<input type="text"/>	Aantal opnames in ziekenhuis	<input type="text"/>	Mening van ouders over alcoholgebruik	<input type="text"/>	Praktische oplossingen voor preventie	<input type="text"/>		[0]		[0]
Omvang van alcoholgebruik	<input type="text"/>																								
Prognoses/trends in alcoholgebruik	<input type="text"/>																								
De oorzaken van alcoholgebruik	<input type="text"/>																								
Risicogroepen van alcoholgebruik	<input type="text"/>																								
De relatie met andere leefstijlfactoren	<input type="text"/>																								
De relatie met gezondheid	<input type="text"/>																								
Omvang alcoholgerelateerde problematiek	<input type="text"/>																								
Aantal opnames in ziekenhuis	<input type="text"/>																								
Mening van ouders over alcoholgebruik	<input type="text"/>																								
Praktische oplossingen voor preventie	<input type="text"/>																								
	[0]																								
	[0]																								

17.	Wat vindt u belangrijke accenten van alcoholgebruik door jongeren? Specifiek voor de omvang van het probleem. Meerdere opties zijn mogelijk.
	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Tijdstip van drinken (week of weekend)<input type="checkbox"/> Aantal glazen per drinkmoment<input type="checkbox"/> Aantal drinkmomenten per week<input type="checkbox"/> Soort drank (Bier, wijn, sterke drank)<input type="checkbox"/> Binge-drinken (meer dan 5 glazen per keer)<input type="checkbox"/> Plaats van drinkmoment (bv. thuis/café)<input type="checkbox"/> Aantal keren dronken/aangeschoten<input type="checkbox"/> De leeftijd van het eerste drankje<input type="checkbox"/> De leeftijd van regelmatig drinken

continue . . .

continue . . .

18.	Op welk aggregatieniveau wilt u gegevens hebben over alcoholgebruik door jongeren in uw regio? Meerdere opties zijn mogelijk
	<input type="checkbox"/> Landelijk <input type="checkbox"/> Regionaal <input type="checkbox"/> Gemeente <input type="checkbox"/> Wijkbuurt <input type="checkbox"/> School

19.	Vindt u het belangrijk dat er vergelijkingen kunnen worden gemaakt met de epidemiologische gegevens over alcoholgebruik? Zo ja, welke vergelijkingen? Meerdere opties zijn mogelijk
	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, vergelijk Twente met landelijke info <input type="checkbox"/> Ja, vergelijk Twentse gemeenten met gemeenten in Nederland <input type="checkbox"/> Ja, vergelijk Twentse gemeenten onderling <input type="checkbox"/> Ja, vergelijk wijken in gemeenten onderling <input type="checkbox"/> Ja, vergelijk scholen onderling <input type="checkbox"/> Ja, vergelijk in de tijd

20.	In welke vorm wilt u gegevens over alcoholgebruik door jongeren ontvangen?
	<input type="radio"/> Puur epidemiologische gegevens (cijfers) <input type="radio"/> Cijfers met aanbevelingen voor beleid <input type="radio"/> Adviezen voor oplossingen (interventies) <input type="radio"/> Een combinatie van alle drie de opties.

continue . . .

Tot slot zouden wij graag nog wat algemene gegevens van u willen weten.

21.	Wat is uw geboortejaar? Graag hieronder invullen.
	<input type="text" value="19.."/>

22.	Wat is uw geslacht?
	<input type="radio"/> Man <input type="radio"/> Vrouw

23.	Wat is uw hoogst voltooide opleiding?
	<input type="radio"/> Geen opleiding (lager onderwijs niet afgemaakt) <input type="radio"/> Lager onderwijs (basisschool, speciaal basisonderwijs) <input type="radio"/> Lager of voorbereidend beroepsonderwijs (zoals LTS, LEAO, LHNO, VMBO) <input type="radio"/> Middelbaar algemeen voortgezet onderwijs (zoals MAVO, (M)ULO, MBO-kort, VMBO-t) <input type="radio"/> Middelbaar beroepsonderwijs en beroepsbegeleidend onderwijs (zoals MBO-lang, MTS, MEAO, BOL, BBS, INAS) <input type="radio"/> Hoger algemeen en voorbereidend wetenschappelijk onderwijs (HAVO, VWO, Atheneum, Gymnasium, HBS, MMS) <input type="radio"/> Hoger beroepsonderwijs (zoals HBO, HTS, HBO-V) <input type="radio"/> Wetenschappelijk onderwijs <input type="radio"/> anders (graag hieronder invullen): <input type="radio"/> <input type="text"/>

Klaar! Submit . . .

Bijlage 3: Resultaten vragenlijst gemeenteambtenaren (overgenomen van de online resultaten van ThesisTools)

Results n=10
no answer excluded
Publish results to the Internet

In welk werkveld bent u actief? Meerdere opties zijn mogelijk.		
Openbare gezondheidszorg	#6	25%
Jeugdgezondheidszorg	#4	17%
Alcoholpreventie	#6	25%
Een ander werkveld (invullen in de tekstre...	#3	13%
other:	#2	8%
<i>n=24</i>		

Heeft u in het verleden bij uw werkzaamheden voor de gemeente wel eens gebruik gemaakt van epidemiologische gegevens van de GGD regio Twente?		
Ja, ga verder met vraag 9	#8	89%
Nee, ga verder met vraag 8	#1	11%
<i>n=9</i>		

Waarom heeft u nooit gebruik gemaakt van epidemiologische gegevens van de GGD? Meerdere opties zijn mogelijk.		
Wegens tijdgebrek	#0	0%
Onbekend wat de GGD levert aan gegevens	#0	0%
Gegevens van andere instanties gebruikt	#0	0%
De gegevens van de GGD gaven geen goed ant...	#0	0%
Iets anders (invullen in de tekstregel):	#1	33%
other:	#1	33%
<i>n=3</i>		

Waar heeft u de epidemiologische gegevens van de GGD regio Twente voor gebruikt? Meerdere opties zijn mogelijk.		
Kiezen van prioriteiten voor de agenda/bel...	#6	19%
Onderbouwing van beleidskeuzes	#8	25%
Zoeken naar oplossingen voor maatschappeli...	#2	6%
Voor het vaststellen van een uitvoeringspr...	#2	6%
Vaststellen van het effect van beleid	#3	9%
Nodig om direct een vraag (in de waan van ...	#3	9%
Algemene informatie nodig voor een present...	#3	9%
Iets anders (invullen in de tekstregel):	#1	3%
other:	#2	6%
<i>n=32</i>		

Wat mist u in het huidige aanbod van epidemiologisch gegevens van de GGD regio Twente? Waar liggen de knelpunten? Meerdere opties zijn mogelijk.

Niets, de gegevens van de GGD zijn goed	#2	11%
Onbekend waar de info te vinden is	#2	11%
De informatie is onduidelijk	#1	5%
De informatie biedt geen oplossingen	#1	5%
De informatie is teveel versnipperd	#2	11%
De informatie is niet te vergelijken	#4	21%
De informatie is niet actueel genoeg	#5	26%
De informatie is niet relevant	#0	0%
Iets anders (invullen in de tekstregel):	#0	0%
other:	#1	5%
<i>n=19</i>		

Over welke gezondheidsonderwerpen denkt u in de toekomst epidemiologische gegevens van de GGD regio Twente nodig te hebben? Meerdere opties zijn mogelijk.

Lichamelijke gezondheid	#9	20%
Psychische gezondheid	#8	17%
Sociale (relaties) gezondheid	#8	17%
Milieu en omgeving	#6	13%
Zorggebruik	#5	11%
Zorgbehoefte	#7	15%
Iets anders (graag invullen in de tekstreg...)	#1	2%
other:	#1	2%
<i>n=46</i>		

Wat voor soort informatie over gezondheidsproblemen vindt u belangrijk? Graag bij de vraag de optie aangeven die het beste bij uw mening past, u kunt antwoorden op een 5-puntsschaal van onbelangrijk naar heel belangrijk.

Omvang

	onbelangrijk
1	#0, 0%
2	#0, 0%
3	#1, 11%
4	#5, 56%
5	#3, 33%
	heel belangrijk
<i>n=9</i>	

Prognoses/trends

	onbelangrijk
1	#0, 0%
2	#0, 0%
3	#1, 11%
4	#6, 67%
5	#2, 22%
	heel belangrijk
<i>n=9</i>	

Oorzaken

	onbelangrijk
1	#0, 0%
2	#0, 0%
3	#0, 0%
4	#4, 44%
5	#5, 56%
	heel belangrijk

n=9

Risicogroepen

	onbelangrijk
1	#0, 0%
2	#0, 0%
3	#0, 0%
4	#5 56%
5	#4 44%
	heel belangrijk

n=9

Praktische oplossingen/interventies

	onbelangrijk
1	#0, 0%
2	#0, 0%
3	#1 11%
4	#3 33%
5	#5 56%
	heel belangrijk

n=9

Op welk aggregatieniveau wilt u gegevens hebben over gezondheidsproblemen? Meerdere opties zijn mogelijk.

Landelijk	#3 10%
Regionaal	#7 24%
Gemeente	#9 31%
Wijk/buurt	#6 21%
School	#4 14%

n=29

Vindt u het belangrijk dat er vergelijkingen kunnen worden gemaakt met de epidemiologische gegevens? Zo ja, welke vergelijkingen? Meerdere opties zijn mogelijk.

Nee	#0, 0%
Ja, vergelijken Twente met landelijke info...	#4 13%
Ja, vergelijken Twentse gemeenten met ande...	#7 23%
Ja, vergelijken Twentse gemeenten onderlin...	#7 23%
Ja, vergelijken wijken in gemeenten onderl...	#5 16%
Ja, vergelijken scholen onderling	#3 10%
Ja, vergelijken in de tijd	#5 16%

n=31

In welke vorm wilt u de epidemiologische gegevens van de GGD regio Twente aangeleverd hebben? Meerdere opties zijn mogelijk.

Een gedrukt rapport	#7 25%
Via een website	#6 21%
Via een presentatie	#3 11%
Een adviesgesprek met de GGD regio Twente	#4 14%
Op een andere manier (graag invullen in de...	#0, 0%
other:	#4 14%

n=28

Wat vindt u belangrijke accenten van alcoholgebruik door jongeren? Specifiek voor de omvang van het probleem. Meerdere opties zijn mogelijk.

Tijdstip van drinken (week of weekend)	#1 3%
Aantal glazen per drinkmoment	#6 16%
Aantal drinkmomenten per week	#5 14%

Soort drank (Bier, wijn, sterke drank)	#3	8%
Binge-drinken (meer dan 5 glazen per keer...)	#4	11%
Plaats van drinkmoment (bv. thuis/café)	#6	16%
Aantal keren dronken/aangeschoten	#3	8%
De leeftijd van het eerste drankje	#3	8%
De leeftijd van regelmatig drinken	#6	16%
n=37		

Op welk aggregatieniveau wilt u gegevens hebben over alcoholgebruik door jongeren in uw regio? Meerdere opties zijn mogelijk.

Landelijk	#3	14%
Regionaal	#6	29%
Gemeente	#7	33%
Wijk/buurt	#4	19%
School	#1	5%
n=21		

Vindt u het belangrijk dat er vergelijkingen kunnen worden gemaakt met de epidemiologische gegevens over alcoholgebruik? Zo ja, welke vergelijkingen? Meerdere opties zijn mogelijk.

Nee	#0	0%
Ja, vergelijken Twente met landelijke info...	#4	17%
Ja, vergelijken Twentse gemeenten met geme...	#3	13%
Ja, vergelijken Twentse gemeenten onderlin...	#5	22%
Ja, vergelijken wijken in gemeenten onderl...	#5	22%
Ja, vergelijken scholen onderling	#2	9%
Ja, vergelijken in de tijd	#4	17%
n=23		

In welke vorm wilt u gegevens over alcoholgebruik door jongeren ontvangen?

Puur epidemiologische gegevens (cijfers)	#0	0%
Cijfers met aanbevelingen voor beleid	#1	14%
Adviezen voor oplossingen (interventies)	#0	0%
Een combinatie van alle drie de opties.	#6	86%
n=7		

Wat is uw geslacht?

Man	#2	25%
Vrouw	#6	75%
n=8		

Wat is uw hoogst voltooide opleiding?

Geen opleiding (lager onderwijs niet afgem...)	#0	0%
Lager onderwijs (basisschool, speciaal bas...)	#0	0%
Lager of voorbereidend beroepsonderwijs (z...)	#0	0%
Middelbaar algemeen voortgezet onderwijs (...)	#0	0%
Middelbaar beroepsonderwijs en beroepsbege...	#0	0%
Hoger algemeen en voorbereidend wetenschap...	#0	0%
Hoger beroepsonderwijs (zoals HBO,HTS, HBO...)	#4	50%
Wetenschappelijk onderwijs	#4	50%
anders (graag hieronder invullen):	#0	0%
no answer	#0	0%
n=8		