

Hoge hakken *in de klei*

Maria Jansen
Karin Burhenne
Mizzi Middelweerd



Hoge hakken *in de klei*

Verankering van de Academische Werkplaatsen Publieke
Gezondheid kansrijk in een ondernemende GGD

Maria Jansen
Karin Burhenne
Mizzi Middelweerd

Colofon

Ontwerp en realisatie: Brigitte Schellens | Vormgeving magazines, Bemelen
Fotografie: Henry Peters | Fotostudio [G2], Geleen; Brigitte Schellens;
Shutterstock.

Deze uitgave is mede mogelijk gemaakt door een bijdrage van:
ZonMw en GGD Zuid Limburg



Een publicatie van Academische Werkplaats Publieke Gezondheid /
GGD Zuid Limburg
Postbus 2022, 6160 HA Geleen
Telefoon: (046) 850 55 05
www.academischewerkplaatslimburg.nl

Auteursrecht voorbehouden
© Maria Jansen, Karin Burhenne, Mizzi Middelweerd, 2014

*Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvou-
digd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar ge-
maakt worden in enige vorm of op enige wijze hetzij elektronisch, mechanisch,
door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande
schriftelijke toestemming van de auteurs.*

ISBN: 978-90-9028591-7

Inhoud

- 4 Voorwoord
- 6 Hoofdstuk 1: Waar staan we anno 2014?
- 18 Diamant AW Milieu en Gezondheid: Crisiscommunicatie bij rook en branden
- 21 Diamant AWPG Cephir: Genotmiddelen preventie in het voortgezet speciaal onderwijs
- 24 Hoofdstuk 2: Op het scherp van de snede: academische werkplaatsen balanceren tussen coördineren en verantwoorden
- 32 Diamant AWPG Agora: Met SLIMMER diabetes voorkomen
- 35 Diamant AWPG Amphi: Het doorontwikkelen van wijkanalyses
- 38 Hoofdstuk 3: De Klein maar Fijn methode: vliegwiel voor een goede samenwerking tussen beleid, praktijk en onderzoek
- 53 Diamant AWPG Limburg: 'De waarde van [G]OUD', een onderzoek naar het vroegtijdig opsporen van 75-plussers in een kwetsbare positie vanuit de huisartsenpraktijk
- 56 Diamant AWPG Noordelijk Zuid Holland: Een goede communicatie bij de uitbraak van dreigende infectieziekten
- 59 Hoofdstuk 4: De kracht van kennisnetwerken
- 67 Diamant AWPG Noordelijk Nederland: Ketenaanpak kinderen met overgewicht in Smallerland
- 70 Diamant AW JGZ Noord-Holland VUmc: Ontwikkelen protocol gericht op ziekteverzuim reductie onder Amsterdamse MBO leerlingen door de jeugdarts
- 73 Hoofdstuk 5: Doorgaan op de ingeslagen weg
- 87 Diamant AW G4-User: Een monitor Openbare Geestelijke Gezondheidszorg voor de G4
- 90 Diamant AWPG Brabant: Bemoeizorg in de Jeugdgezondheidszorg: de effecten van Vangnet Jeugd
- 93 Hoofdstuk 6: De programmacommissie Academische Werkplaatsen Publieke Gezondheid: een ondernemende en activistische GGD?!
- 97 Diamant AWPG Sarphati Initiatief: Het onderzoek naar hepatitis C
- 100 Hoofdstuk 7: Verankeren in 10 stappen
- 107 Auteurs en leescommissie
- 109 Afkortingen
- 110 Academische Werkplaatsen Publieke Gezondheid in Nederland



Voorwoord

Acht jaar academiseren: succesvol ploeteren in vruchtbare klei

Hoge hakken in de klei, zo luidt de titel van het boekje dat voor u ligt. In onze ogen het logisch vervolg op *Hoge hakken, lange tenen*, dat in 2011 verscheen. Daarin schetsten we destijds de start van de Academische Werkplaatsen Publieke Gezondheid en de daarop volgende periode (2005-2011). We gingen in op vragen als: wat is nodig om te academiseren, wat zijn in dat proces de mogelijke valkuilen en welke successen zijn al geboekt?

Inmiddels zijn we bijna vier jaar verder. Ook in de voorbije periode (2011-2014) heeft het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) fors geïnvesteerd in de academisering, met als uiteindelijk doel de academische werkplaatsen een definitief karakter te geven. Feitelijk gaat het dan om virtuele samenwerkingsverbanden van tenminste één Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst (GGD), de bijbehorende gemeenten en een (buiten-)universitaire onderzoekinstelling. Samen zetten zij zich in voor het beschermen en bevorderen van de gezondheid van de burger. Zo worden kennis en kunde uit de werelden van beleid, onderzoek en praktijk constant uitgewisseld. Het direct gevolg is wetenschappelijk onderzoek dat bruikbare producten of diensten oplevert waar de burger van profiteert.

Maar zoals we in 2011 al schetsten, is de samenwerking tussen beleidsmakers, onderzoekers en praktijkprofessionals allermindst

vanzelfsprekend. Hoge hakken zijn nodig om over de muren van de eigen instelling heen te kijken. Zo wordt van een onderzoeker verwacht dat hij gebruik maakt van de kennis die in de praktijk en bij burgers voorhanden is. Andersom wordt van de beleidsmaker verwacht dat hij wetenschappelijke kennis meeneemt in zijn beslissingen, bijvoorbeeld bij het uitzetten van een alcoholmatigingsbeleid. De professional wordt tot slot geacht een effectief gebleken aanpak in de praktijk te brengen, bijvoorbeeld in de wijk, de school of het gezondheidscentrum waar hij werkt. Als dat niet goed lukt, kunnen beleidsmakers, onderzoekers en professionals opnieuw samen op zoek gaan naar een betere, effectieve aanpak. Kenniscopproductie noemen we dat in dit tweede deel.

Kenniscopproductie is niet vanzelfsprekend. Het vereist een vruchtbare, voedselrijke bodem, zoals klei! Dat betekent vaak ploeteren om vooruit te komen, zeker op hoge hakken die steeds wegzakken. Partijen moeten dus bereid zijn om zich echt in te zetten en samen op zoek te gaan naar passende antwoorden op maatschappelijke vraagstukken. Daartoe moeten zij bovendien constant voeling blijven houden met die maatschappij: opnieuw hakken in de klei dus! Tot slot moeten zij blijven volgen of hun inspanningen wel het gewenste resultaat opleveren. Ook daarvoor is een blijvend contact met de maatschappelijke praktijk een voorwaarde.

In *Hoge hakken in de klei* schetsen we de huidige stand van zaken. Daarbij gaan we in op de vraag of GGD'en in staat zijn om te academiseren en wat partijen tot nu toe bereikt hebben. Helder is dat zij allemaal op hoge hakken zijn gaan staan om het zicht te verbreden. Hun inspanningen vallen in vruchtbare klei: de investeringen van het ministerie verdienen zichzelf immers terug. Niettemin levert het 'grensverkeer' in de samenwerking nog regelmatig problemen op. Gastschrijvers Rik Wehrens, Marleen Bekker en Roland Bal van het instituut Beleid Management Gezondheidszorg van de Erasmus Universiteit Rotterdam gaan daar in een apart hoofdstuk op in. Zij laten zien dat evenwichtskunst is vereist om de samenwerking te kunnen coördineren en deze tegelijkertijd in de thuisorganisatie te kunnen verantwoorden. Er bestaat geen blauwdruk voor die evenwichtskunst. Kneden en boetsen blijft nodig. Op alle fronten. Zo werd gaandeweg bijvoorbeeld duidelijk dat de promotieonderzoeken binnen de academische werkplaatsen geen passend antwoord vormden op concrete beleidsvragen van gemeenten. Om die reden werd de Klein maar Fijn methode ontwikkeld: kleinschalige en kortdurende onderzoeken die gemeenten onder andere helpen het juiste beleid uit te zetten. De methode is vruchtbaar gebleken: gemeenten zijn in de voorbije periode van vier jaar duidelijk meer betrokken geraakt bij de academisering.

In die vier jaar werd ook helder dat maatschappelijke vragen regelmatig zo complex zijn, dat een verbreding van de samenwerking vereist is. Als uitvloeisel van de academische werkplaatsen ontstonden zodoende op verschillende plaatsen de zogeheten kennisnetwerken. In *Hoge hakken in de klei* laten we zien hoe deze kennisnetwerken proberen de samenwerking handen en voeten te geven.

Alles bij elkaar opgeteld is duidelijk dat de samenwerking van betrokken partijen door de investering van VWS een enorme boost heeft gekregen. Toch is het nog steeds de vraag of het lukt om de samenwerking binnen de academische werkplaatsen een definitief karakter te geven, zoals VWS nastreeft. In *Hoge hakken in de klei* schetsen we hoe moeilijk het is om de samenwerkingsconstructie duurzaam te laten zijn en te veran-

keren. Een belangrijke reden is dat GGD'en het lastig vinden om voldoende financiële middelen vrij te spelen. Daarnaast blijkt de vereiste flexibiliteit om bestaande werkpatronen te doorbreken, niet altijd aanwezig. Die situatie zal betrokkenen dwingen op zoek te gaan naar creatieve omwegen, zodat het doel toch bereikt kan worden: blijvend werken aan het academiseren en verbeteren van de publieke gezondheidszorg. De tien stappen van verankeren, zoals die aan het slot van dit boek beschreven worden, kunnen daar bij helpen.

Anno 2014 staat vast dat de academisering de praktijk op tal van plaatsen al beïnvloed en veranderd heeft. Daarvan getuigen de 'diamantjes', de verhalen van elf academische werkplaatsen die ter afwisseling van de zeven hoofdstukken in dit boek zijn opgenomen. De werkplaatsen droegen zelf de onderwerpen aan voor deze 'diamantjes': verhalen die schitterend illustreren wat er allemaal mogelijk is met academiseren, maar soms ook hoe moeilijk dat is. De interviews met ambtenaren in het hoofdstuk over de Klein maar Fijn methode maken dat eveneens duidelijk. Karin Burhenne was verantwoordelijk voor deze interviews en de 'diamantjes', evenals voor de tekstredactie. Mizzi Middelweerd schoof voor dit tweede deel aan voor het onderzoekswerk. Zij sprak met alle academische werkplaatsen, woonde diverse overleggen bij, inventariseerde de projecten en bracht de investeringen en opbrengsten in kaart. Op basis van al die informatie componeerde Maria Jansen de hoofdstukken, uitgezonderd het hoofdstuk van de gastschrijvers. Samen met Karin Burhenne tekende zij in Utrecht bovendien de informatie op voor het hoofdstuk dat volledig gewijd is aan de visie en conclusies van de programmacommissie van ZonMw.

Wij hopen dat *Hoge hakken in de klei*, net zoals *Hoge hakken, lange tenen* de weg vindt naar een breed lezerspubliek van lokale, provinciale en landelijke overheden, onderzoeksinstituten en uitvoeringsorganisaties. Wij wensen u veel leesplezier.

Maria Jansen, Karin Burhenne en Mizzi Middelweerd





Hoofdstuk 1

Waar staan we anno 2014?

In dit hoofdstuk:

In 2006¹ zijn negen Academische Werkplaatsen Publieke Gezondheid van start gegaan, met steun van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en ZonMw. In 2011 beschreven we al de uitgangspunten en het doel van de werkplaatsen in het boekje *Hoge hakken, lange tenen*. Anno 2014 schetsen we de ontwikkelingen sinds die tijd. Is het GGD'en gelukt om te academiseren? Zijn de belangrijkste randvoorwaarden gerealiseerd?

Academisering van de publieke gezondheid

Academische Werkplaatsen Publieke Gezondheid zijn niet meer weg te denken binnen de werksetting van de GGD. De werkplaatsen hebben inmiddels een stevige positie gekregen. De meeste GGD'en zien voordelen in de samenwerking met de 'academie'. Waar in het begin de naam 'academische werkplaats' nog kritische reacties opriep, staat deze inmiddels niet meer ter discussie. Bij de start heerste nog het idee dat de verwijzing naar de academie bij gemeenten en GGD'en een zekere terughoudendheid en angst voor een te sterk accent op de wetenschap zou oproepen. Want die wetenschap, zo was de verwachting, zou maatschappelijke vraagstellingen niet altijd voldoende interessant vinden. Bovendien leefde onder critici het gevoel dat de wetenschappelijke eisen de bovenaan zouden gaan voeren, waardoor de bruikbaarheid van de verkregen onderzoeksresultaten voor de beleidspraktijk in het gedrang zou kunnen komen. Kortom, angst voor ivoren toren onderzoek. Inmiddels is duidelijk dat de werkplaats niet zonder de academie kan en de academie juist meer waarde is gaan hechten aan maatschappelijke onderzoeksvraagstellingen. De naam 'academische werkplaats' geeft dus juist heel goed uitdrukking aan die samenwerking. Bovendien biedt de academische werkplaats de GGD ook enige vrijheid om met verworven subsidies diepgaander onderzoek te doen. Dat gebeurt in het belang van de gemeente zonder dat daarvoor een

beroep hoeft te worden gedaan op het gemeentebudget. Ook is het besef gegroeid dat academisering meer is dan professionalisering. Bij professionalisering staat de kwaliteit van het professioneel handelen voorop, dus vakbekwaamheid op basis van beschikbare kennis, protocollen en richtlijnen. Bij academisering gaat het om het toevoegen van nieuwe kennis aan de reeds bestaande, internationaal beschikbare wetenschappelijke kennis. Innovatie, nieuwe *evidence*, staat centraal in de academisering, met het accent op *practice-based evidence* naast *evidence-based practice*. Met die nieuwe kennis kunnen praktijkuitvoering en beleid goed gefundeerd worden opgezet. Dit resulteert dan weer in *evidence-informed policy*. Dit alles met het doel om de publieke gezondheid te verbeteren zodat de burger er beter van wordt. Dat betekent dat de levenskwaliteit van de burger er op vooruit gaat.

De verschillende werkplaatsen concentreren zich op specifieke thema's. Zo is er een landelijke werkplaats die gespecialiseerd is in het thema milieu en gezondheid. Een aantal werkplaatsen richt zich op infectieziektebestrijding. Andere werkplaatsen hebben de jeugd als thema of concentreren zich op epidemiologie, crisisbeheersing of gezondheidsbevordering. Voor de thema's openbare geestelijke gezondheidszorg en bevolkingskrimp in relatie tot gezondheid zijn op een later moment nog twee Academische Werkplaatsen Publieke Gezondheid toegevoegd aan de negen die in 2006 van start zijn gegaan. In de werkplaats gericht op het thema openbare geestelijke gezondheidszorg werken vier grote gemeenten samen, te weten Rotterdam, Amsterdam, Utrecht en Den Haag. De werkplaats gericht op de bevolkingskrimp bevindt zich in Noord-Nederland, het gebied waar de krimp het meest voelbaar is. Voor een overzicht van de werkplaatsen en de thema's, zie www.awpg.nl en achterin dit boekje.

Academische werkplaatsen bestaan uit twee onderdelen, namelijk een samenwerkingsinfrastructuur en inhoudelijke projecten.

¹ Formeel is de eerste termijn van het ZonMw-programma Academische Werkplaatsen Publieke Gezondheid in 2005 gestart, de tweede termijn in 2009. De meeste werkplaatsen zijn een jaar later gestart, daarom houden wij hier het jaartal 2006 aan voor de start en 2010 voor de vervolgfase.



Wat is evidence?

Evidence-based practice en *evidence-based policy* leggen het accent op het uitvoeren van een handeling door een beroepsbeoefenaar of het ontwikkelen van beleid door een beleidsambtenaar op basis van de best beschikbare informatie over doelmatigheid en doeltreffendheid. Professionals, beleidsmakers en cliënten toetsen die informatie op bruikbaarheid voor beleid en praktijk.

Practice-based evidence legt vooral de nadruk op de ervaringskennis van de professional en cliënt en werkt van hieruit toe naar de best beschikbare informatie over doelmatigheid en doeltreffendheid. De context van het beroepsmatig handelen en de professionele autonomie van de beroepsbeoefenaar vormen dus het uitgangspunt.

Evidence-informed policy streeft ernaar om beleidsbeslissingen te baseren op de best beschikbare informatie over doelmatigheid en doeltreffendheid. Op systematische en transparante wijze wordt de beschikbare informatie beoordeeld en als input gebruikt in de besluitvorming. Beleidsbeslissingen zijn niet alleen op *evidence* gebaseerd. In de besluitvorming wegen ook politieke motieven mee. Soms staat een besluit haaks op de beschikbare *evidence*, omdat er andere, democratisch ingegeven redenen voor zijn. Zo kan een vergunning voor een *fast food* keten geëigend zijn vanwege de werkgelegenheid en het terugdringen van winkelleegstand terwijl die indruist tegen de beschikbare *evidence* over gezondheidsbescherming van de burger.

De infrastructuur en de inhoudelijke projecten zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. Zonder infrastructuur is er geen trekker, noch menskracht en middelen om inhoudelijke vraagstellingen projectmatig uit te werken en daar financiering voor te vinden. Zonder inhoudelijke projecten is de infrastructuur een lege huls. De infrastructuur is een geformaliseerd samenwerkingsverband tussen partners op het gebied van het onderzoek, de gezondheidspraktijk² en het gezondheidsbeleid³. Vanuit deze infrastructuur worden inhoudelijke vraagstellingen van gemeenten, maar ook van andere partners, door middel van wetenschappelijk onderzoek beantwoord.

Vermaatschappelijking van de wetenschap

De werkplaatsen letten niet louter op de wetenschappelijke eisen die worden gesteld aan onderzoek, maar hebben vooral oog voor de maatschappelijke relevantie ervan. Zo kan de toepasbaarheid van (nieuwe en bestaande) kennis in een andere gemeente of in een andere context worden bestudeerd. Wetenschappelijk onderzoek en de kennis die daaruit voortvloeit, zijn van belang voor de samenleving zodra ze praktische waarde en toepassing krijgen. Dat laatste noemen we valorisatie. Kennisvalorisatie krijgt binnen de universiteiten meer aandacht dan in het verleden. Daar zijn de werkplaatsen mee gebaat. Er wordt dus onderzoek gedaan waar de samenleving van profiteert.

² Met gezondheidspraktijk wordt hier bedoeld: het totaal van alle organisaties die zich richten op de uitvoering van gezondheidsbescherming, gezondheidsbevordering en ziektepreventie. De gezondheidspraktijk omvat de uitvoering van de publieke gezondheidszorg in verbinding met de eerstelijns (geestelijke) gezondheidszorg en de zorg voor wonen, welzijn en veiligheid.

³ Met beleid wordt hier bedoeld: het gezondheidsbeleid van overheidswege, d.w.z. van lokale, provinciale en landelijke overheden dat samen met publieke en private partijen wordt uitgevoerd. Gezondheidsbeleid omvat beleid dat ten doel heeft de blootstelling aan gezondheidsbedreigende omgevingsfactoren te beperken (gezondheidsbescherming), een gezonde leefstijl te stimuleren (gezondheidsbevordering) en ziekten te voorkomen of vroegtijdig te signaleren (ziektepreventie). Bij voorkeur worden gezondheidsbescherming en -bevordering en ziektepreventie in samenhang uitgevoerd. Ander beleid dan volksgezondheidsbeleid dat bijdraagt aan gezondheidsverbetering is minstens zo belangrijk, denk aan beleid inzake wonen, werken, welzijn, veiligheid, onderwijs, milieu en verkeer (integraal gezondheidsbeleid).

Het onderzoek richt zich primair op de publieke gezondheidszorg en is bedoeld om het welbevinden en de kwaliteit van leven van alle burgers te beschermen en te bevorderen. In de publieke gezondheidszorg treedt de overheid ongevraagd op vanuit het uitgangspunt: voorkomen is beter dan genezen. De publieke gezondheidszorg begeeft zich buiten het strikte beleidsdomein van de gezondheidszorg. Zonder samenwerking met beleidsterreinen buiten de gezondheidszorg, zoals wonen, welzijn, milieu, verkeer, onderwijs en veiligheid, heeft de publieke gezondheidszorg maar zeer beperkt resultaat. Zo moeten gemeenten bijvoorbeeld rekening houden met de mogelijke gezondheidseffecten als ze besluiten een snelweg aan te leggen, een grootschalig evenement toe te staan of een buurt opnieuw in te richten. Met onderzoek kunnen gezondheidseffecten van uiteenlopende beleidsmaatregelen inzichtelijk worden gemaakt om zo de meest effectieve en efficiënte aanpak te kunnen voorstellen. Op deze manier kan onderzoek op korte of middellange termijn bruikbaar worden voor toepassing in de praktijk en sturing geven aan het gemeentelijk beleid. Beleid en praktijk zijn leidend, onderzoek is volgend.

Ook rondom andere thema's dan de publieke gezondheid schieten de laatste jaren academische werkplaatsen of vergelijkbare kennisnetwerken als paddenstoelen uit de grond. Zo zijn er bijvoorbeeld academische werkplaatsen jeugd, diversiteit in het jeugdbeleid, duurzame zorg, onderwijs, autisme en ouderenzorg. Sinds enkele decennia kennen we al de universitaire medische centra die als werkplaats fungeren voor toegespast geneeskundig onderzoek. En van oudsher bestaan er al intensieve samenwerkingsverbanden tussen wetenschappelijke instellingen en de landbouwsector, de waterschappen, de bedrijfstechneek, de ICT en de klimaatsector. Het doel is steeds: kennis vergaren in nauwe samenspraak met het veld.

Het stimuleringsprogramma

In het verleden ging de overheid ervan uit dat goed onderbouwde oplossingsrichtingen voor maatschappelijke vraag-

stukken vanuit de wetenschap vanzelf hun weg zouden vinden naar beleid en praktijk (kennistranslatie). We weten inmiddels dat die kennistoepassing niet vanzelf gaat. Daarom is de laatste jaren veel meer sprake van kennisproductie. Kennisproductie is het gezamenlijk produceren of ontwikkelen van kennis. Alle partners trekken dan gemeenschappelijk op bij alle stappen van de kenniscyclus (dus van vraagarticulatie, onderzoekopzet, onderzoeksuitvoering, interpretatie van de bevindingen, beleids- en praktijkadviezen, tot aan beleidsuitvoering). Dat gaat niet vanzelf en vraagt om extra inspanningen. De rijksoverheid heeft om die reden besloten de kennisproductie te stimuleren. Daartoe heeft het ministerie van VWS een budget aan ZonMw beschikbaar gesteld. ZonMw heeft het veld in twee opeenvolgende praktijkprogramma's gericht gestimuleerd om door samenwerking de kennisinfrastructuur van de publieke gezondheid te versterken. De academische werkplaatsen zijn daarvoor cruciaal. ZonMw laat zich bij de uitvoering van programma's bijstaan door een programmacommissie. De commissieleden hebben een brede achtergrond binnen en buiten de publieke gezondheidszorg. De programmacommissie denkt mee bij de programmering, de prioriteiten, en de samenhang van infrastructuur en de uitgevoerde projecten. Gedurende de hele periode begeleidt ZonMw het uitvoeringsproces, bewaakt zij de vooruitgang, stuurt zij bij waar dat nodig wordt geacht en initieert zij extra ondersteuning waarmee werkplaatsen geholpen zijn.

VWS heeft in een eerste periode van vier jaar, lopende van 2005 tot 2009, een bedrag van €14,3 miljoen geïnvesteerd. Daarna is besloten om de eerste termijn te verlengen met een tweede termijn van vier jaar om de werkplaatsen in staat te stellen het geheel te verankeren. Voor de tweede termijn van 2009 tot 2014 heeft VWS nogmaals een bedrag van €16,3 miljoen beschikbaar gesteld. VWS heeft dus voor een periode van negen jaar in totaal €30,6 miljoen geïnvesteerd in de ontwikkeling van de werkplaatsen.



Wat zijn de randvoorwaarden?

Om een werkplaats in te kunnen richten zijn de volgende randvoorwaarden belangrijk.

1. Op de eerste plaats **menskracht en middelen voor de kennisinfrastructuur**, dat wil zeggen:
 - Eén of meerdere GGD'en die samen met een universiteit als kernpartners optreden. De kernpartners ondertekenen het samenwerkingscontract en spreken met elkaar af dat ze samen de kennisinfrastructuur financieren en in stand houden. Naast de universiteit kunnen ook hbo-instellingen aanhaken.
 - Een coördinator per werkplaats die als trekker optreedt, de contacten tussen de kernpartners en de overige betrokkenen warm houdt, de uitwerking van inhoudelijke projecten organiseert en de dagelijkse taken van de werkplaats (mee) uitvoert.
 - Structurele financiering van de kennisinfrastructuur, zodat die infrastructuur voor de lange termijn veilig is gesteld, ook na afloop van de stimuleringssubsidie van VWS in 2014.
 - Een kennisinfrastructuur bestaande uit een team van beleidsmedewerkers, onderzoekers en praktijkprofessionals (het zogeheten BOP-team, zie verderop). Het team zorgt voor het ophalen en formuleren van onderzoeksvragen. En het zorgt voor extra financiën voor inhoudelijke projecten als dat nodig mocht blijken. Als inhoudelijke projecten eenmaal lopen zorgt het team voor een goede organisatie ervan, bijvoorbeeld via tijdelijke werk- of projectgroepen met de juiste expertise. Nieuwe kennis die voortkomt uit de onderzoeksprojecten wordt breed gedeeld. Dat betekent dat de resultaten en antwoorden in breder verband bediscussieerd worden om de toepassing voor beleid en praktijk te kunnen realiseren.
2. **Communicatie** is essentieel, zowel tussen de kernpartners als ook met de partners die voor kennisdeling of inhoudelijke projecten tijdelijk aanschuiven. Het gaat dan om communicatie tussen gemeenten, GGD, universiteit, hbo-instellingen, praktijkinstellingen en andere betrokken

partners. Zowel bij het uitwerken van ideeën als tijdens de uitvoering van het onderzoek en het bespreken van de resultaten is intensieve communicatie van essentieel belang.

3. Een derde randvoorwaarde is **kennis en kunde** ofwel de juiste competentie van de samenwerkende professionals. En voldoende lerend vermogen in de organisatie, dus nieuwsgierige en leergierige professionals met ambitie. Die creëer je met goed en eigentijds wetenschappelijk onderwijs voor studenten. Alleen zo kweek je beroepsprofessionals en onderzoekers met de juiste competenties aangepast aan de veranderende samenleving en de complexiteit van de publieke gezondheid. Daarnaast is postacademisch onderwijs voor beroepsprofessionals noodzakelijk. Dit onderwijs richt zich vooral op het aanleren van nieuwe vaardigheden om praktijkgericht onderzoek te initiëren, uit te voeren of te begeleiden. Toegang tot de universiteitsbibliotheek draagt ook bij aan het verbeteren van competenties en kennis. Beroepsprofessionals kunnen zich dan verdiepen in de internationale literatuur en zo hun horizon verbreden en nieuwe kennis opdoen.

De stand anno 2014

Menskracht en middelen voor de kennisinfrastructuur

Alle werkplaatsen zijn erin geslaagd om de samenwerking van GGD en universiteit een stevig fundament te geven. Enkele werkplaatsen hadden al een rijke historie van samenwerking toen het ZonMw-programma in 2005 formeel van start ging. Maar voor alle werkplaatsen geldt dat de stimuleringssubsidie van ZonMw de samenwerking een enorme boost heeft gegeven.

Barend Middelkoop van de werkplaats Noordelijk Zuid Holland: "De subsidie was een katalysator en heeft echt alles ongelooflijk versneld."



Annemien Haveman, coördinator van de werkplaats Agora: "Ja, dit is echt helemaal mijn passie hoor. Ik doe dit al jaren en vind het super leuk, ik kan geen betere baan bedenken. Ik kan dit nog jaren doen. Er is nog zoveel te ontdekken en ontwikkelen."

De coördinator

De drijvende kracht achter alle werkplaatsen is de coördinator die de dagelijkse leiding heeft en een coördinatieteam aanstuurt. Vrijwel alle coördinatoren zijn in dienst van de GGD en voldoen hiermee aan een eis van ZonMw. Zo stelt ZonMw dat de GGD de trekker dient te zijn in het proces. Immers, de GGD moet de onderzoeksagenda bepalen en een antwoord geven op de vraag: welke wetenschappelijke kennis heeft de GGD nodig voor het verbeteren van de lokale en regionale publieke gezondheidszorg. In een aantal gevallen heeft de werkplaats ook een tweede coördinator of projectleider. Deze is aangesteld bij de universiteit, zodat hier ook een vast aanspreekpunt is. De meeste coördinatoren laten zich bijstaan door een stuurgroep en een adviesraad.

Kenmerkend voor de coördinatoren is hun enorme passie voor de publieke gezondheid en hun gedrevenheid in het willen verbinden van verschillende perspectieven op die publieke gezondheid. Waar gemeenten vooral nadruk leggen op uitvoerbaarheid, aanvaardbaarheid, betaalbaarheid en opbrengsten, leggen GGD'en het accent op praktische haalbaarheid en benadrukken universiteiten de wetenschappelijke onderbouwing en (kosten)effectiviteit ervan. De coördinator weet deze perspectieven te verbinden. Juist in de combinatie van die perspectieven zit de meerwaarde van de werkplaatsen. Tegelijkertijd maakt de passie en gedrevenheid van de coördinatoren de werkplaatsen kwetsbaar, omdat het succes soms teveel van 'de persoon' afhangt.





Arnoud Verhoeff, voormalig coördinator van de werkplaats G4-User: "Wat ik bij deze werkplaats wel lastig vind ten aanzien van de universiteiten is dat er in de eerste drie jaar weinig onderzoek is uitgevoerd dat heeft kunnen leiden tot publicaties. Veel kort lopend onderzoek, hartstikke interessant en vooral ook bruikbaar voor beleid en praktijk, maar naar verhouding heeft het weinig wetenschappelijke publicaties opgeleverd. Dat is natuurlijk wel een punt van zorg als het gaat om het blijven betrekken van universiteiten. Zij worden daar op afgerekend."

Het BOP-team

In *Hoge hakken, lange tenen* (2011) is de noodzaak tot 'BOP-pen' uitgelegd. BOP-pen is inmiddels in Nederland een geveleugelde term geworden. BOP-pen betekent dat er een dialoog plaatsvindt tussen **B**eleid (gemeenten en GGD), **O**nderzoek en onderwijs (universiteit, hogeschool of ander kennisinstituut) en **P**raktijk (uitvoerende beroepsprofessionals op het vlak van wonen, welzijn, zorg en veiligheid). In de kennisinfrastructuur communiceren de verschillende professionals verticaal, dus binnen hun eigen organisatie om verantwoording af te leggen. Daarnaast communiceren zij ook horizontaal, ofwel tussen de verschillende organisaties om ideeën op te doen en gezamenlijk onderzoeksvragen uit te werken. Verticaal communiceren is traditie, horizontaal communiceren is nieuw. Par-

tijen in de werkplaatsen zijn inmiddels behoorlijk bedreven in de horizontale communicatie.

Medewerkers van GGD'en, gemeenten, universiteiten en uitvoeringsorganisaties hebben elkaar leren kennen en dit heeft geleid tot een intensieve dialoog waar heel veel inhoudelijke onderzoeksprojecten uit zijn voortgekomen. Bij die inhoudelijke projecten schuiven ook altijd weer andere partners aan, afhankelijk van de thematiek. Inmiddels treden ook de hogescholen toe, hetzij bij inhoudelijke projecten, hetzij tot de adviesraad of tot de stuurgroep. De ene werkplaats is hier verder in gevorderd dan de andere.

In het merendeel van de werkplaatsen werken meerdere GGD'en samen met één universiteit. GGD'en treden dan samen

op als trekker. Dit betekent dat die GGD'en samen de infrastructuur en de mogelijke onderzoeksthema's goed met elkaar moeten afstemmen. Die samenwerking is niet altijd eenvoudig, omdat elke GGD zijn eigen visie, werkcultuur en organisatievorm heeft. Er kan verschil van mening ontstaan tussen de deelnemende GGD'en over de omvang van de eigen bijdrage aan de kennisinfrastructuur. Gestreefd wordt naar een eigen bijdrage van minimaal 0,5 fte voor een GGD van gemiddelde omvang (circa 600.000 tot 800.000 inwoners in het werkgebied), maar dat is niet of nog niet voor elke GGD haalbaar.

De meeste werkplaatsen komen uit op een formatie van 0,5 fte voor de coördinator (variërend van 0,2 tot 1 fte) en 1 tot 2 fte voor het BOP-team (variërend van 0,5 tot 5 fte). Die formatie is in sommige werkplaatsen gerealiseerd dankzij de landelijke stimuleringsubsidie. Of die formatie gecontinueerd kan worden zal na 2014 blijken, als de landelijke ondersteuning na negen jaar definitief stopt. Sommige werkplaatsen hebben de infrastructuur vanaf het begin uit eigen middelen gefinancierd om zo de continuïteit te waarborgen.

Voor de universiteit geldt dat het inzetten van medewerkers terugverdiend wordt via promoties en publicaties. Bovendien behoort het uitwerken van onderzoeksvoorstellen tot een van de kerntaken van universitaire medewerkers. Om die reden wordt de formatie-inzet vooraf meestal niet formeel vastgesteld. De universiteit zet medewerkers in als daar voordeel van verwacht wordt in termen van promoties en publicaties. Als de verdiensten tegenvallen, geeft dit wel problemen. Dan kan de universiteit het belang van de werkplaats ter discussie stellen, los van de maatschappelijke bijdrage die de universiteit levert. Daarom moet het onderzoek voldoende promoties en wetenschappelijke publicaties opleveren.

Communicatie

Wat betreft de gezamenlijke communicatie is er sinds de start van de werkplaatsen enorme vooruitgang geboekt. In het verleden waren de GGD'en en de universiteiten twee gescheiden werelden. Hooguit meldden de universiteiten zich voor het ophalen van data voor onderzoek. De GGD'en werden destijds

ook nauwelijks geïnformeerd over de resultaten van onderzoek dat met GGD-data was uitgevoerd. Die tijd laten we nadrukkelijk achter ons. GGD en universiteit wisselen kennis nu intensief uit. Data worden niet meer 'opgehaald', maar worden op basis van een relevante beleidsvraag ter beschikking gesteld. GGD'en en universiteiten trekken hierbij vanaf het begin samen op, als gelijkwaardige partners. Op alle niveaus vindt overleg plaats, van bestuurders, hoogleraren en managers tot promovendi, postdoc-onderzoekers, ambtenaren en praktijkprofessionals. Soms nodigen partijen elkaar uit als expert om mee te denken over actuele vraagstukken die de inbreng van zowel bestuurlijke als wetenschappelijke kennis vereisen. De GGD kan zichzelf met dergelijke *expert meetings* veel sterker profileren als kennis- en adviesbureau dan in het verleden ooit het geval is geweest.

Alle werkplaatsen zijn er ook in geslaagd om op verschillende manieren de communicatie tussen alle betrokkenen te vergemakkelijken. Zo hebben alle werkplaatsen een regelmatig uitkomende nieuwsbrief, een website die onderhouden wordt en soms ook een wervende folder. Er zijn veel dubbelaanstellingen en aanwezigheidsaanstellingen (als opstapje naar een dubbelaanstelling) gerealiseerd. Mensen komen elkaar dan gewoon makkelijk op de gang tegen of lopen bij elkaar binnen, omdat ze voor bijvoorbeeld één dag in de week dezelfde werkplek innemen. Ook organiseren alle werkplaatsen 3 tot 4 keer per jaar zogeheten zorgsalons, refereerbijeenkomsten, kenniscarrouzels of seminars waarin nadrukkelijk de kennisdeling tussen BOP-partijen centraal staat. Zo leren partijen elkaar beter kennen en wordt het delen van kennis bevorderd. Regelmatig staan er actuele thema's op de agenda die ook de gemeenten aangaan. Op deze manier proberen de werkplaatsen de gemeenten er nadrukkelijk bij te betrekken. Om deelname van alle partijen aantrekkelijk te maken, worden deze bijeenkomsten meestal tussen 4 of 5 uur 's middags en 8 uur 's avonds georganiseerd. Onder het genot van een broodje en een kop soep worden inhoudelijke thema's vanuit het perspectief van beleid, onderzoek en praktijk uitvoerig besproken. Dergelijke bijeenkomsten kunnen stevast rekenen op de belangstelling



Moniek Zuurbier van de werkplaats Milieu en Gezondheid: "De meeste mensen hebben die onderzoeksmethoden wel gehad, maar als je het lang niet hebt gebruikt dan verwatert dat natuurlijk. Hoe zat dat ook al weer?"

bestuurders uit de regio. Dat levert vaak spannende debatten op waar verschillende visies stevig naast elkaar worden gezet. Een greep uit de vele thema's die aan de orde zijn geweest: 'de gebruikswaarde van groene speelplekken', 'gezondheid bij veehouderijen', 'veranderingen in de Drank- en Horecawet in relatie tot lokaal alcoholbeleid', 'decentralisatie van de jeugdzorg', 'integrale wijkzorg via gemeente en huisarts', 'infecties op reis', 'preventieve ouderenzorg', 'evenementen en oorverdovende muziek' en 'hitte in de stad'.

Daarnaast maken de GGD'en gebruik van bestaande overleggen met ambtenaren en bestuurders om bepaalde thema's vanuit de werkplaats te agenderen en te bespreken.

Alle werkplaatsen hebben in de afgelopen jaren ook symposia georganiseerd, zowel bij aanvang (de kick-off) als tussentijds en na afloop van de eerste vierjaarstermijn. Ook na afloop van de tweede vierjaarstermijn staan inmiddels alweer symposia geprogrammeerd.

Kennis en kunde

Onderwijs en masterclasses

Om het lerend vermogen van de GGD te versterken en competenties van professionals te verbeteren, zijn diverse initiatieven in gang gezet. Een aantal GGD'en heeft in het kader van de academisering vooral intern nagevraagd welke scholingsbehoeften er zijn. Daaruit blijkt dat GGD-medewerkers met name hun onderzoeksvaardigheden willen bijspijkeren. Dan gaat het om vragen als: hoe zet ik een onderzoek op, hoe doe ik een literatuuronderzoek, hoe schrijf ik het wetenschappelijk op, welke statistische analyses zijn mogelijk en welke kwalitatieve onderzoeksmethoden zijn er?

Om die onderzoeksvaardigheden bij te spijkeren heeft de

werkplaats Limburg in 2008-2009 met succes een masterclass verzorgd. In een periode van anderhalf jaar leerden beroepsprofessionals hoe zij een kleinschalig onderzoek uit kunnen voeren. De inhoud van deze masterclass werd in 2010 opgenomen in de opleiding Arts & Maatschappij van de NSPOH⁴, zodat continuïteit gewaarborgd is. De NSPOH speelt in op nieuwe scholingsbehoeften en voorziet inmiddels in meerdere modules die de academisering van de publieke gezondheid raken. Zo is er een module 'Integraal vernieuwen in de publieke gezondheid' waarin kennis over het doorvoeren van complexe veranderingen centraal staat. De academisering van de GGD is op zichzelf ook een complexe verandering in een wisselend politiek-maatschappelijk krachtenveld, met schaarse middelen en hoge maatschappelijke verwachtingen. Zo'n vernieuwing gaat niet vanzelf. Inzicht in de dynamiek van het proces helpt om vertrouwd te raken met diverse benaderingen en methoden.

NSPOH zorgt op verzoek van het Centrum Gezond Leven van het RIVM ook voor modules gericht op de wetenschappelijke onderbouwing van interventies.

Verder heeft de academische werkplaats Cephir, naar aanleiding van de griep epidemie in Nederland in 2009, een onderwijsprogramma opgezet voor vierdejaars geneeskundestudenten in de avonduren. Onderwijskundigen van de Erasmus Universiteit Rotterdam en medewerkers van de GGD hebben het programma ontwikkeld. Doel van het onderwijsprogramma is om geneeskundestudenten te leren vaccineren en inzicht te geven in het Nederlandse vaccinatiebeleid. Het is niet verplicht en valt buiten het geneeskunde curriculum. Desondanks doet 90 procent van alle medische studenten mee. Zij assisteren vervolgens de GGD en huisartsen bij het vaccineren van mensen die in aanmerking komen voor de griepvaccinatie. Het programma is inmiddels geïntegreerd in het geneeskunde onderwijs. De GGD doet met veel enthousiasme mee. Misschien is dat wel het geheim achter het grote succes: studenten zien direct het praktisch nut. Daarnaast organiseert Cephir een minor 'De gezonde stad', voor derdejaars bachelorstudenten. Ge-



durende 14 weken verdiepen studenten vanuit verschillende disciplines (psychologie, geneeskunde of bestuurskunde) zich in de gezondheidsproblematiek van de grote stad.

Vanuit de werkplaats Amphi wordt samen met het Brabants Kennisnetwerk voor Zoönosen meegewerkt aan het opleidingsprogramma voor eerstelijns geneeskunde gericht op besmettingsrisico's van dier op mens. Ook dit voorbeeld laat zien dat het onderwijs inspeelt op actuele ontwikkelingen, zodat studenten van nu straks competente professionals zijn.

Vanuit Agora is samen met de werkplaatsen Brabant en Limburg een masterclassreeks opgezet, bestaande uit vijf masterclasses. De thema's die in de reeks behandeld werden, zijn:

1. *Research and policy, bad marriage or happy ever after*, met Tranzo als kartrekker;
2. *How to develop effective interventions in public health practice*, getrokken door Agora;
3. *Philosophy of policy, practice and research in public health*,

valuable interactions or unwanted obligation, met Limburg in de hoofdrol;

4. *How to evaluate interventions in public health practice*, met weer Agora in de hoofdrol;
5. *Public health technology assessment and economic evaluation, what is not valued is not counted*, met weer Limburg als trekker.

De reeks wordt gecontinueerd en de thema's kunnen worden aangepast aan de behoeften van het veld. Daarnaast heeft Agora bijgedragen aan de ontwikkeling van een nieuw masterprofiel genaamd MSc Nutritional Epidemiology and Public Health binnen de opleiding Epidemiologie van Voeding & Gezondheid van Wageningen Universiteit. Ook zorgt Agora voor op maat gemaakte trainingen voor beleidsmakers uit de regio.

Alle werkplaatsen maken gebruik van het reguliere postacademisch onderwijs van universiteiten. Hierdoor zijn voor alle promovendi individuele scholingstrajecten op maat beschikbaar. Soms kunnen GGD-medewerkers hier ook gebruik van maken.

⁴ Formeel is de eerste termijn van het ZonMw programma Academische Werkplaatsen Publieke Gezondheid in 2005 gestart, de tweede termijn in 2009. De meeste werkplaatsen zijn een jaar later gestart, daarom houden wij hier het jaartal 2006 aan voor de start en 2010 voor de vervolgfase.





Leerstoelen

Er zijn leerstoelen ingesteld, die verbonden zijn aan de werkplaatsen. De leerstoelen in infectieziektebestrijding, sociale geneeskunde, epidemiologie, jeugdgezondheidszorg, populatiegericht gezondheidsbeleid, de gezonde stad en public health zijn sinds 2006 aanzienlijk versterkt. Hoogleraren hebben behalve een onderzoeksopdracht ook een duidelijke onderwijsopdracht. Hiermee krijgt het public health onderwijs aan huidige en toekomstige studenten een impuls. Steeds vaker raken ook hoogleraren uit andere vakgebieden betrokken bij inhoudelijke projecten van de werkplaats, zoals sociologie, antropologie, filosofie en ethiek. Zo dijt het netwerk van de werkplaats steeds verder uit. Dit komt het vakgebied van de publieke gezondheid ten goede.

Opbrengsten

De waardering voor het praktijkgericht onderzoek van de academische werkplaatsen is duidelijk toegenomen, zowel bij universiteiten als bij GGD'en. In de wetenschappelijke wereld wordt het maatschappelijke belang nu meer erkend en staat de publicatiedwang ('productie') onder verscherpt toezicht.

Geruchtmakende zaken waarin met wetenschappelijke publicaties werd gefraudeerd, vormden hiertoe de aanleiding. Op 21 maart 2014 lanceerden de gezamenlijke wetenschapsorganisaties KNAW, VSNU en NWO een nieuw protocol⁵ waarin staat dat zij de productiviteit niet meer als apart beoordelingscriterium opnemen in de kwaliteitsbeoordelingen van onderzoeksinstituten. Zij vragen nadrukkelijk meer aandacht voor de maatschappelijke relevantie van onderzoek. Dit is geheel in lijn met een publicatie uit 2012 van de Academische Werkplaats Publieke Gezondheid Limburg, getiteld 'Making an impact instead of 'publish or perish' (zie: [http://www.academischewerkplaatslimburg.nl/wp-content/uploads/Jansen_Ruward_2012Making_an_Impact.pdf](http://www.academischewerkplaatslimburg.nl/wp-content/uploads/Jansen_Ruwaard_2012Making_an_Impact.pdf)). Kortom, een betere balans tussen wetenschappelijke en maatschappelijke waarden.

Met de kennisinfrastructuur zoals hierboven beschreven, zijn veel inhoudelijke onderzoeksprojecten tot stand gekomen. Er zijn veel subsidieverzoeken ingediend en veel ervan zijn gehonoreerd. Er is dus ook veel aanvullende financiering binnengekomen. Op basis van een schriftelijke inventarisatie hebben we geprobeerd inzicht te krijgen in het aantal onderzoekspro-

jecten. Niet alle werkplaatsen hebben alle informatie kunnen aanleveren. Daarom vermelden we de geschatte aantallen, sinds de start in 2006.

- Circa 160 kortlopende projecten die maximaal zes maanden duren, gebaseerd op de opgave van alle 11 de werkplaatsen, met een spreiding van 3 tot 26 kortlopende projecten per werkplaats en een gemiddelde van 14,5;
- Circa 140 langer lopende (promotie)trajecten met een looptijd van twee tot vier jaar; gebaseerd op de opgave van 8 van de 11 werkplaatsen, met een spreiding van 3 tot 53 onderzoeksprojecten per werkplaats en een gemiddelde van pakweg 17;
- Naar schatting 25 tot 30 miljoen euro extra verworven onderzoeksfinanciering gebaseerd op de opgave van 8 van de 11 werkplaatsen, met een spreiding van een krappe ton tot 7,5 miljoen euro per werkplaats, met gemiddeld ongeveer 3,5 miljoen euro per werkplaats.

Pure winst

Het is evident dat de investering van ZonMw in de kennisinfrastructuur van de werkplaatsen leidt tot veel initiatieven in de vorm van inhoudelijke onderzoeksprojecten en kennisdeling.

Met de investering in de infrastructuur van 30,6 miljoen euro is voor ongeveer eenzelfde bedrag extra onderzoek uitgevoerd in de praktijk. Sommige onderzoeksprojecten lopen nog, andere zijn inmiddels afgerond. Kortom, de investering van VWS heeft zichzelf verdubbeld en dit is pure winst voor de publieke gezondheid. Dit betekent dat gemeenten zonder extra investeringen veel meer projecten hebben kunnen uitvoeren dan op basis van de reguliere GGD-begroting mogelijk zou zijn geweest. Wie zich hierbij realiseert dat elk onderzoeksproject als een interventie zijn werk doet in de praktijk (je grijpt immers in de bestaande situatie in), dan zorgt de werkplaats voor een aanzienlijke versterking van de dynamiek tussen beleidsmakers, praktijkprofessionals en onderzoekers. Belangrijk bijkomend voordeel is bovendien dat inzicht ontstaat in de noodzaak, de behoefte en het effect van nieuwe maatregelen. De aard van de maatregel kan variëren van het doorvoeren van een fietsbeleid op school tot de samenwerking tussen huisartsen en gemeenten in de Wmo-uitvoering. Kortom, de resultaten variëren van wetenschappelijk gefundeerde inzichten in samenwerkingsprocessen en netwerkvorming tot validering van signaleringsinstrumenten voor burgers in een kwetsbare positie.

⁵ VSNU, KNAW & NWO. *Standard Evaluation Protocol 2015-2021. Protocol for Research Assessments in the Netherlands. Den Haag/Amsterdam: 2014.*
Zie ook website VSNU.





Blijf uit de rook



AW MILIEU EN GEZONDHEID

Crisiscommunicatie bij rook en branden

Het doel van het onderzoek

De aanleiding voor het onderzoek van de Academische Werkplaats Milieu en Gezondheid vormde de brand bij het bedrijf Chemie-Pack in Moerdijk op 5 januari 2011. Bij die brand was de bevolking erg bang voor het vrijkomen van kankerverwekkende stoffen. In de communicatie rondom de brand werden bovendien verschillende boodschappen afgegeven, waardoor de onrust nog werd vergroot. De werkplaats Milieu en Gezondheid startte een onderzoek gericht op de communicatie bij brand. Het uiteindelijke doel van het onderzoek: het (her)formuleren van in de praktijk toepasbare en op onderzoek gebaseerde standaardberichten die door ontvangers vertrouwd en begrepen worden.

Toxicoloog Frans Greven (GGD Groningen) voerde het onderzoek uit, samen met het VUmc en het instituut EMGO+. Greven ontving hiervoor de Award 2014 van de Nederlandse Vereniging Medische Milieukunde. De jury typeerde het onderzoek als "gedegen en vernieuwend". Eerder promoveerde Frans Greven op een onderzoek naar de effecten van rook bij brand.

Waarom is goede communicatie bij brand belangrijk?

"Als overheid wil je duidelijkheid bieden over wat er aan de hand is. Bovendien wil je de risico's op een zodanige manier

presenteren, dat je vertrouwd wordt door het publiek. De adviezen die je geeft worden dan eerder opgevolgd. Bij de brand in Moerdijk had de standaardboodschap dat er 'geen gevaar bestaat voor de volksgezondheid' niet het gewenste effect. Dat gold eveneens voor de mededeling dat de aanwezigheid van schadelijke stoffen gemeten zou worden. Er was sprake van grote onrust. Als je die onrust met goede communicatie kunt terugdringen, heeft dat ook als voordeel dat er minder diensten ingezet hoeven te worden en je geld uitspaart. Wat ik belangrijk vind, is dat je dit onderzoek kunt doortrekken naar de risicoperceptie op andere terreinen. Dan sluit de communicatie ook in die gevallen beter aan bij de zorgen van het publiek."

Hoe is dit onderzoek uitgevoerd?

"We hebben geanalyseerd hoe verschillende media met de brand in Moerdijk zijn omgegaan. Daarnaast hebben we vergeleken hoe publiek en deskundigen op dit gebied de risico's inschatten. Dat is gebeurd op basis van individuele interviews met deskundigen en leken. Volgens de deskundigen is het risico op kanker bij zowel een chemische brand als een natuurbrand heel erg klein. Uit de interviews met leken bleek dat zij juist zeer bezorgd zijn over het risico op kanker bij een chemie-



brand. In het internetpanel met 400 burgers dat we aansluitend hebben georganiseerd, bleek dat 80 procent die zorgen deelt. Met dat element zijn we aan de slag gegaan.”

Waar heeft dat toe geleid?

“Tot een serie aanbevelingen* waarin onder andere enkele experimentele berichten zijn opgenomen. Zo blijkt dat het vertrouwen van de burger toeneemt als in de communicatie iets over de gezondheidseffecten van de brand wordt gezegd. Dat is beter dan het standaardbericht dat er geen gevaar voor de volksgezondheid bestaat. Ook is het belangrijk om acuut te gaan adviseren en de metingen niet af te wachten. Die metingen zeggen niet zo veel en zijn nauwelijks te vertalen naar risico's voor de gezondheid. Bij een chemiebrand moet je inspelen op de zorgen die mensen hebben over hun gezondheid. Elementen zijn: ‘in rook zitten schadelijke stoffen’, ‘u kunt last krijgen van irritatie aan uw ogen en luchtwegen’ en ‘de kans dat u door inademing van de rook een ernstige ziekte zoals kanker krijgt, is uiterst klein, vergelijkbaar met het inademen van de rook van enkele sigaretten’. Het is nu aan communicatieadviseurs van de brandweer om de berichtgeving verder te ontwikkelen.”

De waarde van het onderzoek voor de praktijk

Maarten van Wieringen is communicatieadviseur van de brandweer en Veiligheidsregio Groningen, waar 23 gemeenten onder vallen.

In Groningen luidt het standaardadvies bij brand inmiddels: ‘blijf uit de rook’.

“Ja, dat klopt. Dat is het rechtstreeks gevolg van het promotie-

onderzoek van Frans Greven. Wij zeggen niet meer dat er geen gevaar is voor de volksgezondheid. Rook is altijd schadelijk. Daarom zeggen wij nu: ‘blijf uit de rook, sluit deuren en ramen’. De media in onze regio zijn daar al helemaal aan gewend en je ziet nu dat dit advies door steeds meer plaatsen wordt overgenomen.”

Hoe beoordeelt u het onderzoek van Frans Greven?

“Zijn onderzoeken geven communicatieadviseurs handvatten voor een ander beleid. Het is bij een brand ook prettiger om stevig onderbouwd te kunnen zeggen dat rook ongezond is. Het onderzoek naar de communicatie bij rook en branden toont duidelijk aan dat mensen de risico's van een chemiebrand anders inschatten dan die van een ‘gewone’ brand. Het is heel goed dat dit onderzocht is, anders bestaat het gevaar dat je beleid gaat baseren op aannames. Nu hebben we harde onderzoeksgegevens en daar zijn we heel blij mee. Tijdens een landelijke presentatie van Frans Greven waren communicatieadviseurs ook heel enthousiast. Het is voor ons belangrijk om bij branden goed te communiceren. Er is veel onrust en er zijn emoties. Het luistert heel nauw wat je zegt en hoe je dat zegt. Mensen moeten het gevoel krijgen dat ze serieus genomen worden en dat de overheid betrouwbaar is.

Hoe we de nieuwe aanbevelingen gaan omzetten in beleid, weten we nog niet precies, maar we zijn er druk meer bezig.”

**Kijk voor de aanbevelingen op:*

<http://ggd.groningen.nl/milieu-gezondheid/milieu-ongevallen--door-gevaarlijke-stoffen-en-andere-factoren/rapport-rook-bij-branden-aanpassing-berichtgeving-op-grond-van-perceptieonderzoek>



**Drugs- en alcohol-
gebruik succesvol
aangepakt**



AWPG CEPHIR

Genotmiddelenpreventie in het voortgezet onderwijs

Het doel van het onderzoek

Het alcohol- en drugsgebruik in het voortgezet speciaal onderwijs (vso) voor jongeren met ernstige gedragsproblemen en psychiatrische problemen (cluster 4) ligt hoog. Onder deze jongeren leidt dit gebruik regelmatig ook tot probleem- en spijbelgedrag. Het drugsgebruik hangt vaak nauw samen met overlast en criminaliteit.

Het uiteindelijk doel van het onderzoek van Cephir was het terugdringen van het drugs- en alcoholgebruik onder de leerlingen van het Schreuder College in Rotterdam. Het betreft een school voor vso cluster 4, die valt onder Horizon Jeugdzorg en Onderwijs. In totaal telt dit college zes kleinschalige locaties verspreid over de stad, waarvan er aanvankelijk vijf deelnamen en nu zes meedoen.

Het onderzoek vormde een onderdeel van een breed programma dat de gemeente Rotterdam ontwikkelde om het alcohol- en drugsgebruik onder jongeren in de stad tegen te gaan. "Middelengebruik leidt tot gezondheidsschade en daarmee tot ondermaatse prestaties, verzuim en vroegtijdig schoolverlaten. Zo ontstaan weer problemen als overlast en criminaliteit. Door het gebruik terug te dringen, kunnen we dus maatschappelijke winst boeken. Inmiddels is duidelijk dat het drugsgebruik onder jongeren in Rotterdam is gehalveerd", zegt Denis Wiering. Als programmamanager Drugs & Alcohol van de gemeente Rotterdam schakelde hij Cephir in voor het kortdurende onderzoek op het Schreuder College. "De ge-

meente en Horizon wilden de problemen op deze school gezamenlijk aanpakken, maar dat wilden we wel op een onderbouwde manier doen. Onze insteek was het ontwikkelen van een programma van eisen, samen met alle denkbare partijen. Dan kun je denken aan docenten, leerlingen, ouders, politie en jeugdzorg. Cephir heeft ons daarbij toen heel goed geholpen." Het onderzoek resulteerde in een serie aanbevelingen die werden omgezet in een beleid dat sinds 2012 van kracht is. Heel belangrijk is de gezondheidscoach uit de preventieve verslavingszorg die op de school werd aangesteld. Hij helpt docenten om drugsgebruik te signaleren en begeleidt de leerlingen die op gebruik betrap worden. Daarbij worden consequent de ouders ingeschakeld.

Denis Wiering: "Dit type onderzoek brengt partijen echt bij elkaar. Ik denk dat overheid en kennisinstituten dat moeten bevorderen en tevens fragmentatie moeten voorkomen. Niet iedereen hoeft het wiel opnieuw uit te vinden."

De waarde van het onderzoek voor de praktijk

Chris Kuiper is directeur Zorg en Onderwijs van Horizon Jeugdzorg en Onderwijs in Rotterdam. Het Schreuder College is hier een onderdeel van.

Wat vindt u van dit type onderzoek in de praktijk?

"Het is geweldig dat dit gebeurt. Ik ben groot voorstander van onderzoek waarin de vraag vanuit de praktijk leidend is en het

onderzoek de praktijk vervolgens ook iets oplevert. Voor het onderzoek op het Schreuder College is dat zeker het geval. Eerder onderzoek op deze school had al aangetoond dat onze leerlingen vaker drugs gebruiken. Ze beginnen daar op jongere leeftijd mee en gebruiken bovendien zwaardere drugs. Het feit dat er onderzoek werd gedaan, leidde al meteen tot een gedragsverandering onder docenten. Zij werden zich meer bewust van de problematiek."

Het onderzoek heeft een serie aanbevelingen opgeleverd die zijn omgezet in beleid. Wat is er sindsdien veranderd?

"Het is heel helder dat we drugsgebruik afkeuren. Er zijn strenge regels en de leerlingen kennen die. Als we drugsgebruik signaleren, schakelen we de ouders in, evenals een docent en de gezondheidscoach. Deze coach is verbonden aan Youz, de verslavingszorg. De gezondheidscoach zit op onze school en kan de leerling begeleiden. Als van een echte verslaving sprake is, wordt de leerling verwezen naar de verslavingszorg."

Wat vinden ouders daarvan?

"Dit beleid is helemaal afgestemd met de ouders. Zo hebben ze er bijvoorbeeld mee ingestemd dat wij een urinetest doen als dat nodig wordt geacht. De hulp van ouders wordt ook consequent ingeschakeld. In de beginfase zijn er enkele theatervoorstellingen voor zowel de ouders als de leerlingen

geweest. Thema was het drugsgebruik en hoe daar mee om te gaan.

Het is ook goed om te beseffen dat het Schreuder College voor deze jongeren de laatste kans op onderwijs betekent. Als wij hen schorsen, kunnen ze nergens anders terecht. Dan belanden ze op straat, waar de criminaliteit lonkt. Dus schorsen we de leerlingen niet, maar bieden we een gezondheidstraject aan."

Is het drugsgebruik op het Schreuder College gedaald?

"Een causaal verband tussen de maatregelen en het drugsgebruik kunnen we niet aantonen. Duidelijk is dat er veel minder gebloed en gedronken wordt. Tegelijkertijd zien we de prestaties stijgen; leerlingen stappen regelmatig over naar een hogere vorm van onderwijs. Mooi is ook dat zij in binnen- en buitenland presentaties hebben verzorgd, op wetenschappelijke congressen en in onderwijsinstellingen. Daardoor groeit hun zelfvertrouwen. Dat is een mooie bijvangst waar we vooraf geen rekening mee hadden gehouden. Door al die presentaties groeit bovendien de belangstelling voor wat wij als school doen. Ik denk zeker dat het Schreuder College als voorbeeld kan dienen voor andere scholen die het drugs- en alcoholgebruik willen terugdringen."





Hoofdstuk 2

Op het scherp van de snede: academische werkplaatsen balanceren tussen coördineren en verantwoorden

Rik Wehrens, Marleen Bekker & Roland Bal⁶

In dit hoofdstuk:

In dit hoofdstuk gaan gastschrijvers Rik Wehrens, Marleen Bekker en Roland Bal in op de resultaten van het onderzoek naar de samenwerkingsprocessen van een aantal werkplaatsen. Duidelijk wordt dat de samenwerking tussen verschillende partijen balanceerkunst vereist. Elke partij afzonderlijk moet rekening houden met de eisen van de thuisorganisatie en hierover verantwoording afleggen. Daarnaast moeten de partijen samenwerken en inhoudelijke projecten coördineren. Om het evenwicht te vinden, wenden de betrokken partijen een aantal strategieën aan om de werkplaats als experimenteerruimte optimaal te benutten.

Inleiding

Een jaar na de oprichting van de werkplaatsen is een onderzoek gestart naar de werking ervan. De vraag was: onder welke voorwaarden kan samenwerking tussen onderzoek, beleid en praktijk op een productieve manier gestalte krijgen? Het onderzoek is uitgevoerd door het instituut Beleid Management Gezondheidszorg (iBMG) van de Erasmus Universiteit Rotterdam. Het iBMG is zelf niet betrokken bij een werkplaats en kon zich zodoende als onafhankelijke buitenstaander met een objectieve blik oriënteren op de werkplaatsen. Het onderzoek richtte zich vooral op hoe de verschillende projectdeelnemers erin slagen om een goede balans te vinden tussen het coördineren van samenwerking enerzijds en het afleggen van verantwoording anderzijds. Op basis van vier *case studies* wordt hier verslag gedaan van de verschillende strategieën die binnen de projecten worden gebruikt om deze balans te bewaken en een evenwicht te vinden. Hieruit kunnen we lessen trekken voor de samenwerking.

Door de bril van 'two communities'

De aanpak en insteek van het onderzoek verschilt van de meer gebruikelijke onderzoekstraditie in de publieke gezondheids-

zorg. Deze traditie staat bekend als de *two communities*-traditie. Kenmerkend voor deze traditie is dat onderzoekers, beleidsmakers en praktijkprofessionals worden neergezet als ware zij afkomstig uit strikt gescheiden werelden, met verschillende logica, motivaties en prikkels. Ze leven volgens deze traditie in verschillende 'universa'. Het resultaat van deze verschillen is een gebrekkige aansluiting tussen onderzoek en beleidspraktijk. Het creëren van 'bruggen' tussen wetenschap en beleidspraktijk is dan belangrijk.

Maar deze traditie wordt door verschillende sociale wetenschappers bekritiseerd. Twee prominenten onder hen, Vivian Lin en Brendan Gibson, betogen in hun boek over *evidence-based policy* dat de *two communities*-benadering weliswaar een redelijke beschrijving kan zijn van de ervaringen van onderzoekers en beleidsmakers, maar dat deze benadering als theoretisch model een magere verklaring biedt voor de vele problemen in de relatie tussen onderzoek en beleid⁷. Ze beargumenteren, in lijn met andere auteurs⁸, dat er vraagtekens te plaatsen zijn bij het op voorhand uitgaan van een kloof tussen de domeinen van onderzoek, beleid en praktijk⁹. Door deze kloof als uitgangspunt te nemen, legt de *two communities*-benadering vooral het accent op de typische kenmerken binnen elk domein en de verschillen met de andere domeinen. De verschillen worden hierdoor uitvergroot en misschien wel groter en ernstiger gemaakt dan ze in werkelijkheid zijn. De overeenkomsten tussen de domeinen komen daarentegen niet of veel te weinig naar voren. De verschillen en de begrenzingen tussen de drie domeinen worden op die manier gepresenteerd als iets statisch (ze veranderen niet) en generaliseerbaar (ze zijn niet open voor andere betekenisgeving of interpretatie). We kennen allemaal de stereotyperingen wel: beleid is bureaucratisch, onderzoek komt uit de ivoren toren en praktijk is quick and dirty. Hierdoor legt de *two communities*-benadering te veel nadruk op de heterogeniteit tussen de drie domeinen (alleen de verschillen worden immers benadrukt) en op de homogeniteit binnen elk van de domeinen (er wordt immers

⁷ Zie Lin, V., and B. Gibson, eds. 2003. *Evidence-based health policy. Problems & possibilities*. Oxford: Oxford University Press.

⁸ Zie onder andere Wingens, Matthias. 1990. *Toward a general utilization theory*. *Science Communication* 12 (1) (September 01): 27-42.

⁹ Zie onder andere Greenhalgh T & Wieringa S. *Is it time to drop the 'knowledge translation' metaphor? A critical literature review*. *JRSM* 2011 December 01;104(12):501-509.



niet gekeken naar interne verschillen binnen elk van de domeinen).

Een andere bril: vanuit het Wetenschap- en Techniekonderzoek

Wij zijn gaan zoeken naar andere concepten om de relatie tussen wetenschappelijke kennisproductie, beleidsontwikkeling en professionele praktijk te verklaren. Daarbij bouwen wij voort op inzichten die de afgelopen decennia zijn opgedaan in het veld van het Wetenschap- en Techniekonderzoek, kortweg aangeduid met STS-onderzoek (*Science & Technology Studies*).

Het STS-onderzoek neemt als uitgangspunt dat in de huidige maatschappij wetenschap en technologie zodanig verweven zijn met de manieren waarop we ons leven inrichten (politiek, beleid, praktijk), dat deze domeinen niet afzonderlijk van elkaar bestudeerd kunnen worden. Daarnaast hanteert veel STS-onderzoek een zogeheten anti-deterministische houding. Dit betekent dat sterk afstand wordt genomen van het idee dat de invloed van wetenschap en technologie op onze samenleving eenzijdig of lineair (of deterministisch) zou zijn. STS benadrukt juist dat wetenschap en technologie óók door sociale praktijken gevormd worden. Juist door de dynamiek, het samenspel en de onderlinge relaties tussen wetenschap, techniek en praktijk ontstaat nieuwe kennis.

Met de STS-bril op is veel onderzoek gedaan naar de samenwerking in wetenschappelijke adviesorganisaties en denktanks. Dit onderzoek heeft laten zien dat de grenzen tussen beleid, onderzoek en praktijk vaak veel minder hard en statisch zijn dan ze in eerste instantie lijken. Veel empirisch onderzoek heeft dan ook laten zien hoe de grenzen tussen onderzoek en beleid vaak juist behoorlijk kneedbaar en grotendeels retorisch van aard zijn, zeker in *settings* waarin nauw wordt samengewerkt. Met andere woorden: wat telt als een 'wetenschappelijk' issue en wat telt als een 'beleidskwestie', is

niet een vooraf vaststaand gegeven, maar is juist iets waarover actief wordt gesproken en onderhandeld, bijvoorbeeld bij het bepalen van een rolverdeling. Dat de grenzen tussen deze domeinen niet zo vast liggen als het *two communities*-perspectief doet vermoeden, is vooral goed te zien bij controversiële kwesties met grote maatschappelijke impact¹⁰.

Coproductie: een andere kijk op samenwerking

Vanuit een STS-perspectief heeft Sheila Jasanoff het coproductieraamwerk ontwikkeld¹¹. Coproductie richt zich op hoe onderzoek en beleid gezamenlijk en in interactie met elkaar vorm krijgen. Vanuit de gedachte van coproductie kan men vraagtekens plaatsen bij het traditionele zwart-wit onderscheid tussen wetenschap en beleid, waarbij 'feiten' worden toegeschreven aan de wetenschap en 'waarden' aan beleid. In plaats daarvan wijst coproductie juist op de constante verwevenheid tussen cognitieve, sociale en normatieve aspecten. Hoewel coproductie dus betrekking heeft op de manieren waarop onderzoek en beleid gezamenlijk en in interactie met elkaar geproduceerd worden, gaat coproductie niet automatisch uit van consensus tussen de betrokken personen. Integendeel: coproductie richt zich juist expliciet op wat we de 'micro-politiek' van samenwerking kunnen noemen: het verkennen van hoe de dynamische grenzen tussen beleid, onderzoek en praktijk gevormd worden en voor welke doeleinden. Een belangrijke dimensie van deze 'micro-politiek' is nu juist de vraag welke 'grensconstructie' als legitiem wordt gezien en welke niet. Ofwel: waar houdt het domein van beleid op en waar begint het domein van onderzoek of van de praktijk? Maar ook: wie bepaalt deze grens en wordt deze grens door alle partijen als acceptabel gezien?

In dit onderzoek willen we verklaren hoe en waarom de domeinen van onderzoek, beleid en praktijk op sommige momenten uit elkaar worden getrokken, terwijl ze in andere situaties juist veel meer met elkaar verweven zijn. We onderzoeken daarom

hoe en op welke momenten binnen de werkplaatsprojecten de 'kloven' of grenzen tussen onderzoek, beleid en praktijk juist nadrukkelijk gecreëerd worden en met welk doel. En we onderzoeken hoe en op welke momenten deze grenzen in de samenwerking juist weer overbrugd worden en waarom.

Coördinatie- en verantwoordingswerk binnen de academische werkplaatsen

Beide vragen hangen nauw samen met de twee eisen die aan de werkplaatsen gesteld worden. Enerzijds moeten beleid, onderzoek en praktijk tot overeenstemming komen door verschillende perspectieven op elkaar af te stemmen, verder hier omschreven als coördineren. Anderzijds moeten beleid, onderzoek en praktijk verantwoording afleggen over de genomen beslissingen en de gemaakte keuzes. En dit moet zowel horizontaal, aan de samenwerkingspartners, als verticaal, aan de hiërarchisch verantwoordelijke baas binnen het eigen domein, de thuisorganisatie. Dit wordt verder hier omschreven als verantwoorden. De organisaties moeten soms ook, hetzij elk afzonderlijk dan wel in gezamenlijkheid, verantwoording afleggen aan bijvoorbeeld externe opdrachtgevers en financiers, beoogde gebruikers in verschillende praktijken en aan het wetenschappelijke publiek.

Kenmerkend voor de werkplaatsen is dus dat zij voortdurend zoeken naar een balans tussen coördinatie- en verantwoordingswerk. Dit coördinatie- en verantwoordingswerk dient vaak tegelijkertijd verzet te worden: het zijn twee zijden van dezelfde medaille. Aangezien er veel verschillende partijen betrokken zijn bij de werkplaats, die bovendien allemaal hun eigen doelen en ideeën hebben, is het coördinatiewerk best ingewikkeld. Betrokkenen moeten samen tot afstemming komen en dus vooral verschillende perspectieven afwegen. Ze moeten dan werkbare oplossingen zien te vinden voor de dilemma's en wederzijdse overeenstemming proberen te bereiken bij problemen en activiteiten. Vaak moeten ze com-

promissen sluiten. Tegelijkertijd zijn de werkplaatsen ook onderhevig aan verwachtingen en eisen. De activiteiten van de werkplaatsprojecten gaan dus niet alleen over coördinatie van verschillende perspectieven, maar ook over het afleggen van verantwoording over de resultaten, het proces, en de meerwaarde.

Strategieën voor balanceerkunst

De betrokkenen hanteren een aantal verfijnde handelingsstrategieën om de balans tussen coördineren en verantwoorden te vinden. Vanuit de theorie onderscheiden we vier strategieën, namelijk:

- hybridisering: de integratie van wetenschappelijke en beleidsmatige elementen in één specifiek instrument of model, dus een samensmelting van feiten en waarden of normen
- deconstructie: de waarden en normen die impliciet zijn aangenomen ontmaskeren
- grenzenwerk: met piketpaaltjes markeren wat ieders domein is (bijvoorbeeld door het maken van een duidelijke rolverdeling)
- grensoverschrijdende (*cross-domein*) orkestratie: het tegenovergestelde van grenzenwerk, elkaar opzoeken (ondanks de officiële rolverdeling)¹²

Deze strategieën helpen om de focus te benadrukken: nu eens ligt de focus op het coördinatiewerk, dan weer op het verantwoordingswerk.

Hybridisering heeft betrekking op de integratie van wetenschappelijke en politieke of beleidsmatige elementen, dus van 'feiten' en 'waarden'. Een voorbeeld van succesvolle hybridisering komt uit de *case study* Gezond in de Stad, een onderdeel van het Klein maar Fijn onderzoek van de werkplaats Cephir. In deze studie zijn beleidsrelevante scenario's ontwikkeld. In deze scenario's zijn de feiten vanuit de wetenschap (gebaseerd op het ziektemodel van het Erasmus MC) en de waarden uit

¹⁰ Neem bijvoorbeeld de vraag welke methode het beste is voor de verdeling van de landelijk budgetten voor de decentralisaties van de Jeugdzorg, de Participatiewet en de Wmo. Er is veel discussie ontstaan over de verschillende verdeelmodellen. Relevant is dat deze publieke discussie vooral ging over de vraag of deze nieuwe berekening in het domein 'wetenschap' of in het domein 'politiek' geplaatst dient te worden (zie *Wij maken ons grote zorgen*). <http://www.academischewerkplaatslimburg.nl/wp-content/uploads/Gevolgendecentralisaties1.pdf>.

¹¹ Zie Jasanoff, Sheila, ed. 2004. *States of knowledge: the co-production of science and social order*. London: Routledge.

¹² Voor een oorspronkelijke uitwerking van deze strategieën, zie: Miller, Clark. 2001. *Hybrid management: Boundary organizations, science policy, and environmental governance in the climate regime*. *Science, Technology & Human Values* 26 (4): 478-500. Voor een meer theoretische en diepere toepassing van deze strategieën in de context van de AWPG, zie: Wehrens, Rik; Bekker, Marleen en Bal, Roland. 2014. *Hybrid management configurations in joint research*. *Science, Technology & Human Values* vol. 39 (1): 6-41.





beleid (de verschillende gezondheidsmaatregelen die aansluiten bij het beleidsprogramma van de GGD) bij elkaar gevoegd en als beleidsrelevante scenario's gepresenteerd. Zo is de te verwachten gezondheidswinst van de verschillende maatregelen voor de Rotterdamse bevolking geschat. De scenario's zijn een voorbeeld van hybridisering, omdat ze zowel wetenschappelijke als beleidsmatige elementen bevatten. De meeste betrokkenen zagen de scenario-aanpak als een positieve ontwikkeling en een goede strategie voor een conflict over wetenschappelijke *evidence* en beleidsmatige haalbaarheid.

De strategie van *deconstructie* heeft betrekking op het 'openen' van dergelijke hybrides of samensmeltingen om de waardeoordelen hierachter te ontmaskeren. Een voorbeeld van de strategie van *deconstructie* was te zien in het project 'Acceptatie van vaccinatie bij bevindelijk gereformeerden', een project van de werkplaats Amphi. Een van de belangrijkste problemen binnen dit project was om de doelgroep te overtuigen van het belang en de meerwaarde van het onderzoek. Veel gereformeerden vreesden dat het onderzoek een 'geheime missie' had en de resultaten gebruikt zouden worden om hen verplicht te laten inenten. De gereformeerden wilden laten zien dat wetenschappelijke elementen (de vaccinatiegraad in kaart brengen) en normatieve elementen (deze vaccinatiegraad verhogen) met elkaar verweven zouden zijn in het onderzoeksontwerp. Om het project te laten slagen, was het voor de onderzoekers belangrijk om dat beeld tegen te spreken. De

kritiek op het onderzoeksontwerp werd door de onderzoekers weerlegd: er zat geen geheime missie tot verplicht inenten in het onderzoeksontwerp.

De strategie van *grenzenwerk* heeft betrekking op het vaststellen en onderhouden van grenzen tussen wetenschap en andere domeinen. Het gaat dan om het (retorisch) afbakenen van wat de grenzen zijn van het wetenschappelijke domein en wat daar dus buiten valt. Een succesvol voorbeeld van *grenzenwerk* is te zien in de *Gezond in de Stad* studie. Hier zijn de onderzoekers ingezet om de resultaten en de gevolgen voor beleid te presenteren aan raadsleden. Formeel gezien hebben de onderzoekers geen verantwoordelijkheid in de vertaling van de onderzoeksbevindingen naar beleid, omdat de GGD normaliter de aangewezen partij hiervoor is. Deze rolverdeling was ook op voorhand afgesproken. Maar een presentatie door onderzoekers was een bewuste poging om een traditioneel beeld te creëren waarbij de wetenschap de objectieve feiten presenteert ('*science speaking truth to power*'). Op deze manier konden de legitimiteit van de resultaten en de gevolgen ervan voor beleid extra worden benadrukt (het 'wittejasseneffect').

De strategie van *grensoverschrijdende (cross-domein) orkestratie* gaat over de coördinatie van activiteiten tussen verschillende domeinen, ook al lijken die op het eerste gezicht gescheiden. Deze strategie werd ook toegepast in *Gezond in de Stad*. Oorspronkelijk was binnen dit project een duidelijke rolverde-

ling gemaakt: de onderzoekers van het Erasmus MC waren verantwoordelijk voor het onderzoek, terwijl de GGD verantwoordelijk was voor de beleidsmatige vertaling van de resultaten. Dit resulteerde in conflicten en uiteenlopende verwachtingen. De coördinatoren en de hoofdonderzoeker hebben daarom vervolgens veel tijd geïnvesteerd in informeel overleg met verschillende groepen binnen de GGD. Zo werden 'achter de schermen' de onderliggende verwachtingen van het project expliciet gemaakt. Dit informele overleg was erop gericht om alle partijen op één lijn te krijgen. En dit bleek succesvol.

Praktijkobservaties: balanceren is moeilijk

Het balanceren tussen coördineren en verantwoorden gaat niet vanzelf, zo bleek uit de observaties. De verschillende verantwoordingscriteria (hoge wetenschappelijke kwaliteit, maar ook een duidelijke praktische en beleidsmatige relevantie) zijn een stuk lastiger te integreren dan verwacht. De praktijkobservaties leggen wat dat betreft een interessante paradox bloot: hoe meer formele aandacht er vanuit ZonMw uitging naar het samenwerkingsverband, hoe lastiger het in de praktijk werd om de precaire balanceerkunst tussen coördinatie- en verantwoordingswerk goed vorm te geven. Als de balans te zeer verschuift richting het afleggen van verantwoording, bedreigt dit de ruimte om binnen de projecten te onderhandelen en onderlinge afstemming te bereiken. Met andere woorden: als over iedere beslissing verantwoording moet worden afgelegd en de samenwerking onder een vergrootglas wordt gelegd, is het moeilijk om ook maar ergens consensus over te bereiken. De balans kan echter ook doorslaan naar de andere kant: zonder formele aandacht vanuit ZonMw kan het lastiger zijn om de samenwerking op gang te houden. Meerdere respondenten gaven dit in interviews aan.

De observaties lieten ook zien dat de verschillende verantwoordingscriteria in alle projecten niet evenredig behandeld werden. Zo bleken de wetenschappelijke criteria in eerste instantie doorslaggevend te zijn. Waar aanpassing aan weten-

schappelijke criteria nodig was, werd dit gezien als een verbetering van het onderzoeksontwerp. Bijvoorbeeld het kiezen voor een *randomized trial-design* ondanks de weerstand en praktische dilemma's die dat opleverde voor praktijkprofessionals. Als er aanpassingen aan beleidsmatige of professionele criteria nodig waren, werd dit gezien als een verslechtering van de kwaliteit van het project. Bijvoorbeeld het toevoegen van een deelthema aan een onderzoek waarvoor minder hard bewijs beschikbaar is, maar dat desondanks praktisch zeer relevant is. Aanpassingen aan beleidsmatige of professionele criteria kwamen dan ook meestal pas tot stand na een crisismoment. In een enkel geval bleek zelfs een crisis niet tot aanpassingen te leiden en werd het project (gedeeltelijk) stopgezet.

De observaties laten zien dat er binnen de werkplaatsen ruimte moet zijn om een goede balans tussen coördineren en verantwoorden te vinden. Als deze interne, informele ruimte wordt ingekapseld door een te strikte nadruk op vereisten, beperkt dat in sterke mate de mogelijkheden voor consensusvorming.

De werkplaats als facilitator voor de balans

Een van de belangrijkste aspecten uit dit onderzoek is het belang van een veilige structuur waarin ruimte is voor consensusvorming en onderhandeling. Het is van belang om de structuur van de werkplaats expliciet te positioneren als een veilige, 'experimentele' ruimte¹³. Hierbinnen moet ruimte zijn om af te wijken en los te komen van de dagelijkse eisen die aan de verschillende groepen worden opgelegd. Deze enigszins besloten en expliciet (of formeel) erkende experimenteeruimtes zijn waardevol omdat deze ruimtes de noodzakelijke '*back stage*' omgevingen bieden die kunnen helpen bij het bereiken van compromissen waarover in een '*front stage*' omgeving niet onderhandeld kan worden¹⁴. In termen van coördinatie- en verantwoordingswerk kan deze structuur er dus voor zorgen dat er minder verantwoordingsdruk op de samenwerking ligt.

¹³ Ook de keuze voor een specifieke terminologie kan hierin belangrijk zijn. Naast 'experimenteeruimte' dekken ook termen als 'innoveerruimte' of 'proeftuin' wellicht de lading.

¹⁴ Voor een verdere uitwerking van dit punt, zie: Wehrens, Bekker & Bal (2011). *The Coordination of Research, Policy and Practice: A Case Study of Collaboration in the Field of Public Health. Science and Public Policy* 38 (10): 755-766.



Er ontstaat dan meer evenwicht tussen coördineren en verantwoordwoorden.

Aanbevelingen

Wij adviseren de werkplaatsen om zorgvuldig te reflecteren op hoe de verschillende kwaliteitscriteria (wetenschappelijke kwaliteit, praktische relevantie, beleidsmatige relevantie) door de betrokkenen geïnterpreteerd worden. Die interpretaties kunnen namelijk behoorlijk uiteenlopen. Niet iedereen bedoelt hetzelfde bij praktische relevantie. Een van de manieren om hier concreet vorm aan te geven, is het organiseren van een (of meerdere) debat(ten) over hoe de verschillende criteria verder geoperationaliseerd kunnen worden op een manier die tot algemene tevredenheid leidt.

De *case studies* brachten een aantal succesvolle strategieën aan het licht, met name met betrekking tot *hybridisering* en *cross-domein orkestratie*. Succesvolle *hybridisering* bestaat uit het ontwikkelen van instrumenten en formats waarin wetenschappelijke en beleids- of praktijkelementen met elkaar verweven worden (zoals de beleidsrelevante scenario's lieten zien). Bij succesvolle *cross-domein orkestratie* slagen de betrokkenen erin om informele uitwisselingsmomenten te creëren om van elkaar te leren en feedback te geven. Binnen de samenwerking is het dan ook van belang om op regelmatige basis dergelijke (informele) overleg- en uitwisselingsmogelijkheden te organiseren.

Het coördinatiewerk vraagt bepaalde competenties van de deelnemers aan samenwerkingsprojecten in de werkplaatsen. Er komt meer bij kijken dan puur inhoudelijke kennis. Ook het managen van het samenwerkingsproces is een zeer belangrijk onderdeel van de activiteiten binnen de werkplaats. Van belang is een team samen te stellen met mensen die niet alleen over inhoudelijke expertise beschikken, maar ook over onderhandelingsvaardigheden. Een belangrijke rol is weggelegd voor procesmanagers wanneer de samenwerking spaak dreigt te lopen. Organisatiedeskundigen kunnen meedenken over

de inbedding van de samenwerking in de eigen organisatie, zodat de werkplaatsen verankeren.

Voor het verantwoordingswerk is van belang dat niet-wetenschappelijke kwaliteitscriteria sterker ingebouwd worden in het onderzoeksontwerp van de projecten. Op papier zijn de verschillende soorten criteria (wetenschappelijk, politiek-bestuurlijk en praktisch) binnen de werkplaatsen gelijkwaardig. Maar in de praktijk werd er wel degelijk onderscheid gemaakt, waarbij wetenschappelijke criteria vaak onevenredig veel zwaarder telden dan de andere criteria¹⁵. Om de andere criteria evenveel gewicht te geven in het onderzoeksontwerp, moeten betrokkenen daar vooraf goed over nadenken. Dit kan door bijvoorbeeld de potentiële gebruikers bewuster te betrekken in alle fasen van het onderzoek. Dus niet alleen bij het formuleren van een vraag of het benoemen van een probleem, maar ook gedurende de uitwerking en uitvoering van het onderzoek. En in ieder geval op momenten waarop belangrijke wijzigingen met betrekking tot de uitvoering van het onderzoek gemaakt worden. Dit betekent ook dat een onderzoek zodanig opgesteld moet worden dat er ruimte blijft om flexibel in te kunnen spelen op praktijkproblemen.

Verder is het belangrijk scherp aan te geven dat de structuur van de werkplaats juist als experimenteerruimte meerwaarde heeft. De werkplaats moet dan ook nadrukkelijker als zodanig gepositioneerd worden. Hierbinnen is het makkelijker los te komen van al te rigide traditionele verantwoordingscriteria die de samenwerking kunnen bemoeilijken. En er ontstaat meer onderhandelingsruimte tussen de betrokkenen. Dat vergt wel investeringen op bestuurlijk niveau. Bestuurders moeten ermee akkoord gaan. Dat kan door ofwel nieuwe verantwoordingscriteria op te stellen en vast te leggen, of door het vastleggen van regelingen voor een periode waarin meer flexibiliteit in traditionele verantwoordingscriteria mogelijk is. Op deze manier kan het potentieel van de academische werkplaatsen als experimenteerruimte volledig worden benut.



“Alle partijen moeten buigzaam kunnen zijn”

¹⁵ ZonMw heeft hier in de tweede subsidieronde van de academische werkplaatsen meer expliciet op ingespeeld door bijvoorbeeld het praktijkgerichte ‘Klein maar Fijn-format’ tot verplicht onderdeel binnen iedere werkplaats te maken.



Een slimme aanpak van diabetes



AWPG AGORA

Met SLIMMER diabetes voorkomen

Het doel van het onderzoek

Diabetes is een groot en groeiend gezondheidsprobleem. Zonder ingrijpen lopen de jaarlijkse zorgkosten voor diabetes op van 10 naar 16 tot 19 miljard euro in 2020. Het doel van dit onderzoek van Agora is het uitstellen en voorkomen van diabetes. Daartoe werd het *evidence-based* leefstijlprogramma SLIM, ontwikkeld door de Universiteit Maastricht, naar de praktijk van de zorg vertaald. Uitgangspunt is dat deelnemers in groepjes bewegen onder begeleiding van een fysiotherapeut, die de aandacht vestigt op kracht en conditie. Verder krijgen deelnemers voedingsadviezen op maat van de diëtist. Dankzij een subsidie van het Diabetes Fonds, die Agora had aangevraagd, kon een stuurgroep met vertegenwoordigers van tal van relevante partijen worden gevormd. Samen herschreven zij het SLIM-handboek en ontstond een SLIMMER-draaiboek voor de praktijk. Daarop kon een pilot worden uitgevoerd in drie huisartspraktijken in Apeldoorn, waarvoor ZonMw subsidie verleende binnen het programma PreventieKracht. Vervolgens werd het programma hier uitgerold over 22 huisartspraktijken. Anno 2014 zijn er vier huisartspraktijken in Doetinchem waar het leefstijlprogramma draait. In Doetinchem wordt de interventie gefinancierd door de gemeente en zorgverzekeraar Menzis. "We proberen SLIMMER hier verder te optimaliseren door de gemeentelijke sportcoach erbij te betrekken.

Dat drukt ook de kosten", vertelt Sofieke van Oord-Jansen, die samen met Josien ter Beek het project SLIMMER leidt. Zij benadrukt dat de rol van de fysiotherapeut belangrijk blijft. "We richten ons op de mensen met een hoog risico, vaak mensen met een hoge bloeddruk en overgewicht en daardoor ook gezondheidsklachten. Het gaat in veel gevallen om mensen met beweegangst. Die moeten over een drempel worden geholpen door iemand die medisch geschoold is. Maar we proberen de tijd bij de zorgprofessionals wel iets in te korten en nu dus ook die nuldlijn er nadrukkelijker bij te betrekken." Met subsidie van ZonMw werd verder een effectstudie gestart. Daarin wordt nagegaan wat de effecten zijn op de deelnemers, zowel op de korte als lange termijn. Over de effecten op de korte termijn kan Sofieke van Oord-Jansen al iets zeggen. "Het effect van SLIMMER is positief", vertelt zij. "Deelnemers vallen af, voelen zich fitter en worden actiever. Zij geven aan dat zij beter in staat zijn om deel te nemen aan de maatschappij. Dat is ook voor gemeenten een belangrijk resultaat. Zij willen immers dat burgers meer participeren. Belangrijk is verder dat bloedwaarden dalen: deelnemers worden gezonder. SLIMMER draagt dus daadwerkelijk bij aan het uitstellen of voorkomen van diabetes." Een ander opvallend resultaat is dat de helft van de mensen die uit de hoogrisicogroep benaderd wordt, meedoet. "Dat is een hoge score, zeker omdat het vaak



gaat om mensen met een lage sociaaleconomische status. Dat is een doelgroep die doorgaans moeilijk te bereiken is."

Het zijn eerste resultaten waar veel belangstelling voor bestaat. "De vraag is natuurlijk waarom SLIMMER zo effectief is. Daar durf ik nog niet te veel over te zeggen. In ieder geval denk ik dat het enthousiasme van praktijkondersteuners, diëtisten en fysiotherapeuten hieraan bijdraagt. Zij worden allemaal getraind en voelen zich voldoende toegerust om hiermee aan de slag te gaan."

Volgens Sofieke van Oord-Jansen is de samenwerking van beleid, onderzoek en praktijk heel belangrijk voor SLIMMER. "Dankzij de wetenschap kunnen we uitzoeken wat effectief is en hoe je dit het beste kunt doen. De praktijk is belangrijk, omdat die de interventie uitvoert. En met overheid en zorgverzekeraars praten we over de betaalbaarheid en financiering van SLIMMER."

Wageningen Universiteit doet nog een kosteneffectiviteitsonderzoek. De uitkomsten daarvan worden begin 2015 verwacht.

De waarde van het onderzoek voor de praktijk

Fysiotherapeut Tjitske van Amersfoort van Fysiotherapiepraktijk Willink & Wassink in Doetinchem is sinds 2013 bij het project betrokken. Zij is net met een tweede groep deelnemers gestart.

De praktijk is wezenlijk voor SLIMMER. Profiteert die praktijk hier zelf ook van?

"Zeker. SLIMMER bevordert de samenwerking tussen de verschillende disciplines in de eerste lijn. Je bouwt een netwerk op rondom de cliënt. Het voordeel is dat we nu ook buiten het project makkelijker contact leggen. Dat is een goede ontwikkeling, want de afstemming van de zorg kan zeker nog verbeterd worden."

Wat zijn uw ervaringen met SLIMMER in de praktijk?

"Als een groep net begint, zie je vaak dat mensen het niet gewend zijn om te bewegen. In de tien maanden dat ik ze begeleid, zie je die onwennigheid verdwijnen en verbetert hun motoriek. Deelnemers gaan makkelijker bewegen en vinden het bovendien steeds leuker om te bewegen. Door de combinatie van gezond eten en meer bewegen, vallen veel deelnemers ook af, al is dat niet het enige doel."

Hoe beoordeelt u de interventie als fysiotherapeut?

"Ik denk dat het goed is dat mensen onder begeleiding van een professional in actie komen. Daarnaast is het heel belangrijk dat mensen elkaar motiveren. Dat zie je in de groepen duidelijk gebeuren. Het geeft mij veel voldoening om mensen vooruit te zien gaan. Het voelt als de kroon op je werk. Het zijn uiteindelijk de cliënten die het meest profiteren, zij boeken gezondheidswinst. Op die manier draagt het project daadwerkelijk bij aan het voorkomen van diabetes."

Wat is het voordeel ten opzichte van andere interventies?

"Het voordeel van SLIMMER is dat deze methode onderbouwd is en duidelijk effect heeft op de deelnemers. Bovendien wordt de methode door meer onderzoek steeds verder onderbouwd. Ik vind het interessant om daar vanuit mijn werk bij betrokken te zijn. De methode SLIMMER sluit ook goed aan bij onze werkwijze. Het voordeel is dat we in de voorlichting naar onze cliënten duidelijk kunnen maken dat de methode effectief is. Voor verwijzers is dat ook belangrijk."



De wijk op een A4



AWPG AMPHI

Het doorontwikkelen van wijkanalyses

Het doel van het onderzoek

De kiem voor dit onderzoek werd gelegd in Nijmegen, waar in eerste instantie in drie wijken eerstelijns kennisateliers werden opgericht. Dat gebeurde op initiatief van de huisartsen, de thuiszorg, de afdeling Eerstelijns geneeskunde (ELG) van Radboudumc en de GGD Gelderland-Zuid. Partijen zagen de kennisateliers als experiment gericht op het vormgeven van de samenwerking en integrale aanpak van problemen in de wijk. Om meer inzicht te krijgen in die problemen, startten zij met het samen maken en bespreken van een wijkanalyse. Dat leverde actiepunten op voor een gezamenlijke aanpak.

Partijen kozen voor het format van een A4 om problemen inzichtelijk te maken. Dat gebeurde aan de hand van cijfers over in totaal vijf thema's: ziektes, eerstelijnscontacten, medicijngebruik, leefstijldeterminanten en achtergrondgegevens. Daarbij werd gebruik gemaakt van het principe van een stoplicht. Groen betekent dat iets in de wijk gemiddeld beter scoort dan in de rest van de stad, rood gemiddeld minder en geel betekent dat er geen verschil is. In de praktijk bracht deze compacte wijkanalyse 1.0 de discussie tussen alle relevante professionals in de wijk goed op gang. Ook de wijkbewoners werden in die discussie betrokken. Het resultaat was dat per wijk belangrijke thema's werden benoemd, zoals bijvoorbeeld de aanpak van overgewicht. Bovendien werden deze ook in gezamenlijkheid opgepakt.

Het nadeel van de gebruikte cijfers was dat een deel daarvan was gebaseerd op geëxtrapolerde cijfers van het CBS. Zodoende rees de vraag welke cijfers wel en niet bruikbaar waren en aan welke cijfers verder nog behoefte was. Deze vragen re-

sulteerde in het onderzoek van Amphi naar het doorontwikkelen van wijkanalyses. In het onderzoek werd nagegaan welke gegevens relatief makkelijk aangeleverd kunnen worden en bruikbaar zijn.

De waarde van het onderzoek voor de praktijk

Gerard Molleman is manager Gezondheidsbevordering en Epidemiologie van de GGD Gelderland-Zuid en projectleider van Amphi-Integraal Gezondheidsbeleid. Hij leidde het onderzoek naar het doorontwikkelen van wijkanalyses.

Wat was voor de GGD Gelderland-Zuid de meerwaarde van die eerste wijkanalyse 1.0?

"Als GGD verzamelen we veel gegevens en op basis daarvan benoemen we zelf de problemen. In de kennisateliers koppelen we onze gegevens aan cijfers van andere partijen. Door samen met partijen over de cijfers te praten en daar ook bewoners bij te betrekken, worden problemen of actiepunten nu van onderaf benoemd. Zo gaan betrokkenen zich mede verantwoordelijk voelen voor de oplossing ervan. Ze worden zelf probleemeigenaar. Het geeft ook heel veel energie. Wat in die eerste ronde echt opviel, was dat vaak gekozen werd voor thema's op het gebied van preventie, zoals de aanpak van overgewicht, valpreventie en eenzaamheid. Voordeel was ook dat die dan in gezamenlijkheid werden opgepakt."

U bent gaan onderzoeken hoe de wijkanalyse 1.0 verbeterd kon worden. Hoe heeft u dat gedaan?

"Door samen met partijen goed naar de gebruikte cijfers te kij-

ken. Zo stonden in de eerste versie veel cijfers over ziektes en medicijngebruik, gebaseerd op de gemiddelden van het CBS. In overleg met de huisartsen zijn we toen cijfers gaan schrappen. Daarnaast werd besloten om cijfers te gebruiken uit het Huisartsen Informatie Systeem, gegevens waar de afdeling ELG van Radboudumc over beschikte. Dan krijg je concrete cijfers die over de wijk gaan. In overleg met de huisartsen hebben we vervolgens vastgesteld welke cijfers echt belangrijk zijn voor een wijkanalyse. Zo zijn we gekomen tot zes aandoeeningen: diabetes, COPD, depressie, dementie, vaatziekten en vormen van kanker bij mannen en vrouwen. Dan gaat het dus vooral om de aandoeningen die met leefstijl te maken hebben. In de discussie over de vraag welke cijfers relevant zijn, is verder besloten om cijfers van de Jeugdgezondheidszorg op te nemen. Met de JGZ hebben we toen in gezamenlijkheid de vraag gesteld: welke cijfers zijn echt relevant voor de wijk? Zo hebben we uiteindelijk drie thema's vastgesteld: cijfers over het BMI, de mentale gezondheid en de contacten van gezinnen met de JGZ.

Tot slot hebben we met zorgverzekeraars belangrijke cijfers benoemd, te weten het bezoek aan huisarts en ziekenhuis en het medicijngebruik. In het gesprek met de zorgverzekeraars bleek ook dat zij hier graag aan willen meewerken, omdat zij het kostenbewustzijn willen verhogen."

Zo ontstond een vernieuwde wijkanalyse 2.0.

Hoe profiteert de praktijk daarvan?

"Een belangrijk voordeel is dat partijen in de wijk door samen naar de cijfers te kijken, problemen nu veel eerder in gezamenlijkheid oppakken. Daarbij kunnen zij het gesprek met

bewoners aangaan op basis van cijfers die echt houvast bieden. Voordeel is ook dat de eigen verantwoordelijkheid voor het oppakken van problemen in de wijk toeneemt. Waar een GGD voorheen leefstijlproblemen benoemde, doen de professionals en de bewoners in wijken dat nu zelf. Dat vergroot het draagvlak voor het oplossen ervan."

De interesse voor de vernieuwde wijkanalyse is groot.

Je zou haast kunnen spreken van een sneeuwbaaleffect?

"Dat klopt. Het uitgangspunt is een helder overzichtelijk A4-tje dat meteen inzichtelijk maakt welke problemen zich ergens voordoen. Daar hebben veel partijen behoefte aan. Zo hebben we inmiddels een versie 3.0 ontwikkeld voor de thuiszorg. Daar bestond de behoefte aan cijfers voor wijkverpleegkundigen, die geacht worden om met een veel bredere blik naar een wijk te kijken. Samen hebben we de wijkanalyse voor dit doel aangepast.

Inmiddels zijn we bezig met versie 4.0 van de wijkanalyse op verzoek van de gemeenten in de regio. Het uitgangspunt is dat ook gemeenteraadsleden geen behoefte hebben aan stapels papier met cijfers over Jeugdzorg en Wmo-kosten. Daarom zijn we voor gemeenten nu wijkanalyses aan het ontwikkelen waarin ook dit soort cijfers worden opgenomen. Ook hiervoor geldt weer: zo beperkt mogelijk, dus alleen die cijfers die echt nodig zijn om de situatie te kunnen beoordelen."





Hoofdstuk 3

De Klein maar Fijn methode: vliegwielt voor een goede samenwerking tussen beleid, praktijk en onderzoek

In dit hoofdstuk:

De opkomst van de Klein maar Fijn methode en de uitbreiding naar alle werkplaatsen is succesvol te noemen. In dit hoofdstuk geven we antwoord op de vraag waarom Klein maar Fijn zo succesvol is, hoe het werkt in de praktijk en waarom GGD'en er zelf van profiteren. Ook beantwoorden we de vraag of dit kortlopend onderzoek invloed heeft op het beleid van de gemeente en wat de wetenschap ervan vindt.

De opkomst van de Klein maar Fijn methode

In 2007 is de Academische Werkplaats Publieke Gezondheid Cephir in de regio Rotterdam gestart met kortdurende onderzoeksprojecten, Klein maar Fijn genoemd. Bij Klein maar Fijn worden actuele vragen vanuit praktijk, beleid en/of politiek beantwoord met een kortdurend onderzoek van maximaal drie tot zes maanden. De aanpak onderscheidt zich door zijn korte duur en de eenvoud van de onderzoeksopzet. De Klein maar Fijn methode is het antwoord op de vraag: hoe kunnen beleidsmakers beter bereikt worden met de resultaten van wetenschappelijk onderzoek? Beleidsmakers willen immers snel goed onderbouwde oplossingen voor hun dagelijkse problemen. Voor dit doel is het onderzoek zoals uitgevoerd door promovendi meestal niet geschikt, omdat de resultaten te lang op zich laten wachten. Onder het motto: smeed het ijzer als het heet is, worden actuele praktijk- en beleidsvragen opgehaald en beantwoord. Zo komt de wetenschap een stapje dichterbij de belevingswereld van beleidsmakers.

Cephir is nagegaan of deze doelstelling waargemaakt kan worden. Na drie jaar ervaring met Klein maar Fijn heeft deze werkplaats dit type onderzoek geëvalueerd. Uit de evaluatie blijkt dat er meer dynamiek is ontstaan tussen beleid, praktijk en onderzoek. Alle opdrachtgevers blijken tevreden te zijn. Een groot deel van de resultaten wordt direct en indirect meegenomen in beleidsprocessen. Dit wijst er op dat het Klein maar Fijn onderzoek in een behoefte voorziet. De betrokken beleidsmakers

hebben meer oog gekregen voor de concrete mogelijkheden van de wetenschap¹⁶.

ZonMw omarmt Klein maar Fijn

Vanwege het succes van het Klein maar Fijn onderzoek bij Cephir heeft ZonMw de methode omarmd. ZonMw heeft dit type onderzoek verplicht gesteld voor alle werkplaatsen in de tweede subsidieronde. De reden hiervoor was dat na vier jaar experimenteren de gemeenten nauwelijks actief betrokken waren geraakt bij de werkplaatsen. VWS en ook ZonMw hebben een intensieve betrokkenheid van gemeenten juist altijd bepleit. De academisering moest immers vooral bijdragen aan *evidence-based* beleid in de publieke gezondheid. Gemeenten zijn daarvoor verantwoordelijk. Hun betrokkenheid is daarom essentieel. Dat de werkplaatsen min of meer verplicht zijn Klein maar Fijn onderzoek aan te bieden, kan helpen om gemeenten over de streep te trekken. De gedachte is dat er dan meer draagvlak ontstaat bij de gemeenten voor de werkplaats. Dit draagvlak is nodig voor de verankering van de werkplaats vanaf 2015, als de subsidie stopt. ZonMw zinspeelt ook op structurele verankering van beleidsrelevant onderzoek ten behoeve van de nota volksgezondheid. Idealiter zou elke vier jaar na de lokale verkiezingen een regionale Volksgezondheid Toekomst Verkenning opgesteld moeten worden die als basis dient voor de lokale nota volksgezondheidsbeleid. GGD'en spelen hierin een belangrijke adviserende rol en kunnen gemeenten als opdrachtgever betrekken bij onderzoeksvragen die voortkomen uit die nota. Zo kunnen onderdelen van de nota via kortdurende onderzoeksprojecten onderzocht worden op nut en noodzaak. Streven van ZonMw is dat aan het eind van de tweede subsidieronde de werkplaatsen een aantoonbare en structurele deelname en commitment van het lokale bestuur hebben.

Klein maar Fijn onderdeel van alle werkplaatsen

Alle elf de werkplaatsen hebben naar aanleiding van het succes bij Cephir en het min of meer verplichtende advies van ZonMw het Klein maar Fijn model ter hand genomen en aange-

¹⁶ Kreuger, FAF, Voorham AJJ, Van der Veen A, Richardus JH. Kortdurende onderzoeksprojecten 'klein maar fijn', TSG Praktijk, 2010;88 (4):161-66.



past aan hun specifieke situatie. Anno 2014 bieden alle werkplaatsen op hun eigen manier Klein maar Fijn projecten aan. Momenteel zijn er door het hele land ongeveer 160 kortlopende projecten in uitvoering of al afgerond.

Grote diversiteit aan onderwerpen

Er is een grote variatie in de onderwerpen en vraagstellingen die aangedragen worden bij de werkplaatsen voor Klein maar Fijn onderzoek. De werkplaatsen hebben allemaal hun eigen focus en de vragen die zij aanpakken passen bij de expertise van de werkplaats. De thema's kunnen betrekking hebben op gezondheidsbevordering, epidemiologie, milieu en gezondheid,

jeugd, openbare geestelijke gezondheidszorg, samenwerking publieke gezondheid eerste lijn en crisisbeheersing. Om de grote bandbreedte aan onderwerpen te illustreren geven we in bijgaand overzicht één voorbeeldproject per werkplaats.

Agora Evaluatiebureau

De werkplaats Agora heeft het Klein maar Fijn model doorontwikkeld tot een zogeheten Evaluatiebureau. "Het Evaluatiebureau maakt gemeenten sterker. Dat doet zij met kwalitatief hoogstaand evaluatieonderzoek naar het effect van beleid en interventies. Hiermee kunt u als beleidsmaker goede beslissingen nemen op het gebied van publieke gezondheid.

De medewerkers van het Evaluatiebureau zijn academisch geschoold, hebben zich gespecialiseerd in evaluatieonderzoek en vertegenwoordigen alle relevante disciplines. Tijdens evaluatieonderzoek maakt het Evaluatiebureau gebruik van eigen, lokale en (sub) regionale data. Bovendien werkt het Evaluatiebureau nauw samen met universiteiten. Onafhankelijkheid en betrouwbaarheid staan voorop. Dit merkt u aan een transparante werkwijze en korte lijnen met partners op academisch niveau.

Het Evaluatiebureau maakt gebruik van een combinatie van praktische onderzoeksmethoden. Omdat alle kennis in huis is, kan de klant volledig ontzorgd worden. Een heldere rapportage zorgt voor een begrijpelijk eindresultaat. Dit alles maakt dat het Evaluatiebureau efficiënt en verrassend betaalbaar te werk kan gaan."

Werkplaats

Amphi

Academische
Werkplaats Publieke
Gezondheid Noordelijk
Zuid-Holland

Sarphati Initiatief

Cephir

Klein maar fijn project

Het bevorderen van zelfredzaamheid onder volwassenen in de gemeente Wijchen

De gemeente Wijchen (40.000 inwoners) staat, net zoals vele andere gemeenten, de komende jaren voor een lastige opgave rondom de drie decentralisaties, het stimuleren van zelfredzaamheid en de vergrijzing. Daarom wil de gemeente onderzoek doen naar hoe volwassenen (30 tot 65 jaar) gestimuleerd kunnen worden tot gezond gedrag. Zo kunnen zij gezond en wel vanuit eigen kracht aan de derde levensfase beginnen.

Automatische externe defibrillator (AED) Alert in Hollands Midden

Het onderzoek heeft tot doel kosten en baten van AED alarmeringssystemen voor burgers op een rij te zetten, zodat gemeenten een gefundeerd besluit kunnen nemen over de aanschaf van een dergelijk systeem.

Evaluatie Integraal beleid gemeente Zaanstad

De vraagstelling is: hoe ziet een paragraaf over gezondheidsconsequenties in beslissingsdocumenten voor de gemeenteraad en het college van Burgemeester en Wethouders er inhoudelijk uit en hoe is dit succesvol in te voeren?

Onderzoeksvragen zijn:

1. Wat is nodig om instemming te verwerven voor gezondheidsafwegingen in de besluitvorming?
2. Hoe verloopt het daadwerkelijke instemmingstraject, hoe wordt draagvlak verkregen en bij wie?
3. Hoe verlopen de eerste vergaderingen met het gewijzigde format?

Echte aandacht voor eenzaamheid. Wat Sensor nog meer kan doen

De vraag luidt: waarom kunnen eenzame mensen die telefonisch hulp zoeken bij Sensor niet op eigen kracht hun eenzaamheidsprobleem aanpakken en welke mogelijkheden heeft Sensor om aan oplossingen bij te dragen¹⁷.

De onderzoeksvragen zijn:

1. Welke eenzaamheidsproblemen doen zich voor bij bellers van Sensor?
2. Welke mogelijke oplossingen bestaan er om deze eenzaamheidsproblematiek aan te pakken?
3. Wat weerhoudt bellers ervan om zelf stappen te zetten om hun probleem op te lossen?
4. Hoe kan Sensor, naast telefonische hulp en hulp via chat en mail, bijdragen aan oplossingen voor de eenzaamheidsproblematiek van haar bellers?

17 Kreuger FAF, De la Mar B. Echte aandacht voor eenzaamheid bij telefonische hulpdienst Sensor Zuid-Holland zuid en midden. TSG 2012;90(5):272-5



Werkplaats	Klein maar fijn project
Academische Werkplaats Milieu & Gezondheid	<p>Bijdrage binnenmilieu aan ontwikkeling luchtwegklachten bij kinderen</p> <p>De vraag luidt: welke factoren uit het binnenmilieu dragen bij aan luchtwegklachten van kinderen van 0 tot 4 jaar? Al sinds 2006 verzamelen de GGD Zuid Limburg en Universiteit Maastricht gegevens van kinderen in de Westelijke Mijnstreek. Ouders vullen op verschillende momenten een vragenlijst in over het kind: bij de geboorte, 7 maanden, 14 maanden, 3 jaar, 5/6 jaar en 10/11 jaar. Gegevens van meer dan 5000 kinderen zijn beschikbaar. Met de kennis die het onderzoek oplevert, kan de werkplaats adviezen geven over het beperken van luchtwegklachten bij jonge kinderen aan burgers, huisartsen, medewerkers jeugdgezondheidszorg, woningbouwverenigingen en gemeenten.</p>
G4-User	<p>Woningvervuiling</p> <p>De aanpak van woningvervuiling en het voorkomen van herhaling daarvan verschilt per stad. <i>Evidence-based</i> richtlijnen ontbreken. In Rotterdam zijn er bijvoorbeeld jaarlijks twee gevallen van een gedwongen schoonmaak vanwege woningvervuiling en in Amsterdam zou sprake zijn van 100 gevallen. Het is niet bekend wat de overige verschillen in werkwijze zijn bij de aanpak van woningvervuiling door de GGD'en van de G4. In dit onderzoek van GGD Rotterdam en de Erasmus Universiteit is een eerste vergelijking gedaan tussen de vier grote steden naar verschillen in aanpak van woningvervuiling en de effectiviteit ervan.</p>
Academische Werkplaats Publieke Gezondheid Brabant (Tranzo)	<p>Gevoel van onveiligheid op school</p> <p>Volgens de regionale Volksgezondheid Toekomst Verkenning (rVTV) blijken steeds meer jongeren (12-18 jaar) in de regio Hart voor Brabant zich onveilig te voelen op school. De gemeenten in de regio Land van Cuijk besloten in 2011 dit probleem aan te pakken. Daarom wordt onderzoek gedaan naar de kenmerken van jongeren die zich onveilig voelen op school, de situaties waarin zij zich onveilig voelen en in hoeverre medewerkers op scholen dit gevoel van onveiligheid bij jongeren herkennen.</p>
Agora	<p>Stappenplan alcoholbeleid en sportverenigingen in de praktijk: 'Minder drank, Lekker fit'</p> <p>Op basis van een literatuurstudie en ervaringen elders wordt een stappenplan opgesteld voor zowel het proces als de inhoud van alcoholmatigingsbeleid. Dit stappenplan biedt gemeenten handvatten om samen met sportverenigingen tot breed gedragen afspraken rondom verantwoord alcoholbeleid te komen. Deze afspraken moeten vervolgens resulteren in een actief alcoholbeleid binnen sportverenigingen.</p>

Werkplaats	Klein maar fijn project
Academische Werkplaats JGZ Noord-Holland	<p>Onderzoek naar de kleutercontacten in de jeugdgezondheidszorg</p> <p>De vraag luidt: kunnen de contactmomenten van de JGZ bij 3 jaar en 9 maanden en bij 5- en 6-jarigen efficiënter ingedeeld worden?</p> <p>De vraag ontstond in de praktijk toen het JGZ team 0-4 jaar in de gemeente Graft-de Rijp ook de zorg voor 4-12 jarigen ging uitvoeren. In een pilot worden de contactmomenten daarom anders ingericht. Hiermee krijgt de gemeente inzicht in een efficiëntere inrichting van de JGZ-contactmomenten.</p>
Academische Werkplaats Publieke Gezondheid Noord-Nederland	<p>Doelgroepanalyse voor ketenaanpak van kinderen met overgewicht in de gemeente Smallerland</p> <p>In het kader van het programma Gezonde Slagkracht en JOGG¹⁸, wordt in de gemeente Smallerland gewerkt aan een sluitende en laagdrempelige ketenaanpak. Kinderen van 0 tot 8 jaar met (dreigend) overgewicht en obesitas worden doorverwezen naar geschikte zorgprogramma's. Onderzocht wordt wat de ervaringen en meningen zijn van ouders/verzorgers over deze nieuwe aanpak en hun motieven om mee te gaan in de gezinsaanpak van overgewicht van hun kind.</p>
Academische Werkplaats Publieke Gezondheid Limburg	<p>Evaluatie van project De Beweegmakelaar binnen de gemeente Vaals</p> <p>De Beweegmakelaar zorgt ervoor dat volwassenen die te zwaar zijn, verwezen worden naar bestaande beweeg- en sportactiviteiten. Dit onderzoek richt zich op de werkwijze van de Beweegmakelaar in Vaals en welke verbeteringen nodig zijn voor het vervolg van het project. Belangrijke aandachtspunten zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wordt de beoogde doelgroep bereikt? - Hoe verloopt de doorverwijzing naar de Beweegmakelaar? - Hoe worden gegevens van deelnemers geregistreerd door de Beweegmakelaar en is deze registratie geschikt voor evaluatiedoeleinden?



Betrokkenen aan het woord

De ervaringen van de opdrachtgevers zijn positief, maar ook binnen de werkplaats zijn er goede reacties. Arnoud Verhoeff van G4-User beschouwt het Klein maar Fijn onderzoek als een vliegwiel: *“We zien juist bij de kortlopende projecten, die gefinancierd zijn door ZonMw, dat deze geholpen hebben om de andere partijen ook onderzoek te laten doen. Dat is echt wel een vliegwiel geweest. Gemeenten hebben veel aan kortlopend onderzoek dat echt praktijkgerelateerd is en op korte termijn resultaten oplevert.”*

Ook ambtenaren zijn positief over dit type onderzoek, zoals blijkt uit de bijgaande reacties van vijf ambtenaren.

Kristine Mourits

beleidsadviseur Publieke Gezondheid, gemeente Nijmegen

Kristine Mourits is één dag in de week als onderzoeker verbonden aan Amphi. In haar onderzoek richt zij zich op integraal gezondheidsbeleid. Het Klein maar Fijn onderzoek binnen Amphi heeft daar op een of andere wijze een relatie mee. Inmiddels zijn hier al 21 Klein maar Fijn projecten gestart, waarvan een groot aantal is afgerond. Kristine Mourits zit in de projectgroep van Amphi die aanvragen voor het Klein maar Fijn onderzoek beoordeelt. In het werkgebied van Amphi liggen 37 gemeenten die aanvragen in kunnen dienen. *“De projectgroep let bij de beoordeling onder andere op zaken als relevantie en actualiteit. Ook vinden wij het belangrijk dat onderzoeken verspreid over het hele werkgebied worden uitgevoerd”,* vertelt Kristine Mourits.

De praktijk leert dat gemeenten de resultaten meenemen in de beleids- en of besluitvorming, of verdere activiteiten. *“Het belevingsonderzoek in Beuningen is daar een goed voorbeeld van. Hier hebben we onderzocht hoe de buurtschap die aan de A50 grenst de verbreding van die weg beleeft. Dit is weliswaar een landelijk besluit, maar op lokaal niveau speelt dit wel en kunnen maatregelen worden getroffen. In de besluitvorming in de gemeenteraad heeft de stem van burgers serieus meegewogen en is besproken hoe burgers ontlast kunnen worden.”*

Het Klein maar Fijn onderzoek draagt bij aan beter onderbouwde besluitvorming en wordt door de gemeenten in het werkgebied gewaardeerd, zegt Kristine Mourits. Onderzoek binnen Amphi wordt uitgevoerd door stagiaires van universiteit en hogeschool. Vooral na de zomer en in februari starten zij hun onderzoeken. De gemeenten in het werkgebied weten dat. *“Als een onderzoek gehonoreerd wordt, kan het dus even duren voordat het wordt uitgevoerd. Wel zijn er veel stagiaires die dit graag doen en die de combinatie met de praktijk heel leuk vinden.”*

Christl van Gerven

Implementatiemanager AWBZ - WMO, gemeente Rotterdam

Christl van Gerven richt zich in haar huidige functie op de gevolgen van de decentralisatie van de AWBZ voor de interne werkwijze van de gemeente Rotterdam. Als programmeur maatschappelijke opvang van de gemeente had ze in het verleden te maken met het Klein maar Fijn onderzoek van G4-User. Zo was ze lid van de stuurgroep van G4-User die de aanvragen voor Klein maar Fijn onderzoeken beoordeelde.

Het grote voordeel van G4-User is dat de steden elkaar daarin sneller vinden op het gebied van de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ), vertelt Christl van Gerven. Ze zoeken nu eerder gezamenlijk naar oplossingen, een trend waar ook het Klein maar Fijn onderzoek aan bijdraagt. *“Daarbij vind ik het zelf wel belangrijk dat dit onderzoek zich richt op problemen die de vier steden allemaal ervaren. Dat is in het verleden niet altijd het geval geweest. Maar in het algemeen geldt dat we op deze manier al veel voor elkaar hebben gekregen.”* Ze is dan ook positief over dit type onderzoek. *“Het is duidelijk van praktisch nut. Het helpt bij de beleidsvorming en beleidsevaluatie en leidt regelmatig tot aanpassingen van het beleid. We leren als steden ook van elkaar en dat is heel belangrijk.”*

Of de gemeente Rotterdam straks zelf zal investeren in Klein maar Fijn onderzoek, durft Christl van Gerven niet te zeggen. Duidelijk is wel dat de structuur van de academische werkplaats als verrijkend wordt ervaren en deze gecontinueerd zal worden. *“Wat mij betreft gaat de gemeente door met dit type onderzoek. Vooral op het gebied van de OGGZ hebben we hierin veel bereikt.”*



Alex Holterman

beleidsmedewerker mens en samenleving, gemeente Berkelland

Alex Holterman is erg tevreden over het onderzoek van Evaluatiebureau Publieke Gezondheid van Agora. Resultaten van het Klein maar Fijn onderzoek belanden beslist niet onder in een la, zegt hij. Volgens hem koos het evaluatiebureau onderzoeksmethoden die de gemeente praktische en bruikbare resultaten opleverden.

Het onderzoek in Berkelland richtte zich op de preventie van depressieve gevoelens onder jongeren. Verder werd onderzocht hoe de toeleiding naar hulp verbeterd kan worden. Naast literatuuronderzoek en een data-analyse, werden professionals en zorgcoördinatoren geïnterviewd en werd een minisymposium gehouden. Deze aanpak heeft betrokkenen volgens Alex Holterman sterk gemotiveerd om met de eindresultaten aan de slag te gaan.

“De goede samenwerking begon al bij het wijzen op de mogelijkheid van een subsidie. De onderzoekers zijn deskundig, werken volgens plan en zorgen voor heldere en praktische resultaten. Het sterkt aan het rapport vind ik dat er naast inzichten, concrete verbeterstappen worden gegeven. Dan heb je ook echt iets aan zo'n onderzoek.”

Elma Stel

beleidsmedewerker Welzijn en coördinator van evenementen, gemeente Oosterhout

Welke maatregelen kunnen op en rondom het drie dagen durende Parkfeest Oosterhout getroffen worden om drankmisbruik onder jongeren tegen te gaan? Dat was de centrale vraag in het onderzoek van kennismakelaar Renate Martens van de AWPG Brabant. Zij verrichte het onderzoek in opdracht van de gemeente Oosterhout. *“We wilden graag maatregelen treffen*



die efficiënt en effectief zijn”, vertelt Elma Stel. Zelf was zij als ambtenaar vertegenwoordigd in de Brabantse projectgroep die zich inzet voor preventie van alcoholmisbruik onder jongeren. De projectgroep richtte zich onder andere op beleidsregels die gemeenten kunnen opstellen rondom evenementen. Elma Stel is positief over het onderzoek van Renate Martens. Op basis van de uitkomsten werd een serie maatregelen getroffen, zowel in de aanloop naar het feest als tijdens het feest zelf. De maatregelen werden van te voren bovendien in lokale media bekendgemaakt. Zo wisten jongeren dat hen de toegang geweigerd kon worden als zij vooraf al (te veel) gedronken hadden. Tijdens het feest zelf spraken jongerenteams andere jongeren aan en gaven voorlichting. Supermarkten in de omgeving hielden de verkoop van alcohol scherp in de gaten. “Dankzij dit onderzoek zijn we als gemeente in korte tijd heel veel wijzer geworden. Het voorbeeld van het Parkfeest wordt bovendien door andere organisatoren van evenementen overgenomen. In de praktijk hebben de maatregelen rondom het Parkfeest er bovendien toe geleid dat beleidsregels worden aangescherpt, zowel lokaal als regionaal.”

Of de gemeente straks zelf geld in kortdurend onderzoek zal investeren, durft Elma Stel niet te zeggen. “Ik zou me wel kunnen voorstellen dat we hier jaarlijks een bedrag voor reserveren, zodat we het geld ook snel kunnen inzetten als zich een onderzoeksvraag voordoet.”

Carla van Loon

*beleidsmedewerker volksgezondheid,
gemeente Zoeterwoude*

Het voorkomen van gehoorschade onder jongeren die jongeren centrum Utopia in Zoeterwoude bezoeken. Dat was de insteek van een onderzoek dat werd geëntameerd door de AWPG Noordelijk Zuid-Holland. Zo regelde de academische werkplaats de subsidie voor dit Klein maar Fijn onderzoek, dat werd uitgevoerd door TNO. “Wat wij als gemeente belangrijk vonden, is dat de verantwoordelijkheid bij de jongeren zelf wordt gelegd. Dat past in de ontwikkeling waarin we burgers meer aanspreken op hun eigen verantwoordelijkheid. De jongeren hebben het onderzoek ook mee uitgevoerd”, vertelt Carla van Loon.

Met behulp van enquêtes werd onder bezoekers van Utopia nagegaan wat zij al weten over gehoorschade. Daarnaast werd een literatuurstudie gedaan en werden resultaten van onderzoek naar gehoorschade door lawaai inzichtelijk gemaakt. Uiteindelijk was het aan het bestuur van Utopia, ook jongeren, om zelf maatregelen te treffen. Het eerste besluit dat het bestuur nam, was de aankoop van een geluidsbegrenzer. “In plaats van als gemeente te zeggen, je moet dit of dat doen, hebben we de bewustwording onder jongeren gestimuleerd. Zij hebben heel enthousiast meegewerkt.” De gemeente Zoeterwoude oordeelt dan ook positief over het kortdurend onderzoek. “We willen graag verder gaan met een vervolgonderzoek, maar dat zit nog in de beginfase.”

De werkwijze van Klein maar Fijn

Alle werkplaatsen hebben een eigen werkwijze voor de Klein maar Fijn methode op schrift gesteld. De basis is grotendeels hetzelfde en is geënt op de werkwijze van Cephir. De GGD speelt de hoofdrol in het hele proces en is eindverantwoordelijk. De werkwijze omvat de onderstaande stappen.

Stap 1: kennisvragen ophalen

De GGD zorgt voor actieve manieren om kennisvragen bij gemeenten op te halen. Persoonlijk contact is hierbij het sleutelwoord. Dat gebeurt door:

- de GGD-directeur tijdens zijn jaarlijkse ronde langs de gemeenten of het portefeuillehoudersoverleg;
- de GGD-beleidsadviseurs en (regio)managers tijdens hun overleg met beleidsambtenaren volksgezondheid;
- getrainde GGD-medewerkers die regulier werkoverleg met de gemeente hebben. Zij zijn getraind in: 1. hoe zij onderzoeksvragen kunnen herkennen uit beleidsvragen; 2. hoe zij de ambtenaren van andere sectoren zoals veiligheid, infrastructuur of ruimtelijke ordening, sociale zaken, onderwijs of wonen kunnen betrekken bij Klein maar Fijn onderzoek;
- workshops voor ambtenaren gericht op het formuleren van kennisvragen.

Naast het persoonlijke contact worden jaarlijks *mailings* aan gemeenten toegestuurd en worden oproepen gedaan tijdens ambtenaren overleggen of in nieuwsbrieven. Aanvraagformulieren op de website kunnen ook helpen.

Om een onderzoeksvraag toe te laten tot de Klein maar Fijn methode, hebben alle werkplaatsen criteria voor selectie opgesteld. Vraagstellingen moeten aan de volgende criteria voldoen¹⁹:

- passen binnen de doelstellingen van de AWPG;
- geschikt zijn voor beantwoording vanuit een wetenschappelijke invalshoek;
- binnen een termijn van ongeveer 3-6 maanden beantwoord kunnen worden;
- onderdeel zijn van een actueel en concreet proces van gemeentelijke besluitvorming of gemeentelijke beleidsontwikkeling;
- resultaten opleveren die toepasbaar zijn in de beleidspraktijk;
- samenwerking tussen partijen in gang zetten of als voorbeeld dienst doen;
- bijdragen aan de ontwikkeling van vakkennis en onderzoeksvaardigheden die ook ten goede komen aan andere gemeenten en GGD'en.

Stap 2: vraagverheldering

Door middel van vraagverheldering moet duidelijk worden wat de aanleiding is voor de kennisvraag, wat het precieze probleem is, wat de beleidsmaker nodig heeft om de resultaten van het onderzoek te kunnen meenemen in de besluit- of beleidsvorming en in welke vorm de kennis moet worden gepresenteerd. Het is de kracht van de werkplaats om het werkelijke probleem grondig uiteen te rafelen. Wanneer een probleem dan te complex blijkt, kan het opgesplitst worden in deelproblemen. Dan worden meerdere onderzoeksvragen benoemd die in afzonderlijke Klein maar Fijn onderzoeken worden uitgewerkt. Deze stap is de meest lastige stap, maar wel de aller-

belangrijkste! Als het hier mis gaat, gaat het vervolg ook mis. De kern van het probleem en de onderzoeksvragen moeten scherp en helder geformuleerd worden. Vaak is dit een proces van formuleren en herformuleren, schaven en schrappen. Het gaat dan niet alleen om de inhoud van de vraag maar ook om processen, belangen, verantwoordelijkheden en taken binnen organisaties die erbij betrokken zijn²⁰. Persoonlijk contact tussen medewerkers van gemeente en de werkplaats is wederom het sleutelwoord.

Stap 3: uitwerken van het onderzoeksvoorstel

Werkplaatsmedewerkers stellen een goed uitgewerkt onderzoeksplan op waarin gedetailleerd wordt beschreven hoe het onderzoek uitgevoerd gaat worden (zie tekstblok). Het onderzoeksvoorstel moet gezien worden als een gerichte leidraad voor de uitvoering van het onderzoek, waar men flexibel mee om moet gaan als de situatie hierom vraagt en (gemotiveerd) van kan afwijken als dat nodig mocht blijken. Het kan op ondergeschikte punten in de loop van het onderzoek dus worden gewijzigd. Van elke wijziging wordt een aantekening gemaakt. Het onderzoeksvoorstel is voor betrokkenen beschikbaar. Het is de kunst om vooraf een zo realistisch haalbare planning te maken die aansluit bij de ambities. Binnen de gestelde termijn en met de beschikbare menskracht en het budget, moeten de gewenste eindproducten op te leveren zijn. De werkplaatsmedewerker zorgt ervoor dat de opdrachtgever of aanvrager het eens is met het voorstel en akkoord geeft.

¹⁹ De genoemde criteria zijn gebaseerd op de protocollen die de verschillende werkplaatsen hebben opgesteld.

²⁰ Jeeninga W, van Rijn C, van de Goor I. Armoedebestrijding in Vught. De rol van de kennismakelaar in het verbinden van beleid, praktijk en onderzoek. TSG 2012;90(2):78-81



Klein maar Fijn voorstel

Het onderzoeksvoorstel omschrijft de volgende zaken:

- Rationale/idee/aanleiding/achtergrond
- Doelstelling en vraagstelling
- Onderzoeksontwerp
- Onderzoekspopulatie
- Methoden van dataverzameling
 - vragenlijsten (kwantitatieve data)
 - metingen bij mensen (bijvoorbeeld antropometrie, kwantitatieve data)
 - diepte-interviews (kwalitatieve data)
- Verwerking en opslag van data en documenten
- Een tijdsplanning met daarbij wie gaat wat wanneer doen
- De eindproducten en de wijze waarop de resultaten van het onderzoek worden gepubliceerd en gepresenteerd
- Een beschrijving van de voorzieningen ter beveiliging van de gegevens
- Een beschrijving van de wijze waarop de onderzoeker zal voldoen aan het gestelde in de gedragscode voor onderzoek (voor de verschillende typen onderzoek zijn verschillende gedragscodes opgesteld; doel van de gedragscodes is om zorgvuldig met personen en persoonsgegevens om te gaan).

Stap 4: uitvoering onderzoek

De uitvoering beslaat maximaal 6 maanden. Gedurende deze maanden is er regelmatig contact tussen opdrachtgever, onderzoeker en begeleiders vanuit de werkplaats. Beleid, praktijk en onderzoek werken gedurende het gehele project samen voor een optimaal resultaat.

Stap 5: kennisdeling

De resultaten van het onderzoek worden gepresenteerd aan de opdrachtgever of aanvrager. Dit kan in de vorm van een rapport of een presentatie voor alle belanghebbenden in de regio dan wel beide. Een combinatie van beide heeft de voorkeur. Tijdens een mondelinge presentatie is er immers gelegenheid voor discussie zodat de resultaten betekenis kunnen krijgen. Na afloop zijn de resultaten nog eens rustig na te lezen in een rapport. Daarnaast is het delen van de kennis met een groter publiek gewenst. Te denken valt aan de bevolking of subgroepen, het bestuur van GGD, de overige GGD'en in Nederland, samenwerkingspartners, ketenpartners, inhoudelijke collega's van andere GGD'en en de universiteit die verbonden is aan de werkplaats. Die kennisdeling kan door middel van bijvoorbeeld een publieksvriendelijke samenvatting, een factsheet, een bericht op de website, een bericht in de nieuwsbrief, een artikel in een lokaal magazine of een (inter)nationaal tijdschrift, een presentatie in reguliere werkoverleggen of tijdens een symposium, en *last but not least* via LinkedIn. Combinaties van deze vormen hebben de voorkeur, omdat het delen van kennis het beste tot stand komt met een mix van communicatiemiddelen.

Voor de concrete toepassing van kennis in het beleidsproces blijven de werkplaatsmedewerker van de GGD en de betrokken gemeenteambtenaar vaak samen optrekken. Als dat gebeurt is de garantie groter dat kennis ook daadwerkelijk wordt gebruikt in beleid.

Belangrijke deelnemers

De GGD

De GGD is de kernpartner in het Klein maar Fijn onderzoek. De medewerker van de GGD met expertise op het betreffende onderzoeksgebied treedt op als begeleider. Zo snijdt het mes aan twee kanten: het onderzoek levert kennis op en de GGD-medewerker wordt bijgeschoold. GGD-medewerkers krijgen rolerend de rol van begeleider, zodat er in een periode van vier jaar een sterk team van begeleiders kan ontstaan. Dit team krijgt langzaam aan steeds meer ervaring in onderzoeksmethoden



voor Klein maar Fijn onderzoek. De begeleider steunt de onderzoeker en/of stagiair inhoudelijk bij het opstarten, uitvoeren en afronden van het onderzoek, hij bewaakt de voortgang van het project en kan beperkt hand- en spandiensten verrichten in de uitvoering van het onderzoek. Bijvoorbeeld bij het leggen van contact met inhoudelijk deskundigen en het houden van (groeps-)interviews. In principe heeft de GGD-begeleider circa 2 tot 4 uur per week beschikbaar per onderzoeksproject en ziet hij de onderzoeker of stagiair wekelijks of tweewekelijks.

Gerdine Franssen van Amphi verwoordt dit als volgt: *“We zien de academische werkplaats en de Klein maar Fijn projecten ook als een soort bijscholingsinstrument voor GGD-medewerkers. Zij leren hoe het is om onderzoek te doen en waar je dan allemaal tegen aan loopt. Dat kan je wel vertellen, maar het is natuurlijk beter om het zelf te ervaren.”*

De gemeente

De gemeente wordt geacht mee te denken bij het formuleren van vraagstellingen. Het gaat dan om vraagstellingen met maatschappelijke relevantie die op korte termijn iets bijdragen aan de oplossing van een maatschappelijk probleem in de gemeente of de regio. Van de aanvragende gemeente wordt verder vooral praktische ondersteuning en betrokkenheid gevraagd. Deze betrokkenheid is nodig om te kunnen waarborgen dat de resultaten worden toegepast en dat er kennis wordt opgeleverd die de aanvrager nodig heeft.

De onderzoeker

Het onderzoek kan uitgevoerd worden door een onderzoeker van de GGD, de aanvrager zelf, een van de samenwerkingspartners uit het kennisnetwerk of door een stagiair afkomstig van een universiteit of hogeschool die een master- of ba-



chelorstage moet doen. De onderzoeker voert het onderzoek uit volgens het onderzoeksvoorstel. De onderzoeker verzamelt de data, analyseert en rapporteert over de uitkomsten. De master- of bachelorstudenten kunnen studenten zijn van bijvoorbeeld de opleiding Gezondheidswetenschappen, Geneeskunde, Bestuurskunde, Voeding & Gezondheid, Sociologie of anderszins. De ervaring met deze stagiaires is over het algemeen positief. De studenten pakken het onderzoek serieus op en zijn prima in staat om onder begeleiding de wetenschappelijke en praktische onderdelen goed uit te voeren²¹.

Soms ook andere experts

Als de GGD expertise ontbeert kan zij terugvallen op de infrastructuur van de academische werkplaats en experts vanuit de universiteit of hogeschool om advies vragen. Zij worden op een beperkt aantal vooraf afgesproken momenten gevraagd om hun feedback te geven en hun kennis te delen met de onderzoeker of stagiair. De inhoudelijk deskundige kan een hoogleraar of senior onderzoeker zijn met specifieke expertise op het onderzoeksthema, een statisticus of een methodoloog.

Ondanks succes ontbreekt structurele financiering

In veel gevallen mist het Klein maar Fijn onderzoek structurele financiering. In veel werkplaatsen worden meer aanvragen ingediend dan er gehonoreerd kunnen worden. Beperking van menskracht en middelen is de reden. Ondanks het feit dat de kortlopende onderzoeken een belangrijk vehikel zijn voor het dichterbij brengen van het doel van de werkplaats, namelijk het verbinden van onderzoek, beleid en praktijk, is het voortzetten van dit onderzoek niet gegarandeerd. Veel werkplaatsen geven wel aan dat continuering van de Klein maar Fijn methode een cruciale voorwaarde is voor de borging van de werkplaats. Tot nu toe voorziet ZonMw in het leeuwendeel van de financiering voor Klein maar Fijn projecten per werkplaats. Omdat dit na 2014 ophoudt, zoeken de werkplaatsen inmiddels al hardnekkig naar andere mogelijkheden. Opties die uitgeprobeerd worden, zijn:

- Het *matching* principe dat door de Academische Werkplaats JGZ Noord-Holland momenteel al gehanteerd wordt. Dit houdt in dat de opdrachtgever minimaal 25% van de totale kosten als eigen bijdrage inlegt. Als een project bijvoorbeeld op 20.000 euro wordt begroot, kan er 15.000 euro worden aangevraagd vanuit de subsidies voor Kortlopende Projecten; de rest is eigen bijdrage. Na 2014 moeten betrokken partners samen het bedrag zien te *matchen*, zonder subsidie. Iedereen neemt dan zijn aandeel.
- De inzet van stagiaires zoals dat onder meer gebeurt in de werkplaatsen Limburg en Amphi. Gemeenten voelen zich aangetrokken tot deze optie, omdat deze geen financiële middelen vergt. Gemeenten kunnen in tijden van bezuinigingen toch kiezen voor een verantwoorde wijze van beleidsontwikkeling. Nadeel van deze optie is dat het soms lang kan duren voordat zich een geschikte student heeft aangemeld. Een ander nadeel is dat bepaalde onderzoeksvragen niet worden opgepakt omdat ze niet interessant zijn voor studenten.
- Via betaalde opdrachten. Een gemeente kan ook middelen beschikbaar stellen om een vraag op korte termijn beantwoord te krijgen. Complexiteit van de vraag en duur van de opdracht zijn bepalend voor de kosten. Voordeel van deze werkwijze is dat de opdracht uitgevoerd kan worden op een zo kort mogelijke termijn. Het Evaluatiebureau van Agora werkt op deze manier en probeert gemeenten sterker te maken in goed gefundeerd gezondheidsbeleid.

De werkplaatsen staan dus voor de uitdaging een werkbaar financieringsmodel te bedenken zodat het waardevolle Klein maar Fijn onderzoek mogelijk blijft. De ene werkplaats is hierin verder gevorderd dan de andere. Ze kunnen elkaar inspireren met ervaringen en mogelijkheden. Het Research & Developmentfonds van de GGD Amsterdam is een geslaagd voorbeeld voor financiering van beleidsgericht kortlopend onderzoek.



Maria Jansen van de Limburgse werkplaats: "De wetenschappelijke kwaliteit van het Klein maar Fijn onderzoek heeft het niveau van een beginnende leerling. Je kunt het daarom wel prima verantwoorden als masterstage. De student leert hoe je vaak al bestaande kennis toepast in de lokale context. Je moet voortdurend zoeken naar verantwoordingscriteria die voor de afzonderlijke partijen houdbaar zijn."

Het R&D-fonds

De GGD Amsterdam, kernpartner van de werkplaats Sarphati Initiatief heeft een R&D-fonds. Dit fonds wordt als ideaal ervaren voor het initiëren van Klein maar Fijn projecten. *Arnoud Verhoeff van het Sarphati Initiatief zegt hierover: "Voor het kortdurend onderzoek, dat wat meer verbonden is aan de praktijk, is onze ervaring binnen de GGD dat een eigen R&D-fonds ideaal is. Dit fonds hebben we al meer dan 10 jaar met goedkeuring van het bestuur en de gemeenteraad van Amsterdam. Daarmee kun je natuurlijk heel veel onderzoek initiëren."*

Wat vindt de wetenschap van Klein maar Fijn

Bij het Klein maar Fijn onderzoek rijst de vraag wat de wetenschap er van vindt. Immers, in dit kortlopend onderzoek is de lokale of regionale context vaak mede bepalend voor de uitkomsten. Dit betekent dat de generaliseerbaarheid van de bevindingen gering is. Als iets in gemeente X werkt, wil dit nog niet zeggen dat het in gemeente Y ook werkt omdat de context daar anders kan zijn. Vanwege de beperkte generaliseerbaarheid is het lastig om wetenschappelijke commissies mee te krijgen in de goedkeuring van deze onderzoeksvoorstellen.

²¹ Tussentijdse evaluatie Klein maar Fijn door stagiaires van Academische Werkplaats Limburg, 2013



Enkele werkplaatsen hebben daar last van, omdat zij instemming nodig hebben van die wetenschappelijke commissies. Andere werkplaatsen hebben die instemming niet nodig. Zij hebben de spelregels voor samenwerking bij aanvang anders geformuleerd en beschikken over meer vrijheid binnen de experimenteeruimte van de academische werkplaats. Deze werkplaatsen vinden dat het kortlopend onderzoek primair thuishoort bij de GGD en niet bij de universiteit. Dan zou de wetenschappelijke kwaliteit te zwaar onder druk komen te staan. Zij vragen universiteitsmedewerkers maar zelden om advies bij kortlopend onderzoek. Internationale publicaties worden evenmin nagestreefd. Bovendien kan de GGD dan nadrukkelijker laten zien dat GGD-medewerkers hun onderzoeksvaardigheden kunnen doorontwikkelen. Die competentie-ontwikkeling maakt onderdeel uit van het GGD-beleid en garandeert de academisering van de GGD. Zo kun je Klein maar Fijn als werkwijze binnen de GGD uitstekend verantwoorden.

Balans tussen kort- en langlopend onderzoek is nodig

Wat de werkplaatsen nodig hebben is een goede balans tussen kort- en langlopende projecten. Zo wordt kennis ontwikkeld die direct bruikbaar is en kennis die zorgvuldig opgebouwd wordt en een gedegen fundament krijgt. Hier past het onderscheid tussen 'vragen om kennis' en 'kennisvragen' (zie tekstblok). In kortlopend onderzoek vraagt de opdrachtgever om kennis. Het gaat dan om bestaande kennis die gebundeld wordt, of in een iets andere context wordt toegepast. De werkwijze van Klein maar Fijn is overzichtelijk en geeft uitstekend aan hoe wetenschappelijk onderzoek laagdrempelig kan bijdragen aan het oplossen van beleidsproblemen. In langlopend (promotie)onderzoek gaat het om nieuwe kennisvragen. Die nieuwe kennis moet gegenereerd worden door promovendi en internationale publicaties opleveren. Dat zijn de revenuen voor de universiteit. Als die balans er is, dan blijft de werkplaats voor universiteiten én gemeenten met hun GGD een interessante samenwerking met win-win voor beide partijen.

Onderscheid 'Vragen om Kennis' en 'Kennisvragen'
Vragen om kennis betekent dat we bestaande kennis toegankelijk maken of aanpassen aan de lokale context. Op systematische wijze wordt die kennis verzameld (uit literatuur en lopende praktijk), geanalyseerd en praktisch toepasbaar gemaakt.

Kennisvragen hebben betrekking op het genereren van nieuwe kennis door middel van wetenschappelijk onderzoek. In wetenschappelijk onderzoek is het principe de inductie: men begint met een waarneming waarbij men vragen heeft. Met behulp van een hypothese en een experiment probeert men tot wetmatigheden te komen. Door grip te krijgen op die wetmatigheden worden onderzoeksresultaten breed en generiek toepasbaar.



Gezond oud worden



AWPG LIMBURG

'De waarde van [G]oud'

een onderzoek naar het vroegtijdig opsporen van 75-plussers in een kwetsbare positie vanuit de huisartsenpraktijk

Het doel van het onderzoek

Het uiteindelijke doel van [G]OUD is het verbeteren van de zelfredzaamheid van ouderen en het bevorderen van hun kwaliteit van leven. Als promovendus van de Academische Werkplaats Publieke Gezondheid Limburg en de Universiteit Maastricht heeft Mandy Stijnen het onderzoek destijds opgezet in Parkstad en Maastricht-Heuvelland. In deze twee regio's namen in totaal dertien huisartspraktijken deel aan het onderzoek. Zo werden praktijkondersteuners in deze praktijken geschoold in het thuis afnemen van [G]OUD-vragenlijsten bij 75-plussers. Met de vragenlijst wordt het lichamelijk, psychisch en sociaal functioneren van ouderen in kaart gebracht, evenals het medicatiegebruik en de leefstijl. Voor het onderzoek zijn 590 75-plussers bezocht. Daarbij kwamen vooral problemen met medicatiegebruik en dagelijkse activiteiten aan het licht. Problemen die in mindere mate werden gesignaleerd, zijn onder andere psychische problemen (bijvoorbeeld depressieve klachten) en geheugenproblemen. Waar nodig werd samen met de ouderen een zorgbehandelplan opgesteld. Huisartsen noemen de werkwijze waardevol, maar wel arbeidsintensief. "Daarom is het dus goed om na te denken over de aansluiting bij andere initiatieven. Er zijn immers meerdere partijen die bij ouderen thuis komen. Je zou op wijkniveau kunnen nagaan

welk model het beste past", zegt Mandy Stijnen. Zij verwacht ook dat de inzichten van [G]OUD-gemeenten kunnen helpen bij het verder ontwikkelen van het beleid op het gebied van de ouderenzorg.

De waarde van het onderzoek voor de praktijk

Glenn Posman is sinds 2008 huisarts in Medisch Centrum De Linde in Kerkrade. De praktijk telt veel oudere patiënten. Hij is een van de huisartsen die meedeed aan het onderzoek.

Wat was voor u de reden om mee te doen aan het onderzoek?

"Bij mijn start hier in 2008 hadden we de oudere populatie in onze praktijk niet goed in beeld. Een instrument om eventuele problemen in kaart te brengen, ontbrak. Ik kwam in die tijd soms bij mensen thuis waarvan ik mij afvroeg hoe die het nog alleen konden redden. Ik was regelmatig brandjes aan het blussen. Toen het onderzoek [G]OUD zich aandiende, hebben we besloten om mee te werken. Een praktijkassistente werd geschoold in de ouderenzorg en getraind in het afnemen van [G]OUD-vragenlijsten. Zij heeft alle 75-plussers in de praktijk benaderd en daarnaast nog eens meer dan 630 mensen tussen de 65 en 75 jaar."

Wat betekende deze werkwijze voor de praktijk?

"Het bleek een goede manier om in beeld te krijgen hoe het met de ouderen gaat die aan de praktijk verbonden zijn. Je hebt natuurlijk altijd 75-plussers die nooit komen, omdat die geen ernstige gezondheidsproblemen hebben. Dan ben je zo klaar. Maar met deze werkwijze krijg je ook zorgmijders in beeld. Wat het meest opvalt in de screening, is dat veel mensen eenzaam zijn. Ook verwaarlozing komen we regelmatig tegen."

Wat betekende dit voor de zorg aan deze mensen?

"Mijn ervaring is dat deze werkwijze tijdig ingrijpen bevordert. Soms kunnen we meer ernstige gezondheidsproblemen voorkomen. Voor een overheid die inzet op zo lang mogelijk zelfstandig thuis wonen, is dat heel belangrijk. Natuurlijk stijgt de zorgvraag als we 75-plussers regelmatig screenen. Er komen meer mensen naar de praktijk en dat brengt kosten met zich mee. Maar tegelijkertijd kunnen mensen op deze manier wel langer zelfstandig thuis blijven wonen. Dat is ook wat de overheid wil, minder opnames. De overheid moet de zorg thuis dan wel goed organiseren. Zelf doen we dat door samen te werken met andere organisaties, zoals de thuiszorg. Heel belangrijk voor ons is de wijkverpleegkundige van de Meander-

Groep die als Zichtbare Schakel in het stadsdeel van Medisch Centrum De Linde werkt."

Welke rol vervult deze Zichtbare Schakel in dit verhaal?

"De Zichtbare Schakel is een wijkverpleegkundige die zelf zorg verleent en coördineert en tevens als schakel tussen partijen in de wijk functioneert. In die rol signaleert ook zij vaak problemen in een vroeg stadium en kan zij mensen doorgeleiden naar de juiste zorg. Daarmee neemt zij ons weer werk uit handen.

Desondanks blijft de screening van 75-plussers vanuit de praktijk nodig. Het is arbeidsintensief, maar zo lang ik daar personeel voor kan inzetten, vind ik dat geen nadeel. Sterker, ik vind dat een huisartsenpraktijk in deze tijd niet zonder een goede vorm van ouderenzorg kan. Zeker niet in een vergrijzende regio als de onze."





AWPG NOORDELIJK ZUID HOLLAND

Een goede communicatie bij de uitbraak van dreigende infectieziekten

Het doel van het onderzoek

De bestrijding van infectieziekten is in handen van de GGD. Voor het tijdig kunnen onderkennen van clusters van infectieziekten, bestaat een meldingssysteem voor artsen. Zij kunnen meteen de GGD informeren als zij problemen signaleren. In de praktijk werkt dit systeem niet optimaal. Gevolg is dat clusters van infectieziekten soms pas laat worden ontdekt. Voorbeelden zijn de uitbraken van Legionella (1999) en Q-koorts (vanaf 2005).

In het ICARES project ontwikkelt de themagroep infectieziektebestrijding van de AWPG Noordelijk Zuid Holland een geautomatiseerd systeem om in de eerstelijns ziekteclusters snel op te sporen. ICARES staat voor Integrated Crises Alert and Response System. Jim van Steenberg (RIVM en LUMC) is hier als onderzoeker nauw bij betrokken.

In het onderzoeksproject heeft een effectieve communicatie met en advisering aan het openbaar bestuur een belangrijke plaats gekregen. In de praktijk van de crisisbestrijding is het steeds zaak de juiste afwegingen te maken. Daarbij kan het wachten op harde gegevens botsen met de wens om snel te reageren en transparant te willen zijn. ICARES is bedoeld ter ondersteuning van een juiste communicatie en besluitvorming. Of ICARES daar werkelijk aan bijdraagt, moet duidelijk worden in een spelsimulatie.

De waarde van het onderzoek voor de praktijk

Arco Timmermans is hoogleraar Public Affairs aan het Instituut Bestuurskunde van de Universiteit Leiden, campus Den Haag. Hij schoof als bestuurskundige aan bij het ICARES-project voor de opzet van de spelsimulatie.

Hoe beoordeelt u de noodzaak van het ICARES-project?

“Het gaat om een nieuw instrument dat de communicatie en besluitvorming rondom dreigende infectieziekten ondersteunt. Dat gaat het grote publiek rechtstreeks aan. Kom je te laat in actie, dan wordt dat achteraf altijd veroordeeld. Het publiek vraagt zich dan af waarom er niet eerder ingegrepen is. Het is evenmin goed om te vroeg loos alarm te slaan, want dat word je een volgende keer niet meer serieus genomen. ICARES is bedoeld om de kwaliteit van de informatie te verbeteren, zodat de verantwoordelijken op het juiste moment de juiste beslissingen kunnen nemen. In de praktijk is dat doorgaans de burgemeester, die daarin wordt bijgestaan door de directeur Publieke Gezondheid in de regio. Zo kan een burgemeester bijvoorbeeld besluiten om een school te ontruimen of een vaccinatiecampagne te starten. Mijn ervaring in dit soort situaties is dat de verantwoordelijken in eerste instantie vaak lang wachten en vervolgens gaan overreageren. Het is hollen of stilstaan. Een instrument voor een goede maatvoering is dus heel belangrijk.”

Wanneer waarschuwen bij dreigende infectieziekten?



U heeft samen met Jim van Steenberg een spelsimulatie opgezet, om uit te kunnen testen hoe ICARES in de praktijk uitpakt.

“Ja, dat was mijn rol in dit verhaal. We wilden met de spelsimulatie de werkelijkheid nabootsen en onderzoeken of betrokkenen met de inzet van ICARES anders gaan handelen. Voor het ontwerp van de spelsimulatie hebben wij professionals op dat gebied ingeschakeld. Feitelijk hebben zij op basis van onze adviezen het spel ontworpen. Je praat dan niet alleen over ingrediënten als de probleemstelling, maar ook over technische aspecten. Uiteindelijk hebben we het spel gespeeld in twee groepen: de ene groep werd geïnformeerd met behulp van ICARES, de andere groep op de ‘oude manier’. Zo wilden we kunnen vaststellen of er een verschil bestaat in het handelen van die twee groepen.”

Wat heeft dit onderzoek opgeleverd?

“Op dit moment kunnen we nog geen conclusies trekken, daarvoor moet de spelsimulatie verbeterd worden. Technisch gezien voldoet het spel nog niet, maar op dit moment ontbreekt het aan middelen voor het verfijnen van het ontwerp. Dit kom ik als bestuurskundige vaker tegen: dat de bestuurlijke toepassing van nieuwe instrumenten onvoldoende aandacht krijgt, zodat deze niet geïmplementeerd kunnen

worden. Ik zou het voor ICARES betreurenswaardig vinden als de laatste stap niet gezet kan worden en dat zeg ik niet als belanghebbende. Het is een beslissingsondersteunend instrument gericht op de publieke gezondheid. ICARES verdient ook deze laatste stap in het onderzoek.”



Hoofdstuk 4

De kracht van kennisnetwerken



In dit hoofdstuk:

Kennis krijgt pas betekenis door samen te zoeken naar toepassing ervan. Dat gebeurt in zogeheten kennisnetwerken. In dit hoofdstuk gaan we in op het ontstaan van kennisnetwerken, als uitvloeisel van de academische werkplaatsen. We laten met voorbeelden zien waarom deze kennisnetwerken nodig zijn om de huidige maatschappelijke vragen te kunnen beantwoorden.

Inleiding

In hoofdstuk 2 is al kort aangegeven dat het verwerven en verspreiden van kennis niet rechtlijnig of lineair verloopt. Dat betekent dat wetenschappelijke kennis niet zomaar landt in de praktijk. Kennis krijgt pas betekenis als deze aangepast wordt aan de context. Daarvoor zijn heel veel terugkoppelingen en interacties nodig tussen kennisproducenten en kennisgebruikers. Bovendien vervaagt de traditionele scheiding tussen kennisproducenten en -gebruikers. Kennis is geen statisch product maar veel meer een dynamisch proces tussen onderzoekers, consumenten, burgers, beleidsmakers en praktijkprofessionals. Veelal is er sprake van kenniscoöproductie. Het Rathenau Instituut omschrijft kenniscoöproductie als “een vorm van kennisontwikkeling waarbij onderzoekers afkomstig uit verschillende wetenschappelijke vakgebieden samenwerken met maatschappelijke stakeholders. De ontwikkelde kennis sluit direct aan bij maatschappelijke, vaak lokale praktijken en draagt zo actief bij aan het oplossen van problemen²²”. Kenniscoöproductie is dus nodig om lokaal iets te doen en oplossingen te vinden voor maatschappelijke vraagstukken.

Kennisnetwerken: regionale gelegenheidscoalities

De huidige maatschappelijke vraagstukken zijn vaak zo complex en ongestructureerd dat er niet één algemeen toepasbare en eenduidige oplossing is. De afbakening en definiëring van het probleem is meestal al zo ingewikkeld dat dit al een deel van het probleem zelf is. Bovendien vragen de oplossingen

van alle betrokken partijen dat ze concessies moeten doen aan hun eigen belangen en waarden. Tegelijkertijd weten we ook dat die maatschappelijke uitdagingen alleen in gezamenlijkheid kunnen worden aangepaan. Die gezamenlijkheid kunnen we organiseren. De werkplaatsen kunnen hierin het voortouw nemen. De infrastructuur en het bredere netwerk van partners eromheen kunnen als kennisnetwerk fungeren. Een kennisnetwerk is een gelegenheidscoalitie met veel en wisselende partners. De partijen in het kennisnetwerk moeten niet te dicht bij elkaar staan. Enige afstand (cognitief, sociaal, geografisch) is goed. Verschillen in kennis en belangen motiveren de deelnemers juist en creëren mogelijkheden voor het samenvoegen van kennis. Als deelnemers te dicht bij elkaar staan, valt er vaak niets nieuws en innovatiefs meer te leren of overheerst de dagelijkse gang van zaken. Maar de afstand mag ook weer niet te groot zijn, want dan weten de deelnemers elkaar niet te vinden en begrijpen ze elkaar niet. In het kennisnetwerk articuleren de deelnemers gezamenlijk de kennisvragen en prioriteren ze de lokale onderzoeksagenda.

Sommige academische werkplaatsen hebben al enige ervaring met het opzetten van kennisnetwerken of gelegenheidscoalities. De werkplaats Sarphati Initiatief benoemt de verschillende gelegenheidscoalities in termen van schillen of van binnen- en buitenring. De eerste schil of de binnenring bestaat uit de kernpartners van de academische werkplaats, namelijk de GGD en de universiteit. Zij trekken de kar en zijn verantwoordelijk voor het organiseren en initiëren van de volgende schillen. In de tweede schil of de buitenring schuiven maatschappelijke partners aan die verantwoordelijk zijn voor de beleidsontwikkeling op een bepaald thema. Partners kunnen zijn de preferente zorgverzekeraar in de regio, de verenigde eerstelijnsorganisatie, de provincie, welzijnsorganisaties, GGZ-instellingen, thuiszorgorganisaties, jeugdzorgorganisaties, sociale diensten, UWV, CBS, vertegenwoordigers van zorgvragers, zorggebruikers en burgers. Ook landelijke kennisinstellingen kunnen aanschuiven, zoals het RIVM of NIVEL. Wetenschappelijke kennis uit de eerste schil wordt dan aangevuld met praktijken

en ervaringskennis. Soms is er nog een derde schil waarin nieuwe partners voor een beperkte periode en op basis van een concrete opdracht samen optrekken met de eerste en/of de tweede schil.

De eerste schil financiert zichzelf, vanuit de eigen organisaties. De tweede schil treedt toe en via ruilhandel worden taken weggezet. De derde schil legt geld of contributie in om te mogen meedoen. De academische werkplaats fungeert in dit laatste geval als een adviesbureau dat opdrachten tegen betaling uitvoert. Uiteraard moeten de opdrachten gerelateerd zijn aan de publieke gezondheid en ten dienste staan van het maatschappelijk belang.

Vanuit de Limburgse werkplaats is een regionaal kennisnetwerk opgezet met steun van de provincie. Dit regionale kennisnetwerk lijkt op de buitenring zoals hierboven is geschetst. Tien tot 15 regionale partijen nemen eraan deel, het RIVM schuift aan en de Universiteit Maastricht denkt mee. De buitenring richt zich naar buiten en betreft het brede veld van de publieke gezondheid en het sociale domein bij het opstellen van de regionale kennisagenda. Zo ontstaat er gevoel van eigenaarschap bij alle deelnemers van het kennisnetwerk.

Landelijke kennisagenda

Op nationaal niveau zijn VWS, ZonMw, RIVM, GGD GHOR Nederland (voorheen GGD Nederland) en NSPOH belangrijke spelers in de kennisinfrastructuur van de publieke gezondheid. Deze kernspelers worden geflankeerd door kennisinstellingen, thema-instituten, universiteiten, hogescholen, gezondheidsfondsen, koepelorganisaties en adviesraden: ook zij spelen een belangrijke rol in het nationale kennisnetwerk. Bovendien liggen hier belangrijke verbindingen met internationale en regionale samenwerkingspartners. Met al deze spelers samen wordt de landelijke kennisagenda vastgesteld.

Eigenaarschap is de beste garantie voor toepassing van nieuwe kennis. Deelnemers komen dan in de rol van kenniscoöproductent. Zo ontstaat ook draagvlak voor de onderzoeksagenda. Die regionale kennis- en onderzoeksagenda wordt immers steeds belangrijker vanwege de overheveling van taken van het Rijk naar gemeenten.

Consortia

Naast regionale kennisnetwerken zijn er ook landelijke consortia van academische werkplaatsen ontstaan. Zo is er een consortium van vijf werkplaatsen waarin wordt samengewerkt aan integraal beleid voor overgewicht (CIAO). Dit consortium zorgt samen met het landelijk JOGG-bureau voor de evaluatie van integraal beleid op overgewicht en evalueert enkele van de zogenaamde JOGG-gemeenten.

Er is een consortium *i4i* opgezet. Dat staat voor *instruments for integrated action*. Binnen dit consortium komt alle in Nederland aanwezige kennis over integraal beleid bij elkaar. Het samenbrengen van kennis over integraal beleid is geen eenvoudige opdracht. Integraal beleid is immers bedoeld om complexe problemen ofwel ‘wicked problems’ aan te pakken. Zoals gezegd zijn deze problemen zo ongestructureerd dat ze niet makkelijk te ‘temmen’ zijn. Binnen dit consortium heerste in het begin regelmatig spraakverwarring. De bestuurskundige, filosofische en medische benaderingen van integraal beleid verstaan elkaar nu eenmaal niet zo makkelijk. Dankzij de kennisintegratie is er inmiddels wel een breed gedragen inzicht ontstaan over een integrale beleidsaanpak²³. Daar kunnen gemeenten straks beslist hun voordeel mee doen.

Met de bestaande universitaire en niet-universitaire onderzoeksgroepen die binnen de academische werkplaatsen actief zijn, kan een beperkt aantal grotere, multidisciplinaire consortia voor *public health* onderzoek worden opgezet. Het gaat dan vooral om thema’s die te omvangrijk of te complex zijn voor een regionale aanpak of thema’s die landelijke beleidsvoering vragen. Landelijke en regionale kenniscoöproductie kunnen elkaar dan versterken.

22 Boon W, Horlings E (red.). Kenniscoöproductie voor de grote maatschappelijke vraagstukken. Rathenau Instituut, Den Haag 2013

23 Storm I, van Oers H, Kok M, Bal R, Tubbing L, Harting J, Bekker M, Jansen M, Dittrich K, Paulussen T. Consortium Instruments for integrated action (i4i). TSG 2014;92(1):4-10





Uitdagingen: grote maatschappelijke vraagstukken **De transitie in het sociale domein**

Een van die grote maatschappelijke vraagstukken is de transitie in het sociale domein. Hierbij gaat het om de decentralisatie van beleid, dat wil zeggen dat de landelijke overheid taken overhevelt naar de gemeenten. Het betreft de decentralisatie van de jeugdzorg, van een aantal AWBZ-voorzieningen naar de Wmo, en van de Wet Werk Bijstand en Wajong naar de Participatiewet.

Een goede gezondheid is een belangrijke voorwaarde voor het tegengaan van het gebruik van zorgvoorzieningen. Risicjongeren, ouderen in een kwetsbare positie, arbeidsgehandicapten en bijstandsgerechtigden hebben zorgvoorzieningen nodig. Gemeenten worden in 2015 verantwoordelijk voor de

financiering hiervan. Met beperkte middelen is het zaak om het gebruik van die voorzieningen zo veel mogelijk te beperken. Preventie is dan het toverwoord. Dit betekent dat preventie vanuit de publieke gezondheidszorg nadrukkelijker dan voorheen ook de zorg voor jeugd, ouderen, arbeidsgehandicapten en bijstandsgerechtigden omvat. Samenhang tussen de publieke gezondheidszorg en de drie decentralisaties is van groot belang.

Niet alleen voor gemeenten maar ook voor de zorgverzekeraars verandert er het nodige. In de Wet langdurige zorg²⁴ krijgt de zorgverzekeraar de verantwoordelijkheid voor adequate opvang en zorg voor langdurig chronisch zieken die buiten een tehuis verblijven. Denk aan lichamelijk of geestelijk

gehandicapten of jeugdigen met een geestelijke beperking. Die opvang en zorg zullen deels ook op buurniveau georganiseerd gaan worden, in samenhang met bestaande voorzieningen. De individuele zorg dient dan dus afgestemd te worden met de mogelijkheden van de buurt of de (krimpende) plattelandsgeregio; denk aan mantelzorg, beschikbare thuiszorg, multidisciplinaire eerstelijnszorg en specialistische zorg. Ook dit vraagt om samenhang tussen de publieke gezondheidszorg, de transitie in het sociale domein en de langdurige zorg.

Sociaaleconomische verschillen en verschillen tussen stad en periferie

Een ander maatschappelijk vraagstuk betreft de toenemende gezondheidsverschillen tussen groepen. De landelijke overheid heeft dit thema recent tot speerpunt van het volksgezondheidsbeleid verheven. Dit weerbarstige probleem vraagt om collectieve maatregelen om solidariteit en welvaart in de regio te kunnen behouden. De participatiemaatschappij is nog maar net begonnen, maar nu al zien we sociaaleconomische participatieverschillen ontstaan. De eerste signalen tekenen zich af: sociaal zwakke burgers nemen minder deel aan arbeid, onderwijs, vrijwilligerswerk en informele zorg dan sociaal sterke burgers.

De inrichting van de openbare ruimte en het leven in een grote stad vragen eveneens om collectieve maatregelen om de gezondheid te beschermen. Daarnaast staat de leefbaarheid van krimpgemeenten onder druk en ook hier worden collectieve voorzieningen bedacht om teruglopend ondernemerschap te beperken en het (zorg)voorzieningenaanbod op niveau te houden. Maar welke maatregelen en welke voorzieningen nodig zijn, is niet precies bekend. Inzicht hierin vereist onderzoek waarin de kenmerken van de regionale gemeenschap worden meegenomen.

Kenniscoproductie **Gemeenten en zorgverzekeraar aan zet**

Te verwachten valt dat gemeenten de gevolgen van de drie

decentralisaties goed willen volgen, zodat ze bijtijds kunnen bijsturen om gebruik van voorzieningen te voorkómen en te helpen waar dit écht nodig is. Ook voor zorgverzekeraars is dit van belang. Zorgverzekeraars richten zich vooralsnog vooral op het terugdringen van de schadelast als gevolg van ziekte. Schoorvoetend denken ze mee in de transitie van het sociale domein.

Meten, analyseren, integreren en beslissen

Er is behoefte aan sturingsinformatie om te volgen of het (zorg)voorzieningengebruik in de pas loopt met beschikbare budgetten. En er is onderzoeksinformatie nodig om uit te zoeken wat helpt. Praktijkinstellingen willen weten welke aanpak bewezen effectief is. Werken sociale wijkteams wel? Zijn keukentafelgesprekken voor 65-plussers zinvol? En hoe creëren we een betere balans tussen een comfortabel vangnet en een meer activerende benadering?

Om dergelijke vragen te kunnen beantwoorden, kunnen bestaande of nog te ontwikkelen registraties gebruikt worden. Denk aan de registraties van de jeugdzorg, de Wmo, de Participatiewet en de zorgverzekeraar. Een kennisnetwerk kan bijvoorbeeld samen met het CBS en KING (het onderzoeksbureau van de VNG) meedenken over de uniformiteit van registraties tussen gemeenten. Daardoor komt er niet alleen sturingsinformatie vrij, maar ook intergemeentelijke beleidsinformatie voor de regio. Dan kan de vraag beantwoord worden welke gemeenten het beter doen, uitgedrukt in omvang van gebruik en in doelmatigheid van de uitvoering. En of gebruik van voorzieningen van respectievelijk de gemeente of de zorgverzekeraar communicerende vaten zijn: dalen de uitgaven van de gemeenten als die van de zorgverzekeraar toenemen of andersom? Als de registraties gedeeld worden, kunnen ook secundaire analyses uitgevoerd worden die verbanden inzichtelijk maken. Bovendien kan de effectiviteit van een bepaalde aanpak dan wetenschappelijk onderbouwd worden. Daarmee kan de vraag worden beantwoord waarom de ene gemeente het beter doet dan de andere, rekening houdend met de lokale omstandigheden. Ook wordt duidelijk welke gevolgen dat heeft voor de zorgbehoefte die de zorgverzekeraar registreert.

²⁴ De Wet langdurige zorg regelt dat iedereen die 24 uur per dag zorg of toezicht nodig heeft in een zorginstelling kan verblijven of wonen dan wel verantwoorde zorg thuis ontvangt. Individuen hebben recht op deze zorg of dit toezicht als daartoe een indicatie wordt afgegeven door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). Deze zorg wordt gefinancierd vanuit de Zvw en de AWBZ.



Meer beleidskracht

Om deze uitdagingen aan te kunnen gaan moet een gezamenlijk proces van kennisproductie worden ingezet. Dit dient een proces te zijn waarin vraagarticulatie mogelijk wordt gemaakt. Bij complexe maatschappelijke vraagstukken, zoals de decentralisaties, realiseren betrokken partijen zich niet altijd wat ze willen weten. Bovendien zijn niet alle kennisvragen al op voorhand te bedenken. Wat je niet weet kun je niet vragen. We moeten dus proberen latente kennisbehoeften voortdurend zichtbaar te maken. Daarvoor is interactie nodig tussen alle betrokkenen. En hierin kunnen regionale kennisnetwerken een aanjaagfunctie vervullen. Als dit daadkrachtig wordt opgepakt, ontstaat er veel meer beleidskracht in gemeenten. En dit is in het voordeel van alle partijen die betrokken zijn bij de uitvoering van lokaal beleid.

Financiering

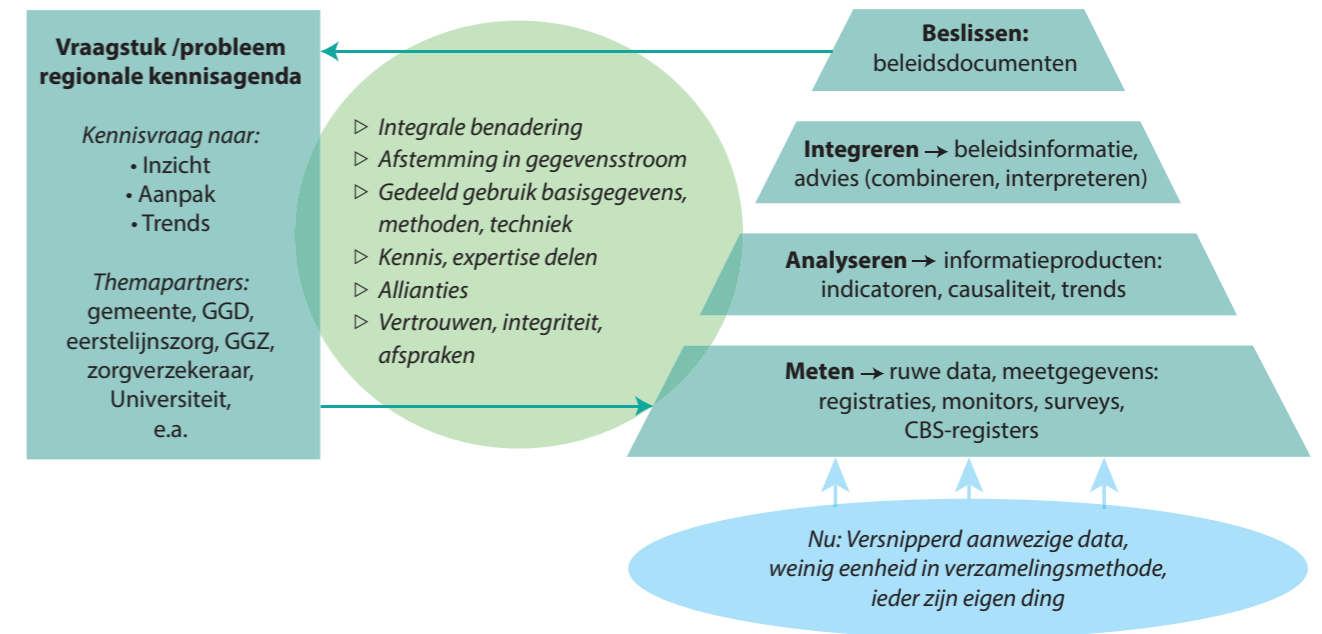
Gemeenten en zorgverzekeraars hebben er belang bij hun gezondheidsbeleid goed onderbouwd uit te voeren. Als de lokale en regionale kennisagenda vanwege de overheveling van Rijkstaken steeds belangrijker wordt, zouden daarvoor idealiter ook middelen beschikbaar moeten komen vanuit het Rijk. Het Rijk is immers gebaat bij een kwalitatief goede uitvoering van gedecentraliseerde taken. Ook om grote verschillen tussen gemeenten en, ten gevolge hiervan, maatschappelijke onrust te voorkomen. Er is behoefte aan een gezaghebbende autoriteit die het regionale beleid kan voeden met relevante kennis en informatie. De GGD'en pleiten daarom voor een R&D-fonds. Met zo'n R&D-fonds kunnen beleidsmakers, onderzoekers en praktijkprofessionals zich buigen over de grote maatschappelijke opgaven waar gemeenten, samen met het Rijk, voor staan.

Datadeling

Een van de uitgangspunten van het regionale kennisnetwerk van Limburg is dat de deelnemers bereid zijn hun eigen databestanden te delen, uiteraard onder de strikte conditie van privacybescherming. De deelnemers beschikken veelal over eigen gegevens die op gestandaardiseerde wijze geregis-

treerd worden, bijvoorbeeld voor externe verantwoording, interne sturing of beleidsinformatie. Zo zijn er gemeentelijke monitors over leefbaarheid, gezondheidsmonitors over jeugd, volwassenen en ouderen, huisartsregistraties, GGZ-registraties, registraties over zorggebruik en nog veel meer. Het CBS beschikt over diverse registers die op basis van een gerichte kennisvraag beschikbaar worden gesteld aan derden, ook weer met inachtneming van de privacywetgeving. Een schat aan gegevens blijft echter ongebruikt en onderbenut in de la liggen. Degenen die registreren profiteren er ook nauwelijks van. Natuurlijk kennen alle registraties zo hun manco's als we ze voor andere kennisvragen gebruiken dan waar ze oorspronkelijk voor verzameld zijn. Variabelen zijn misschien net iets anders gedefinieerd of ze zijn te grof met onvoldoende detaillering. Variabelen zijn misschien niet op individueel niveau, maar alleen op zes of vier posities van de postcode te koppelen. En zo zullen er ongetwijfeld meer beperkingen zijn. Toch zijn er ook kansen en het delen van data lijkt de moeite van het verkennen waard. Uiteraard is de kennisvraag hierbij leidend. Dat wil zeggen dat zo'n verkenning zinvol is als we precies geformuleerd hebben wat we willen weten (zie figuur 1).

Arnoud Verhoeff van de werkplaats G4-User: "Het delen van data, het gezamenlijk uitvoeren van onderzoek dat nuttig is voor de G4, dat is een enorme katalysator geweest. Betrokkenen hebben dit als meerwaarde ervaren. Een katalysator om de samenwerking echt vorm te geven. In het begin waren we vooral bezig over de procedures, hoe het proces te organiseren. Bij zo'n bijeenkomst was iedereen aanwezig, maar niemand werd er echt warm van. Meer zo van, het moet wel. Zodra we de inhoud in gingen, echt aan de slag gingen, zag je ineens mensen enthousiast worden. Ze zagen dat kennis en data delen ook leuk kan zijn in G4 en het levert lokaal ook wat op."



Figuur 1. Gegevensstroom en samenwerking (op basis van informatiepiramide, RIVM, 2009)

Enmalig meten, meervoudig gebruiken

De overheid trekt zich terug. Steeds meer wordt een beroep gedaan op de eigen verantwoordelijkheid en de zelfredzaamheid van burgers, ondersteund door mantelzorgers uit het eigen sociale netwerk. Om inzicht te krijgen in de kracht van het sociale netwerk is in Limburg aanvullend onderzoek uitgevoerd met reeds beschikbare data uit de Limburgse gezondheidsmonitor. Deze vragenlijst is in 2009 onder bijna 12.000 en in 2012 bijna 25.000 volwassenen afgenomen.

Resultaten:

Volwassenen met een laag inkomen zijn vaker ziek. Onder zieken komt eenzaamheid twee keer zoveel voor als onder gezonde mensen (9 versus ruim 4 procent).

In 2009 zegt 1% van de gezonde volwassenen met een hoog inkomen zich zeer eenzaam te voelen. Dit stijgt naar 3 procent in 2012. In de groep van zieke volwassenen met een laag inkomen is dit in 2009 16 procent en in 2012 is dit gestegen naar bijna 21 procent. Dit hogere percentage bij de lage inkomensgroep kan voor een deel verklaard worden door grotere arbeidsongeschiktheid en een hoger percentage gescheiden volwassenen. Eenzaamheid heeft te maken met een sterk gebrek aan sociale steun en gevoel van sociale uitsluiting. Of deze lage inkomensgroep de door de overheid gevraagde zelfredzaamheid aankan en steun kan vinden in het sociale netwerk is zeer de vraag.



“Weten is macht,
maar in het delen van kennis
zit de kracht.”

A circular collage of a young boy splashing water in a pond, with the text 'Jongeren op gezond gewicht' overlaid.

*Jongeren op
gezond gewicht*



Ketenaanpak kinderen met overgewicht in Smallingerland

Het doel van het onderzoek

Kinderen met (dreigend) overgewicht tijdig signaleren en eventueel doorverwijzen naar geschikte zorgprogramma's. Dat is wat de gemeente Smallingerland wil bereiken met een sluitende en laagdrempelige ketenaanpak. De gemeente doet dit in het kader van het programma Gezonde Slagkracht van ZonMw. Bovendien is Smallingerland een zogeheten JOGG-gemeente (Jongeren Op Gezond Gewicht). Naast het bevorderen van een gezonde leefstijl in het algemeen, richt de gemeente zich dus ook expliciet op overgewicht bij jeugdigen. De gemeente heeft voor dat doel een projectgroep ketenaanpak ingesteld, waarin verschillende zorgverleners vertegenwoordigd zijn, van een JGZ-verpleegkundige en kinderarts tot een kinderdieëtist en kinderfysiotherapeut. Om de (wensen van de) doelgroep beter in beeld te krijgen, dienden de GGD Fryslân en de Academische Werkplaats Publieke Gezondheid Noordelijk Nederland bij ZonMw een onderzoeksvoorstel in voor een doelgroepanalyse. Dat voorstel werd gehonoreerd. Marijke Teeuw, epidemioloog van de GGD Fryslân, was verantwoordelijk voor de doelgroepanalyse.

Wie behoorden tot de doelgroep?

"Ouders van kinderen van 0 tot 8 jaar met overgewicht, die al in een zorgprogramma zaten. Het idee was dat we zo beter konden nagaan wat ouders daarin misten en welke wensen ze nog hadden. Daarbij zijn zorgverleners op zoek gegaan naar deelnemers in twee wijken met een lage economische status,

omdat bekend is dat overgewicht daar gemiddeld meer voorkomt. In de praktijk was het lastig om deelnemers te vinden. Uiteindelijk hebben we één focusgroepinterview gedaan met twee moeders en individuele interviews met drie moeders."

Is het mogelijk om op basis daarvan conclusies te trekken?

"Het zijn weinig gesprekken, maar daarin keerde een aantal zaken wel steeds terug die ook in andere onderzoeken worden gesignaleerd. Zo denken ouders bij een diëtist vaak aan iemand die meer technisch handelt en vooral zegt wat je kind wel en niet mag eten. Je ziet ook frustraties: zelf proberen ze goed op te letten, maar bij vriendjes krijgt hun kind dan bijvoorbeeld toch weer snoep. Ze vinden het ook moeilijk om altijd consequent te zijn. Wat ouders niet weten, is dat de diëtist je daarin juist op verschillende manieren begeleidt en ondersteunt. Het is belangrijk om ouders daar op te wijzen als je ze naar een diëtist verwijst."

Ouders zijn ook bang om te veel nadruk te leggen op het gewicht?

"Ja, dat element keerde regelmatig terug in de gesprekken. Door hun kind met het overgewicht te confronteren, zijn ze bang dat het een eetprobleem ontwikkelt. Dat hun kind dikker wordt, of doorslaat naar de andere kant en anorexia krijgt. Bij een goede begeleiding is het helemaal niet nodig om daar bang voor te zijn. Wat opviel in dit onderzoek, is dat het in alle

gevallen om moeders en meisjes ging. Ik kreeg het idee dat overgewicht voor meisjes erger wordt gevonden, terwijl het probleem medisch gezien net zo groot is voor jongens. Ik zou daar wel verder onderzoek naar willen doen, want het zegt vermoedelijk ook iets over de motivatie van ouders om het overgewicht aan te pakken. De angst voor anorexia lijkt ook groter bij meisjes."

De waarde van het onderzoek voor de praktijk

Anneke Meijer is vanuit de GGD Fryslân gedetacheerd bij de gemeente Smallingerland om JOGG vorm te geven. Zij is tevens projectleider van de projectgroep ketenaanpak in de gemeente.

Hoe beoordeelt de projectgroep het onderzoek van Marijke Teeuw?

"Wij wilden met onze aanpak graag aansluiten bij de wensen en behoeften van ouders en daar draagt dit onderzoek aan bij. Over de wensen van de doelgroep was ook niet veel bekend."

Wat vindt de projectgroep de opvallendste conclusies?

"De drie contactmomenten waarin een JGZ-verpleegkundige de motiverende gesprekstechniek inzet, bleken het meest effectief. De verpleegkundige gaat dan echt naast een gezin staan en wil weten aan welke ondersteuning behoefte is. Wat verder opviel was dat kinderen te snel worden doorverwezen naar bijvoorbeeld een diëtist. Zorgprofessionals weten van el-

kaar ook niet zo goed wat ze doen. Tot slot maakte het onderzoek goed duidelijk dat een betuttelende aanpak van ouders niet werkt."

Wat heeft de projectgroep in de praktijk met de doelgroepanalyse gedaan?

"Allereerst worden de contactmomenten van de JGZ-professional met motiverende gesprekstechnieken zo optimaal mogelijk benut en zijn die niet altijd gericht op meteen doorverwijzen. Daarnaast zijn de verschillende zorgprofessionals veel meer gaan samenwerken. Ze weten nu beter van elkaar wat ze doen en besluiten samen welke aanpak het beste is. Op deze wijze zijn hier nu al acht kinderen begeleid. De resultaten van het onderzoek zijn ook opgenomen in onze pilot LEFF (Lifestyle, Energy, Fun & Friends), een vertaling van een uit Engeland afkomstig leefstijlprogramma. Dat wordt hier landelijk in een aantal gemeenten getest, waaronder Smallingerland. Wij starten in het najaar van 2014 een programma van 10 weken voor ouders en kinderen met overgewicht tussen de 7 en 12 jaar. De begeleiding is in handen van een beweegcoach, een coach op het gebied van voeding & gedrag en een vrijwilliger uit de wijk. Op een hele leuke manier gaan zij in op voeding, gedrag en bewegen. Dus niet betuttelend, juist positief. Ook dat komt uit het onderzoek van Marijke Teeuw."





AW JGZ NOORD-HOLLAND VUMC

Een protocol voor ziekteverzuimreductie op het mbo door de jeugdarts

Het doel van het onderzoek

Leerlingen die zich vaak ziek melden en spijbelen, verlaten regelmatig de school zonder een diploma. Ook op scholen in het middelbaar beroepsonderwijs (mbo) komt dat veel voor. Sterker: van alle voortijdige schoolverlaters komt 75 procent van het mbo. Het onderzoek van JGZ Noord-Holland VUmc had dan ook een duidelijk doel: het ontwikkelen van een protocol dat mbo-scholen structureel helpt om het ziekteverzuim onder leerlingen tegen te gaan. Met als uiteindelijk doel: het terugdringen van het aantal leerlingen dat vroegtijdig zonder diploma de school verlaat. Bij het ontwikkelen van het protocol is de handreiking 'Snel terug naar school is veel beter!' voor het voortgezet onderwijs (vo) als uitgangspunt genomen. Hierin speelt de jeugdarts een belangrijke rol als partij die leerlingen kan motiveren om de lessen te volgen. Op het mbo kunnen jeugdartsen deze taak ook goed vervullen. Bij de ontwikkeling van een protocol voor het mbo werd de methode *Intervention Mapping* ingezet: er werden vragenlijsten afgenomen en interviews gedaan. Dat gebeurde onder mbo-studenten die de beroepsopleidende leerweg (BOL) volgen aan een Amsterdamse mbo-school. De tweede groep vormden de stakeholders die betrokken zijn bij de zorg voor en het ziekteverzuim van deze studenten. Dan gaat het onder andere om studieloopbaanbegeleiders, zorgcoördinatoren en jeugdartsen.

De waarde van het onderzoek voor de praktijk

Wico Mulder is jeugdarts bij de GGD Amsterdam en in die rol ook actief op het mbo. Hij nam het initiatief voor het ontwikkelen van het ziekteverzuimprotocol voor het middelbaar beroepsonderwijs.

De insteek van dit onderzoek was het terugdringen van het ziekteverzuim op het mbo. Waarom is dat zo belangrijk?

"De politiek wil een 'aanval op de schooluitval'* doen en dat moet dan dus ook op het mbo gebeuren. In principe is Jeugdgezondheidszorg zorg voor leerlingen tot 19 jaar, terwijl het op het mbo om leerlingen tot 23 jaar gaat. In Amsterdam hebben we de unieke situatie dat wij ook op het mbo actief zijn, een dienst waar ik mij sterk voor heb ingezet. Ziekteverzuim op het mbo is heel duidelijk een taak van de jeugdarts. In ongeveer 80 procent van het verzuim gaat het namelijk om hele andere zaken dan ziek zijn. Dan kampen leerlingen bijvoorbeeld met psychosociale problemen of een moeilijke situatie thuis en melden ze zich ziek. Dat vraagt om een integrale benadering en dat is precies de insteek van jeugdartsen. Wij hebben ook tijd voor deze leerlingen. Door tijdig in te grijpen, kunnen we vaak voorkomen dat ze echt uitvallen en zonder diploma van school af gaan."

**Ziekteverzuim
terugdringen,
ook op het mbo!**



Waarom was het nodig om daar een protocol voor te ontwikkelen en is daarvoor het bestaande protocol voor het vo als basis gebruikt?

“Mijn uitgangspunt is dat wat wij doen, goed onderbouwd moet zijn. *Evidence-based* dus. Daarom heb ik in de academische werkplaats de samenwerking met de wetenschap gezocht en is gekozen voor de handreiking voor het vo, ‘Snel terug naar school is veel beter’. Dat protocol, ontwikkeld door jeugdarts Yvonne Vanneste, is gericht op het tegengaan van onnodig ziekteverzuim en is duidelijk effectief gebleken. Het leidt tot minder uitval en meer diploma’s. Probleem was dat het vo heel anders is dan het mbo, daarom wilde ik daarvoor graag een eigen protocol ontwikkelen. Samen met onderzoeker Marlou de Kroon en Han Annema, professor op dit gebied, heb ik toen de subsidieaanvraag geschreven. Vanaf het begin hebben we de scholen betrokken bij het ontwikkelen van het protocol. Dat is heel belangrijk om draagvlak te creëren. Feitelijk waren we tijdens het onderzoek al bezig met de implementatie.”

Hoe ziet het protocol er uit?

“Allereerst: het is geen wet, maar een hulpmiddel. Het protocol helpt mbo-scholen om jongeren te signaleren die voor een verwijzing naar de jeugdarts in aanmerking komen. Bovendien wordt tevens in beeld gebracht welke jongeren daadwerkelijk via de zorgcoördinator worden verwezen. De school heeft een zorgplicht en het protocol ondersteunt de school

daarin. Zowel jeugdartsen als zorgcoördinatoren zijn positief over het protocol. Het werkt denk ik ook beter om leerlingen te helpen, in plaats van hen te beboeten. Ik vond het ook heel goed dat we dankzij de academische werkplaats duidelijk een verbinding hebben kunnen leggen tussen praktijk, wetenschap en beleid.”

Wordt het protocol voor het mbo al toegepast in de praktijk?

“Op dit moment zijn we volop bezig om financiering te vinden voor de invoering van het protocol op de mbo-scholen in Amsterdam. Dat is niet eenvoudig, ook omdat gemeenten meer taken krijgen op het gebied van Jeugdzorg en daar tevens op bezuinigd wordt. Feit is dat nu al veel leerlingen van het mbo naar de JGZ worden verwezen. Als het protocol wordt ingevoerd, neemt dat aantal zeker toe. Dat kost geld. De neiging bestaat om alleen naar de korte termijn te kijken, maar juist die lange termijn is belangrijk. Met het protocol boek je niet alleen gezondheidswinst, maar bevordert je ook dat leerlingen hun kansen op de arbeidsmarkt vergroten. Als het beroep op de Sociale Dienst afneemt, levert dat de maatschappij juist geld op. Op het vo zie je al dat het protocol effectief is: het ziekteverzuim neemt af en daarmee ook het aantal vroegtijdige schoolverlaters.”

* <http://www.aanvalopschooluitval.nl>



Hoofdstuk 5

Doorgaan op de ingeslagen weg



In dit hoofdstuk:

In dit hoofdstuk schetsen we de kansen en voorwaarden voor structurele continuering van de academische werkplaatsen. Hoever zijn de werkplaatsen gevorderd in het veranderen van de werkwijze van de GGD sinds 2006? Gaan de GGD'en erin slagen om uit te groeien tot gezaghebbende kenniscentra die goed gefundeerd gemeenten kunnen adviseren? Kunnen partners middelen vrijspelen voor de infrastructuur? Komt er een R&D-fonds voor de inhoudelijke projecten?

De aanpak

Bij aanvang van de subsidieverlening door VWS heeft de minister als voorwaarde gesteld dat de werkplaatsen uiteindelijk zouden moeten resulteren in GGD'en met een R&D-beleid. Elke GGD zou moeten beschikken over een R&D-omgeving waar nieuwe kennis ontwikkeld wordt. Om zicht te krijgen op hoever de academische werkplaatsen gevorderd zijn in deze opdracht zijn de coördinatoren van alle elf de werkplaatsen geïnterviewd. Soms hebben meerdere personen per werkplaats deelgenomen aan het interview. Ook zijn interviews gehouden met ZonMw en met GGD GHOR Nederland. In totaal zijn 14 personen geïnterviewd. In de interviews zijn vragen gesteld over: de verankering, de competenties van managers en GGD-professionals, de kansen en bedreigingen, de opbrengsten en de rol van GGD GHOR Nederland in de toekomst. Daarnaast hebben observaties plaatsgevonden tijdens de landelijke coördinatorenoverleggen en het symposium Kennis Maken met Innovatie. Tot slot, zijn de bevindingen meegenomen van het onderzoek dat in opdracht van ZonMw is uitgevoerd door NSPOH en GGD GHOR Nederland onder managers van GGD'en²⁵.

Groot landelijk draagvlak

Gedurende de afgelopen acht jaar is het draagvlak voor de Academische Werkplaatsen Publieke Gezondheid onder de GGD'en enorm gegroeid. Waren er in 2006 vooral kritische ge-

luiden te horen, anno 2014 wil GGD GHOR Nederland er echt voor gaan. De intentieverklaring die tijdens het symposium Kennis Maken met Innovatie op 31 oktober 2013 ondertekend werd, illustreert het gegroeide vertrouwen. Het betreft een intentieverklaring tot samenwerking in een landelijke kennisinfrastructuur tussen GGD GHOR Nederland, NSPOH, RIVM en bij de werkplaatsen betrokken universiteiten. De NSPOH beoogt hiermee kennis op de juiste plaats te krijgen, dus bij praktijk-professionals en beleidsmakers. De universiteiten willen volksgezondheid centraal stellen, zodat de GGD een rol kan blijven vervullen in het verbeteren van samenhang en samenwerking. Voor het RIVM weegt mee dat krachtenbundeling geboden is, omdat de landelijke onderzoeksfinanciering wordt gehalveerd de komende jaren. "Nood kan partijen bij elkaar brengen", aldus Hans van Oers namens het RIVM. GGD GHOR Nederland in de persoon van Frank Klaassen, portefeuillehouder Kennis en Innovatie, sloot de ondertekeningssessie af met: "Er zijn nu 4 keer zoveel directeuren Publieke Gezondheid (DPG) aanwezig als tijdens de eerste *meeting* over academisering. De intentie is mooi, een symbool, en dit moet landen in concrete handelingen. We hebben goud in handen!"

Intentieverklaring

Ton van Dijk, DPG Haaglanden en lid van de ZonMw-programmacommissie AWPG zegt het als volgt: "We zijn van *ver gekomen en boeken uiteindelijk uitstekend resultaat. In het begin was het wennen aan de bureaucratie wat betreft het indienen van onderzoeksvoorstellen, maar nu zien we het nut hiervan in. Het BOP-principe wordt nu genoemd alsof het er altijd al was, maar dit was niet zo vanzelfsprekend. Het is een enorm succes! De AWPG biedt perspectief voor de GGD en zorgt voor intensief contact met elkaar. De GGD heeft iets wat de universiteit niet heeft en de universiteit heeft iets wat de GGD niet heeft. De minister heeft voor weinig geld iets fantastisch terug gekregen. Een fantastisch netwerk en fantastische projecten."*

De wezensvraag

Wie betaalt de kennisinfrastructuur?

Geen enkele werkplaats praat graag over geld, maar voor de instandhouding van de werkplaatsen is geld van wezenlijk belang. Alle werkplaatsen geven aan dat draagvlak, steun, de bereidheid om te willen leren, de intentie om samen te werken en het enthousiasme voldoende aanwezig zijn. Maar zonder de extra stimuleringssubsidie van VWS rijst de wezensvraag: **wie** heeft er **wat** voor over? Iedereen erkent dat de GGD primair de verantwoordelijke partij moet zijn voor de continuering van die infrastructuur. De GGD is de verlengde arm van de gemeente, voert een aantal basistaken uit en wordt gefinancierd met gemeentegeld. Basistaken hebben betrekking op infectieziekten, jeugdgezondheid, ouderengezondheid, gezondheidsbevordering, vangnetfunctie, crisisbeheersing, forensische zorg, technische hygiënezorg, medisch milieukundige zorg, epidemiologie en lokaal gezondheidsbeleid. Binnen elk van deze taken dient een R&D-component opgenomen te zijn. Dat houdt in dat er vernieuwing, verdieping en doorontwikkeling plaatsvindt. Daar is onderzoek voor nodig. Nog te vaak beschouwen directies en managers de academische werkplaats als iets aanvullends maar inhoudelijke doorontwikkeling behoort tot de basistaken. En daar is formatie voor nodig. Zo moet er een trekker zijn voor innovatie in een formatieomvang van 0,5 tot 1 fte. En er moet een team zijn dat bereid en in staat is tot bijscholing, kennisdeling en praktisch toegepast wetenschappelijk onderzoek (variërend van 0,5 fte tot 5 fte, afhankelijk van de ambities van de GGD). Een aantal werkplaatsen geeft aan moeite te hebben met de instandhouding van de kennisinfrastructuur vanaf 2015. Bereidheid van GGD'en tot een structurele bijdrage dreigt onder te sneeuwen in het debat over 'wat krijg ik ervoor terug als GGD of als gemeente en wie garandeert dat'. Maar de basistaken staan niet ter discussie, evenmin de R&D-component die daar onderdeel van uit maakt. Recentelijk heeft de minister dit in een kamerbrief nog expliciet verwoord met accent op de basistaken epidemiologie en beleid²⁶. Het is dus gezond eigenbelang van de GGD om 'nieuw voor oud' in te wisselen, zonder dat er geld bij moet. Als GGD'en de vernieuwing en doorontwikkeling

van hun basistaken niet weten vorm te geven, dan kan het bestaansrecht van de GGD wel eens ter discussie komen te staan. De werkplaatsen hebben bovendien laten zien dat de investeringen in de kennisinfrastructuur minstens het dubbele aan opbrengsten hebben opgeleverd. Eén euro brengt dus minstens twee euro op. Dit is een sterk argument voor integratie van de werkplaats in de GGD.

Beeldvorming of framing

Levert de werkplaats winst op voor de GGD of kost het alleen maar geld? Het is maar hoe je ernaar kijkt. Bijvoorbeeld:

De GGD heeft 1,3 miljoen euro subsidie binnengehaald met de werkplaats voor verschillende onderzoeksprojecten, waaronder een onderzoek naar mogelijkheden voor het levensloopbestendig maken van buurten. Als de GGD al haar inzet optelt heeft de uitvoering 1,7 miljoen euro gekost. De GGD heeft er 4 ton op verloren. De werkplaats is dus inefficiënt.

OF

De GGD heeft een opdracht ter waarde van 1,7 miljoen euro uitgevoerd met een eigen investering van slechts 4 ton. De uitvoeringstaken van de werkplaats passen uitstekend in de taken van de GGD. De GGD heeft dus veel meer kunnen doen dan zij anders met eigen middelen gedaan zou hebben.

Vanwege bezuinigingen worden formaties niet uitgebreid, eerder is sprake van vacaturestops en strakke jaarplannen. Er zijn zelfs GGD'en waar geen onderzoeker meer rond loopt als gevolg van de bezuinigingsmaatregelen. De onderzoekers zijn overgeplaatst naar zogeheten *shared service centra* en deze moeten hun eigen broek ophouden. In zo'n situatie is het een grote uitdaging om de werkplaats overeind te houden. Veel managers zitten in een spagaat: zij willen wel maar routinetaken en politieke *hypes* gaan voor. In dat geval botsen tempo en vluchtigheid met de academische gedegenheid. Als het

²⁵ De Jong R, van den Heuvel E. Eindrapport Competenties voor werken op het snijvlak van beleid, onderzoek en praktijk. Inventarisatie onder managers van GGD'en. NSPOH en GGD Ned, Utrecht 2014.

Vanwege signalen uit de praktijk dat het middenkader een cruciale rol speelt in het bevorderen van de academisering heeft ZonMw dit onderzoek in gang gezet.

²⁶ VWS Kamerbrief, 28 aug 2014. Betrouwbare publieke gezondheid: Gezamenlijke verantwoordelijkheid van gemeenten en Rijk. Kenmerk 629287-122954-PG



management wel de intentie uitspreekt, maar tegelijkertijd onvoldoende investeert in menskracht en scholing, krijgen medewerkers het gevoel het erbij te moeten doen. Vernieuwing en verandering delven vaak het onderspit.

Arnoud Verhoeff, coördinator van Sarphati Initiatief: "De grootste vraag is of de andere GGD'en voldoende draagvlak krijgen bij hun bestuurders. Zien die bestuurders, en dat zijn veelal lokale wethouders, het belang van de academische werkplaats voor hun eigen gemeente en zijn ze daarmee ook bereid om geld of menskracht te investeren?"

Werkplaatsen die landelijk opereren (zoals Milieu en Gezondheid) of waar meerdere GGD'en in samenwerken, vinden het nog lastiger om de middelen vrij te maken. De deelnemende GGD'en moeten een gezamenlijke visie hebben op de academisering. Vanuit die visie leveren zij een bijdrage. Ien van de Goor, coördinator van de werkplaats in Brabant /Tranzo verwoordt het als volgt: "Het is soms wel lastig met meer GGD'en. Ze werken niet hetzelfde en zijn anders georganiseerd, dat kan het proces wel vertragen als je verder wilt. Vooral een gezamenlijke visie vanuit de GGD'en zie ik nog niet. De GGD'en waar wij mee samenwerken, gaan hier allemaal op een andere manier mee om. In mijn optiek worstelen ze daar nog mee."

Bij deelname van meerdere GGD'en in dezelfde werkplaats

Pecunia

De financiering van de infrastructuur is topprioriteit bij de werkplaatsen.

- G4-User heeft besloten dat de vier GGD'en samen de kosten van de infrastructuur dragen en niet de universiteiten, omdat het voor de universiteit nog te weinig oplevert. Wel leveren de universiteiten menskracht.
- De AWPG Noordelijk Zuid-Holland heeft met bijna alle partners een samenwerkingsovereenkomst en toezeggingen over personele inzet.
- Bij Amphi zijn de intenties uitgesproken, maar moeten de harde centen nog worden waargemaakt.
- Bij het Sarphati Initiatief wordt de helft van de infrastructuur gefinancierd door de basispartijen namelijk AMC en GGD Amsterdam. Men zoekt nog naar financiering van de andere helft.
- De academische werkplaats Limburg heeft de infrastructuur opgenomen in de GGD-begroting en kan de werkzaamheden continueren.
- De werkplaats Brabant (onderdeel van Tranzo) vreest dat zij in een lager tempo en met minder menskracht genoeg moeten nemen.

- Cephir onderzoekt de voortgangskansen nog: smal doorgaan met de helft van het budget, samenwerking aangaan met andere werkplaatsen in de regio, of doorgaan met andere thema's. Daarom komt er een tijdelijke overgangssituatie.
- Agora is in overleg met het bestuur van de GGD om middelen vrij te spelen.
- De academische werkplaats Milieu en Gezondheid probeert via een lidmaatschapsbijdrage de kosten van de infrastructuur (totaal 1 ton) over 25 GGD'en te verdelen, zodat de investering per GGD aanvaardbaar is.
- De academische werkplaats JGZ Noord-Holland heeft een samenwerkingsovereenkomst tussen VUmc en de vijf betrokken GGD'en en JGZ-organisaties tot 2019. VUmc financiert de algemeen coördinator, de JGZ-organisaties financieren de lokale coördinatoren. Activiteiten op gebied van onderwijs, onderzoek en zorginnovatie worden gecontinueerd en verder ontwikkeld.
- De academische werkplaats Noord-Nederland is pas een jaar bezig en heeft nog enige speelruimte.



moeten zij vooraf onderling goede afspraken maken over het bestuurlijk mandaat. Dat is niet altijd eenvoudig.

Er zijn verschillende werkplaatsen die in dezelfde regio opereren. Die werkplaatsen onderscheiden zich door een verschillend aandachtsgebied, bijvoorbeeld jeugd of infectieziekten. Samenhang aanbrengen in de regionale spreiding is wenselijk, ook vanwege de financiering. Het valt namelijk moeilijk uit te leggen aan bestuurders waarom in dezelfde regio verschillende werkplaatsen gefinancierd moeten worden.

Wie betaalt de inhoudelijke projecten?

Voor onderzoeksprojecten zullen de werkplaatsen moeten blijven acquireren bij provinciale, landelijke en Europese

fondsen. Sommige coördinatoren zouden graag een andere financieringsstructuur zien in de sfeer van een structurele bijdrage van gemeenten en zorgverzekeraar. Gezamenlijk zou dan de onderzoeksagenda opgesteld en uitgevoerd kunnen worden. Regionale Kennisnetwerken kunnen hierin een rol vervullen. Een pleidooi dus voor een regionaal R&D-fonds. De GGD Amsterdam is de enige GGD waar een dergelijk fonds al jaren geleden gerealiseerd is. Deze werkplaats telt de meeste inhoudelijke onderzoeksprojecten namelijk meer dan 50, zowel kort- als langlopend. Dit doet geen enkele werkplaats Amsterdam na.

Sommige werkplaatsen halen geld binnen door het uitvoeren van commerciële GGD-taken. De winst op commerciële taken, zoals bijvoorbeeld de reizigersvaccinaties, wordt in een R&D-



fonds gestort. Hiermee kan vernieuwend en veelbelovend onderzoek worden uitgevoerd.

Zorg voor zichtbaarheid

GGD'en zien wel nieuwe kansen. Er leven namelijk ontzettend veel vragen bij gemeenten, GGD'en, zorgverzekeraars en andere samenwerkingspartners (zie Hoofdstuk 4). Er is een grote vraag naar slimme oplossingen om de zorg en de voorzieningen beter, efficiënter en goedkoper te organiseren. Dit vooral ook in het licht van de drie decentralisaties. Gemeenten huren nog vaak commerciële adviesbureaus in. Coördinatoren constateren dat de werkplaats niet voldoende op hun netvlies staat. Gemeenten realiseren zich onvoldoende dat de werkplaats in staat is goed onderbouwde adviezen te geven. Advies aan de werkplaatsen is dus: zorg voor zichtbaarheid!

Competenties

We vragen van managers....

Vooraf vernieuwingskracht. Ze moeten lef hebben en kunnen omgaan met onzekerheid. Dat is niet altijd de sterkste competentie van de GGD, zo blijkt uit het NSPOH en GGD GHOR Nederland onderzoek. Managers verschillen ook sterk in hun R&D-ambities. Bestuurders en directies vinden het wel belangrijk, maar de daadwerkelijke vormgeving is afhankelijk van de financiële ruimte die de manager binnen zijn afdeling kan realiseren. Het vereist "slinksheid om uren bij elkaar te toveren voor onderzoek". Managers constateren dat er "verschraling is door de tijdgeest". Financiële middelen in het kader van de academische werkplaatsen vallen weg. Onderzoek door GGD-medewerkers is voor sommigen "de slagroom op de taart", terwijl anderen twifelen aan de "return on knowledge" omdat deze beperkt zou zijn. Sommigen vinden dat je er als manager wel zelf in moet geloven om het goed op anderen te kunnen overbrengen. Dat vraagt competenties om de professionals uit te dagen en hen in randvoorwaarden en inhoudelijke hoofdlijnen bij te staan bij de samenwerking met het externe onderzoeksveld. Onder deze omstandigheden voelen GGD-professionals zich geruggensteund door hun manager. Andere managers daarentegen geven aan de verantwoorde-

lijkheid zo laag mogelijk in de organisatie te willen neerleggen, dus bij de professional zelf. Vandaaruit zou dan meer bedrijfsmatig gestuurd kunnen worden via het beoordelen van geleverde prestaties. Dat vraagt meer beheersmatige competenties van de manager.

Coördinatoren constateren dat managers vooral intern de boel op orde willen hebben en houden. Ze spreken van *spreadsheetmanagers*. Zij zien een gebrek aan affiniteit met onderzoek en overtuiging van het belang van onderzoek. Ze missen enthousiasme in het uitdragen en ook het daadwerkelijk waarmaken van samenwerking tussen GGD en universiteit. Managers zijn niet vanzelfsprekend extern gericht op onderzoeksinstituten, vinden de coördinatoren.

We vragen van GGD-professionals

Gewoon goed zijn in epidemiologie en methoden van onderzoek. Dat is méér dan alleen rechte tellingen en kruistabellen. Soms is het niveau van de gemiddelde GGD-professional onvoldoende: "Populatie Attributief Risico, niemand snapt waar je het over hebt. Een bepaalde formule. Een heleboel mensen hebben daar geen gedachte meer bij", aldus Pascal Bisscheroux, coördinator van Cephir. Als die kennis is weggezakt binnen de GGD dan is bijscholing nodig. Hierin kan de academische werkplaats een rol spelen.

Verder moeten GGD-professionals ook gewoon goed zijn in het bij elkaar brengen van kennis uit wetenschappelijke bronnen zoals meta-analyses, systematische reviews, *case studies*, interventiestudies, implementatiestudies en ervaringen van cliënten, beroepsprofessionals en burgers.

GGD-professionals kunnen meestal gebruik maken van het bestaande postacademisch of PhD-onderwijs. Uiteraard tegen betaling. Dus bijscholing is mogelijk maar heeft financiële consequenties. Als de GGD-professional het zelf niet weet, kan hij meestal wel binnen de werkplaats aankloppen bij onderzoekers van de universiteit. Als er binnen de werkplaats een intensieve relatie bestaat dan zijn onderzoekers altijd wel bereid mee te denken, tenzij het echt teveel tijd kost. GGD-professionals hebben in de ogen van hun managers nog teveel

last van 'koudwatervrees' bij het aangaan van contacten met onderzoekers.

Goed zijn in kwalitatief onderzoek is ook een belangrijke competentie. Met kwalitatief onderzoek kan men betekenis geven aan alle kengetallen en kwantitatieve onderzoeksresultaten. Daarmee kun je de burger een gezicht geven. Gemeenten houden van *narratives*, dat zijn persoonlijke verhalen die de kern van de problematiek of de oplossing illustreren. Ook voor kwalitatief onderzoek zijn geschikte scholingsmodulen beschikbaar. Als enkele GGD-professionals daar bekwaam in kunnen worden, zijn zij beter in staat om als begeleider op te treden in kort- of langer lopend onderzoek.

Pascal Bisscheroux: "Wat je ook ziet is dat de competenties die steeds meer in beeld zijn zich richten op faciliteren, netwerken, procesmanagement. Dat zijn de kwaliteiten waar vooral naar gekeken wordt bij het aannemen van nieuwe onderzoekers. Dat komt omdat de mensen die daarover moeten oordelen vaak ook uit die hoek komen. Een zelfversterkend proces. Er wordt vervolgens minder op inhoudelijke kennis en onderzoeksvaardigheden gelet in selectieprocedures. Dit draagt niet echt bij aan de academisering."

Een derde belangrijke competentie is het werven van financiële middelen voor langlopend onderzoek (PhD-trajecten). Idealerweise gebeurt dit in een samenspel van universitaire onderzoekers en GGD-professionals. Dit vraagt van de GGD-professional vaardigheid in het meeschrijven van onderzoeksvoorstellen. De beste leerschool is gewoon doen en veel oefenen, altijd met een *sparringpartner* vanuit de universiteit. Dan krijgt de GGD-medewerker vanzelf gevoel bij wat relevant is en wat niet. Maar niet elke GGD-professional trekt er uit eigen beweging aan. Het bijhouden van *calls* is nog geen automatisme geworden. Een stimulans vanuit het management ontbreekt meestal. En alles moet in het Engels. Dus een extra competentie is de Engelse schrijfvaardigheid. Ook dat is iets wat je al doende leert.



Een niet te vergeten competentie betreft het kunnen stellen van kritische vragen. Dat is een onderschatte academische vaardigheid. De wetenschap is gestoeld op vragen leren stellen waardoor een gedachtegang tot stand komt en de logica van een fenomeen vragenderwijs helder wordt. Vragen stellen is niet bedreigend, mits dit op de juiste wijze gebeurt, bijvoorbeeld: "Waarom heb je het op deze manier gedaan?" Vragen stellen vanuit een positief kritische houding beschouwt de ander niet als 'waar bemoei je je mee', maar als oprechte belangstelling.

Annemien Haveman, coördinator van Agora: "Het is een hele leuke manier om op gemeenteniveau hiermee aan de slag te gaan. Vragen leren stellen komt echt uit de onderzoeksweld. Dat vind ik heel interessant. Iets wat ik op de universiteit heb geleerd, zet ik nu bij de gemeente in. Ik denk dat de gemeenten geen idee hebben dat het daar vandaan komt. Volgens mij moet er meer aandacht voor komen. Zo betrek je ook mensen. Vragen stellen werkt heel krachtig. Soms is het moeilijk uit te leggen wat de werelden elkaar te bieden hebben. Dit soort dingen hebben ze elkaar ook te bieden, een bepaalde deskundigheid in hoe je leert vragen te stellen."

Voor professionals die betrokken zijn bij de werkplaats is het kunnen netwerken en organiseren van onderzoek ook een belangrijke competentie, naast de inhoudelijke kennis. Een complicerende factor is dat het netwerk niet alleen het eigen vakgebied betreft, maar veel breder is, met mensen van andere vakgebieden die de dingen soms geheel anders organiseren. Dat betekent: uit de comfortzone stappen. Professionals moeten accepteren dat de één meer verstand heeft van het ene vakgebied en de ander van een ander vakgebied en dat door samenwerking iets nieuws ontstaat.

Om over voldoende onderzoekscompetenties te beschikken, zien de werkplaatsen graag jonge ambitieuze, leergierige en bevroegen mensen komen, die nauwgezet en met toewijding

het onderzoek uitvoeren. Bij voorkeur niet ouder dan 35 jaar! Want "je hebt jonge, enthousiaste mensen nodig om binnen de GGD het vuur laaiend te houden voor een samenwerkingsproject", aldus Peter van de Hazel van de werkplaats Milieu & Gezondheid. Binnen de universiteit kunnen hiervoor aio's worden aangesteld die een promotietraject ingaan. In dit geval moet de GGD vooraf nadenken over welke rol zij wil innemen. Is dat de rol van adviseur op afstand of die van begeleider en lid van het promotieteam? Als de GGD actief en intensief betrokken wil zijn bij het onderzoek, moet zij zelf voorstellen die rol te willen vervullen. Die rol wordt niet vanzelf toegewezen door de universiteit. Voor de universiteit is de GGD namelijk slechts een van de vele samenwerkingspartners. De GGD valt niet meteen op, zelfs niet als sprake is geweest van intensieve betrokkenheid bij de subsidieaanvraag. Dus actieve betrokkenheid moet gevraagd en soms zelfs bevochten worden. GGD-professionals moeten dan over die competentie beschikken, dus bewaam zijn in het onderhandelen, adviseren, mee uitvoeren, begeleiden of leiden van een promotietraject.

Werkplaatsen hebben moeite met het feit dat promovendi na vier jaar weer vertrekken. Eigenlijk gaat op deze manier expertise verloren. Er is veel geïnvesteerd in deze promovendi, maar ze hebben een tijdelijk contract. Bij de GGD is weinig formatieruimte beschikbaar. Zo ontstaat het dilemma dat de GGD geschikte kandidaten niet aan boord kan houden, terwijl die gepromoveerde kandidaten toegevoegde waarde hebben voor de verdere academisering van de GGD. "Dus dat is wel spannend, of we daar iets op bedenken. Je hebt een ander type professional nodig. Maar je kunt niet zomaar zittende mensen wegsturen. Wel kun je in je aannamebeleid de eisen van de huidige tijd meenemen, zodat er langzaam aan een cultuurverandering optreedt binnen de GGD", aldus Maria Jansen van de werkplaats Limburg. Dat aannamebeleid wil nog niet overal lukken, vindt de meerderheid van de werkplaatsen. Het is nog een toekomstdroom om wetenschappelijke talenten binnen de GGD kansen te geven zich te kunnen ontwikkelen met uitzicht op een bijzondere leerstoel, enkele uitzonderingen daargelaten. Op deze manier zou een wetenschappelijke carrière

ook vanuit de GGD mogelijk worden en wordt de verbinding tussen GGD en universiteit een structurele.

Kansen en bedreigingen: twee kanten van dezelfde medaille

De kansen

Belangrijk is dat de meerwaarde van de werkplaats zichtbaar is. Zo hebben Agora, Limburg en het Sarpathi Initiatief een wervende notitie opgesteld over de resultaten en de werkwijze van de werkplaats. Zorg dat het aanbod zo breed is dat elke gemeente iets terug ziet van de werkplaats.

Kansen doen zich ook voor na de gemeenteraadsverkiezingen. Nieuwe bestuurders treden dan aan die geïnformeerd willen en kunnen worden. Ook kunnen werkplaatsen reclame maken voor erkende interventies²⁷. Als die erkenning dankzij de werkplaats tot stand is gekomen, mag daar gerust met enige trots ruchtbaarheid aan worden gegeven. Ook een ruim aanbod van casuïstisch onderzoek waarin lokale kenmerken een rol spelen, levert vertrouwen op. Dan maakt de werkplaats duidelijk dat de systematische benadering iets toevoegt aan onderzoek in de lokale context.

Er is ook nog heel veel mogelijk door bestaande wetenschappelijke inzichten te delen met beleidsmakers en samen te zoeken naar toepassing daarvan in het lokale beleid. De werkplaats zou nog intensiever dan nu bestaande meta-analyses en systematische reviews kunnen gebruiken bij het maken van de juiste keuzes voor het lokale gezondheidsbeleid. Er is immers al heel veel kennis beschikbaar. "Veel ligt op de plank, maar vaak onder het stof. Afstoffen zou al helpen", aldus Pascal Bisscheroux van Cephir. "Nieuw onderzoek is niet altijd nodig." De GGD kan een aantrekkelijk carrièreperspectief bieden door opleidings-, promotie- en leerstoelkansen mogelijk te maken. Academische ziekenhuizen doen dat ook. Naast deze academische ziekenhuizen zijn er ook regionale ziekenhuizen voor de uitvoeringstaken en het productiewerk. Zo zullen er ook

(kleinere) regionale GGD'en nodig zijn voor de uitvoeringstaken. Voor kennisproductie kloppen zij aan bij de GGD die een R&D-afdeling heeft.

Kansen zijn er ook als onderzoeksprojecten bijkomende uitstralingseffecten hebben waardoor nieuw elan ontstaat. Zo resulteert een onderzoeksproject waarin water in plaats van limonade op scholen wordt gepromoot in zinvolle discussies onder ouders op het schoolplein, los van de uitkomst of het wel of niet werkt.

Er is over het algemeen zeer grote waardering bij de universiteit voor het binnenhalen van ZonMw-subsidies, de zogenaamde tweede geldstroom. Dit wordt gezien als een vorm van valorisatie, omdat het meerwaarde heeft om vanuit de universiteit bij maatschappelijk relevant onderzoek betrokken te zijn. Dit telt dan ook mee in de waardering van universitair personeel. Hetzelfde geldt voor de derde geldstroom: het binnenhalen van onderzoeksopdrachten en onderzoeksfinanciering bij commerciële partners.

De bedreigingen

Eén van de grootste bedreigingen heeft te maken met hoe we het grensverkeer tussen de organisaties levendig houden. Dit grensverkeer is sinds de start van de werkplaatsen enorm toegenomen. Er zijn intensieve relaties ontstaan tussen wethouders en hoogleraren en tussen onderzoekers en praktijkprofessionals en dat alles met veel universitaire vakgroepen, beleidsafdelingen en praktijkorganisaties. Dit intensieve grensverkeer bestaat bij de gratie van inhoudelijke projecten en kennisuitwisseling. Ook de communicatiestrategie in de vorm van nieuwsbrieven, symposia et cetera draagt bij aan dit grensverkeer. Zonder dialoog, geen kennisdeling en geen coproductie van nieuwe kennis. Het grensverkeer blijft intact mits de infrastructuur voldoende sterk is én mits er voldoende inhoudelijke projecten lopen. En dit heeft weer heel erg te maken met ambitie, geld en expertise binnen de GGD.

²⁷ Interventies worden door het Centrum Gezond Leven / RIVM beoordeeld op kwaliteit. Erkende interventies worden opgenomen in de Interventiedatabase.

Deze maakt een onderscheid tussen drie niveaus van erkenning:

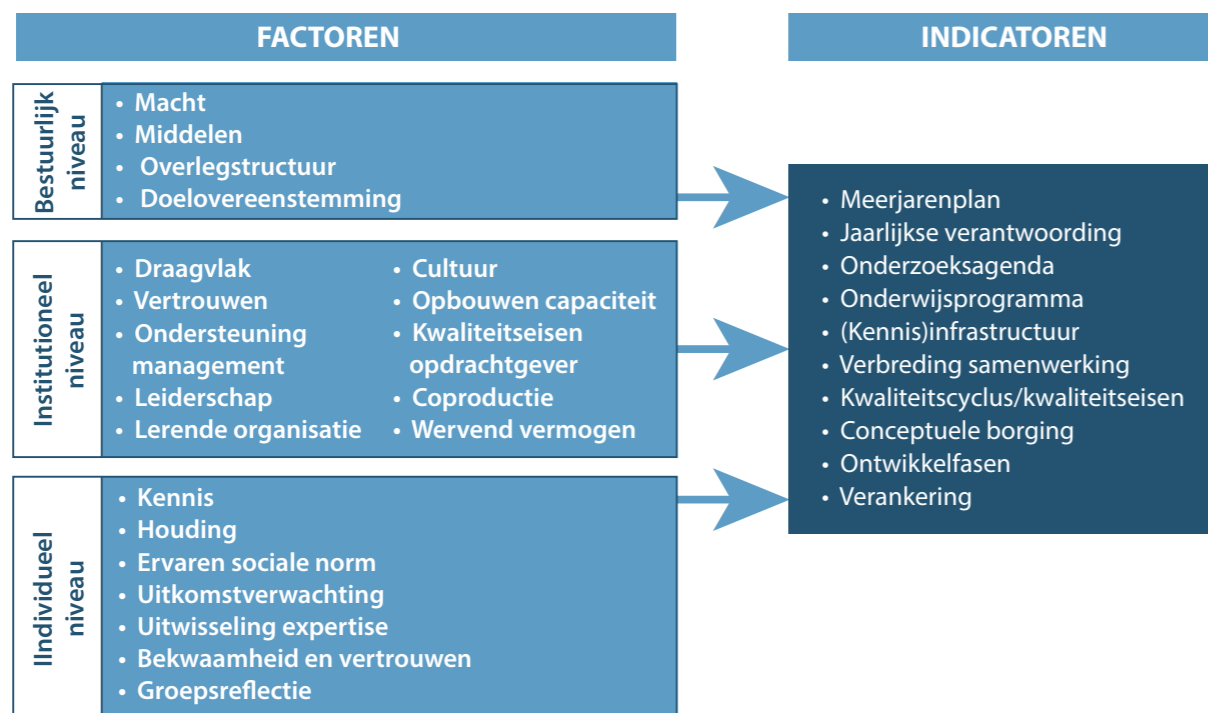
- Goed beschreven: De interventie bevat een duidelijke beschrijving van doel, doelgroep, aanpak en randvoorwaarden.
- Goed onderbouwd: De interventie is goed beschreven en onderbouwd aan de hand van theorie of kwalitatief onderzoek.
- Effectief: Interventies waarvan het effect is aangetoond met een effectevaluatie.



ZonMw en andere fondsen kunnen helpen door projecten in de publieke gezondheid vooral toe te wijzen aan samenwerkingsverbanden van gemeenten, praktijkorganisaties en universiteit. Dan wordt de opgebouwde infrastructuur opnieuw benut. Het heeft acht jaar geduurd om die infrastructuur op te bouwen. Het zou zonde zijn als we die structuur niet voldoende benutten. Juist omdat die infrastructuur resulteert in een hogere kwaliteit van *evidence-informed policy* en *practice-based evidence*.

Sommige werkplaatsen hebben meer last dan andere van de extra financiële en belastingtechnische zaken rondom samenwer-

kingsprojecten. Er zijn veel vragen. Wel of geen BTW-verplichting bij uitwisseling van personeel? Worden detacheringen als een vorm van inkomsten gezien volgens de belastingdienst? Subsidies kunnen maar bij één partij binnenkomen, maar hoe regelen we de verdeling tussen samenwerkende partijen? Dat geeft veel rompslomp die niet vergoed wordt. Daarom doet iedereen liever alleen zijn eigen ding. Dat is voor elke partij veel simpeler en brengt veel minder financieel-administratief gedoe met zich mee. Als de randvoorwaarden voor subsidieverstrekking minder omslachtig zouden zijn, zou dat de administratieve last voor de werkplaatsen verlichten.



Figuur 2. Model Verankering: overzicht van factoren en indicatoren voor verankering van de samenwerking BOP in de werkplaatsen

De mate van verankering

De samenwerking tussen beleid, onderzoek en praktijk is beslist in gang gezet. De TNO monitor, waarin de mate van verankering is gemeten, laat dat ook duidelijk zien²⁸ (zie tekstblok). De kwaliteit van het werk van de GGD-professional is duidelijk verbeterd. Ook het wetenschapsperspectief wordt vaker meegenomen in de uitvoering van het werk. De professional is kritischer geworden en zoals gezegd: kritische vragen stellen draagt bij aan het beter doorgronden van een probleem, met beter doordachte oplossingen als resultaat. GGD-professio-

nals nemen gemakkelijker contact op met onderzoekers. De drempel is lager geworden, al blijft er soms nog wat 'koudwatervrees'. Enkele voorbeelden illustreren de dynamiek tussen de partners. Zo is op initiatief van Amphi een consortium over wijkkennis ontstaan. GGD, eerstelijns geneeskunde, gemeente en welzijnspartners hebben nu veel makkelijker contact met elkaar en coproduceren samen nieuwe kennis. En de Limburgse en Brabantse GGD'en hebben met Robuust, het RIVM en Tranzo een netwerk opgebouwd over wijkprofielen.

Verankering van de werkplaatsen: resultaten van de TNO-monitor²⁸

TNO heeft een monitor ontwikkeld om inzicht te krijgen in de mate van verankering van de samenwerking tussen beleid, onderzoek en praktijk in de werkplaatsen. De factoren en indicatoren die onderdeel uitmaken van de monitor staan in figuur 2. Om tot één score te komen voor de mate van verankering is op basis van de indicatoren een index samengesteld. Deze index kan een waarde aannemen tussen 0 (geen verankering) en 10 (maximale verankering). Ook is gekeken naar wie het voor het zeggen heeft in de werkplaats. Bij een gelijkwaardige zeggenschap hebben de drie partijen elk 33% zeggenschap over bijvoorbeeld financiën of inhoudelijke projecten.

De monitor is in de vorm van een *web-based* vragenlijst tweemaal uitgezet, in juni 2011 en april 2013.

In totaal vulden 98 personen in beide rondes de vragenlijst volledig in. Van degenen die de vragenlijst van de eerste ronde volledig invulden en ten tijde van de tweede ronde nog betrokken waren bij hun werkplaats, deed 74% in de tweede ronde opnieuw mee. Van deze respondenten was een meerderheid werkzaam bij een praktijkorganisatie, een kwart bij een onderzoeksorganisatie en een klein deel bij een beleidsorganisatie. Bijna de helft had een functie op

operationeel niveau, vier op de tien op tactisch niveau en een beperkt aantal (15%) was werkzaam op strategisch niveau. De respons per werkplaats varieerde van 50 tot 87% (n=6 tot n=19 per werkplaats).

De resultaten laten zien dat de mate van verankering is toegenomen van een gemiddelde score op de index van 5,2 (SD=2,4) in de eerste ronde naar 5,9 (SD=2,5) in de tweede ronde. Deze stijging was zichtbaar bij alle werkplaatsen en bij alle drie de typen organisaties, hoewel beleidsorganisaties hier iets lager scoorden dan praktijk en onderzoek. Meer dan de helft van de respondenten vindt de verdeling van zeggenschap nog onvoldoende gelijkwaardig. Beleid krijgt in beide rondes ongeveer 21% zeggenschap toebedeeld, praktijk 37% en onderzoek 42%. Naarmate de verdeling van zeggenschap meer gelijkwaardigheid vertoont, lijken betrokkenen er vaker tevreden over. Verder blijken zes factoren een significante invloed te hebben op de mate van verankering, namelijk: doelovereenstemming (bestuurlijk niveau), cultuur, wervend vermogen, een lerende organisatie (institutioneel niveau) en kennis en uitwisseling van expertise (individueel niveau). Deze factoren bieden aanknopingspunten voor verbetering van het verankeringsproces.

28 Schokker DF, Keer M, Keijsers JFEM, Paulussen TGWM. Eindrapport Monitor Verankering AWP. Samenwerking tussen beleid, onderzoek en praktijk in de Academische Werkplaatsen Publieke Gezondheid. TNO-rapport LS 2013 R10887, Leiden 2013



Annemien Haveman van Agora naar aanleiding van de masterclasses: "Het is tamelijk ambitieus, maar het is het proberen waard. Het zet bewustwording in gang. Feitelijk zitten de gemeenten aan de knoppen als het bijvoorbeeld gaat om het verbeteren van de gezondheid van heel veel jongeren. Ik heb het idee dat ze zich daar nog amper van bewust zijn."

Gemeenten ervaren voordeel bij de Klein maar Fijn projecten, want hun vraagstellingen worden opgepakt en de resultaten worden in publiek-vriendelijke *factsheets* samengevat. Die kennis wordt weer ingezet bij de beleidsontwikkeling. Zo zijn in de gemeente Vaals diepte-interviews uitgevoerd onder ouders, alcoholverstrekkers en ambtenaren over de per 1 januari 2014 gewijzigde Drank- en Horecawet. De resultaten daarvan zijn gebruikt bij de vormgeving van het regionale alcoholbeleidsplan, zodat ook andere gemeenten ervan hebben geprofiteerd. Agora heeft *masterclasses* opgezet voor beleidsmedewerkers van gemeenten over de opzet, uitvoering en evaluatie van beleidsprogramma's. Onderdeel van de *masterclass* is een workshop over 'hoe omschrijf en prioriteer je de doelstellingen' en 'hoe evalueer je?' GGD en gemeenten komen daardoor dichter bij elkaar en spreken meer dezelfde taal.

GGD-medewerkers die een promotietraject ambieerden, hebben in de eerste subsidieronde hun kans gegrepen. De GGD heeft hierdoor meer potentieel in huis, meer medewerkers met onderzoekservaring. Deze gepromoveerde medewerkers streven zelf een hoger kwaliteitsniveau na dan voorheen. Soms hebben managers nog moeite om deze toegevoegde expertise productief in te zetten, bijvoorbeeld voor het acquireren van subsidies en het schrijven van onderzoeksvorstellen, maar dat is wellicht een kwestie van tijd. Voor nieuwe onderzoeksprojecten worden aio's of ambitieuze praktijkprofessionals geworven die bij de universiteit een (nul)aanstelling krijgen. Zij gaan op het snijvlak van onderzoek en praktijk aan de slag en leren van het maatschappelijke veld waarin zij terecht komen. Op hun beurt brengen zij wetenschappelijke kennis bij de GGD binnen.

Rol GGD GHOR Nederland

De academische werkplaatsen hebben gedurende acht jaar begeleiding en ondersteuning ontvangen van ZonMw. Vier keer per jaar kwamen de coördinatoren van de werkplaatsen voor overleg bijeen. Ze hebben veel van elkaar geleerd. ZonMw stimuleerde dat. De coördinatoren hebben deze ZonMw-begeleiding altijd zeer gewaardeerd. Omdat het programma Academische Werkplaatsen Publieke Gezondheid in 2014 officieel afloopt, houdt ook de begeleiding vanuit ZonMw op. Vanaf medio 2014 heeft GGD GHOR Nederland die rol deels overgenomen. GGD GHOR Nederland werkt met een structuur van vakgroepen. Omdat de werkplaatsen de onderlinge samenwerking willen continueren, gaan ook zij samen een vakgroep formeren. Via de lijn van de vakgroep kunnen de belangen van de werkplaatsen bij de GGD-directies behartigd worden. GGD-directeuren nemen dit vervolgens mee naar hun thuisorganisatie, zodat managers die belangen concreet kunnen faciliteren. De vakgroep zal ook verbindingen maken met de afdelingshoofden JGZ van de GGD'en en andere vakgroepen van GGD GHOR Nederland, zoals die van Epidemiologie, Gemeentelijk Gezondheidsbeleid en Medische Milieukunde. De bedoeling is om zo epidemiologen, beleidsadviseurs, jeugdartsen en milieudeskundigen enthousiast te maken voor de academiseringsgedachte. Inhoudelijke projecten kunnen aan de verschillende vakgroepen gepresenteerd worden. Kennisdeling wordt hierdoor gestimuleerd.

GGD GHOR Nederland kan de rol van ambassadeur vervullen in het contact met landelijke partners zoals RIVM, ActiZ, VNG en VWS. GGD GHOR Nederland kan bijdragen aan de landelijke zichtbaarheid van de werkplaatsen door op congressen het belang van de samenwerking met universiteiten uit te dragen en te illustreren. Ook in de contacten met VWS kan GGD GHOR Nederland laten zien wat de werkplaatsen opleveren voor het lokale gezondheidsbeleid. GGD GHOR Nederland kan leerstoelen bepleiten bij de KNAW en het belang van maatschappelijk relevant onderzoek door universiteiten zichtbaar maken. Ook kan GGD GHOR Nederland de NSPOH adviseren over de bijscholingsbehoeften van GGD'en die proberen te aca-

demiseren. Meer dan in het verleden kunnen GGD-directeuren een plaats opeisen in het subsidielandschap. Zo kunnen directeuren publieke gezondheid in programmacommissies van ZonMw of NWO zitting nemen. Daar kunnen zij invloed uitoefenen op beleidskeuzes voor onderzoek en eisen stellen aan de samenwerking met onderzoekspartners.

Conclusie

De Academische Werkplaatsen Publieke Gezondheid hebben geleid tot veel dynamiek en chemie tussen beleidsmakers, onderzoekers en professionals. Bij bestuurders, directies en managers is de wil aanwezig om op de ingeslagen weg door te gaan. Er is veel vooruitgang geboekt in termen van kennis-coproductie. Bijscholing is goed van de grond gekomen. De ambitie richt zich op het gaande houden van het grensverkeer. Belangrijk is ook dat partners waaronder primair de GGD de beschikbare budgetten anders gaan inzetten om de infrastructuur te continueren of te versterken. Zij moeten de weg inslaan van 'nieuw voor oud'. Een regionaal R&D-fonds voor de inhoudelijke projecten met heldere afspraken over de op te leveren resultaten zou enorm kunnen helpen. In termen van verankering en continuering moeten de werkplaatsen op de ingeslagen weg doorgaan, koers houden, een tandje bijzetten, gestaag doortrappen, tegenwind weerstaan, om daarna met de wind in de rug de resultaten te delen.



“Hoe ziet succes eruit?
Aspiration is fine, but
implementation is everything”



***Monitoren op
kwetsbaarheid***



AW G4-USER

Een monitor Openbare Geestelijke Gezondheidszorg voor de G4

Het doel van het onderzoek

De monitor voor de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ) is bedoeld om de problematiek van de OGGZ systematisch cijfermatig in beeld te brengen. Het initiatief voor dit onderzoek lag bij Bert van Hemert, tegenwoordig hoogleraar Psychiatrie aan het Leids Universitair Medisch Centrum en Judith Wolf, hoogleraar maatschappelijke zorg in Nijmegen. De feitelijke aanleiding voor het onderzoek vormden aanhoudende discussies over de vraag wat precies de omvang was van de doelgroepen van de OGGZ. Het beeld was heel verwarrend, blikt Bert van Hemert terug. Er was behoefte aan eenduidige cijfers, maar er waren geen eenduidige definities. Zo gaat het in de OGGZ bijvoorbeeld over kwetsbare groepen, zoals daklozen of zorgmijders, maar ook over risicofactoren van kwetsbaarheid in de bevolking als geheel. Daarom ontwikkelden Van Hemert en Wolf samen met de epidemiologen van G4-User een systematiek die de beschikbare cijfers over de OGGZ in de vier grote steden (Amsterdam, Rotterdam, Utrecht en Den Haag) bij elkaar brengt. De academische werkplaats Tranzo heeft dezelfde systematiek omarmd voor andere steden. De monitor OGGZ van de G4 is verdeeld in vijf rijen voor de mate van kwetsbaarheid in de bevolking en acht kolommen met leefdomeinen. De rijen zijn gebaseerd op de OGGZ-ladder

van Judith Wolf. Daarin wordt uitgegaan van vier tredes: trede 1 omvat de gehele bevolking; trede 2 de kwetsbare groepen in de bevolking; trede 3 de mensen die terugvallen op instellingen en trede 4 de mensen zonder dak. Als vijfde rij is de sterfte toegevoegd. De leefdomeinen zijn verdeeld in huisvesting, inkomen & financiën, dagactiviteiten en werk, lichamelijke gezondheid, psychische gezondheid, middelengebruik en verslaving, relaties en veiligheid en justitie. De combinatie van rijen en kolommen levert 40 cellen op. Door deze te vullen met beschikbare cijfers over meerdere jaren, ontstaat een getalsmatig beeld van de OGGZ en van de trends in de vier grote steden. De monitor kan beleidsmakers helpen bij het ontwikkelen van beleid en onderzoekers bij het selecteren en uitvoeren van verdiepende studies.

De waarde van het onderzoek voor de praktijk

Bert van Hemert, hoogleraar Psychiatrie aan het LUMC

Dankzij de monitor heeft de OGGZ in de 4 grote steden een duidelijk gezicht gekregen. Was het moeilijk om de monitor met cijfers te vullen?

“Als het om het beeld van de algemene bevolking en de kwetsbare groepen gaat, kom je een heel eind met cijfers van

het CBS. Spreek je over cijfers van instellingen of mensen die op straat leven, dan heb je meer lokale gegevens nodig. Ook niet alle cijfers zijn voorhanden. Zo hebben we in de grote steden op eenzelfde moment in twee opeenvolgende jaren een winterkoude-onderzoek gedaan in de daklozenopvang. Als het koud is, gaan mensen die op straat leven eerder naar de opvang. Zo krijg je ook de verborgen daklozen in beeld. Bovendien zie je meteen wat de samenstelling is van groepen die hier gebruik van maken. Daar kun je als beleidsmaker op inspelen.”

Wat is het voordeel van deze monitor?

“Het idee voor de monitor is ontstaan uit de verwarring rondom de definities van doelgroepen van de OGGZ. Iedereen deed dat anders. Het is voor het eerst dat we de OGGZ in de vier grote steden systematisch getalsmatig in beeld hebben gebracht. Daarbij zien de grote steden waar problemen overlappen en zij deze mogelijk gezamenlijk kunnen aanpakken. Het gaat ook vaak om problemen die je als gemeente niet alleen kunt oplossen. Met hulp van de monitor kun je op een onderbouwde manier beleid ontwikkelen.”

Kun je met behulp van de monitor ook trends signaleren?

“Dat kan zeker en dat is ook belangrijk. Er is vaak een neiging om in te spelen op problemen die in de mode zijn. Door de monitor voor meerdere jaren te vullen, kun je trends in beeld brengen waar je als beleidsmaker op kunt anticiperen. Dat hebben we voor de meeste indicatoren kunnen doen. Zo zien we bijvoorbeeld een sterke daling van het aantal huisuitzettingen in Utrecht, waar dat aantal in Den Haag en Rotterdam ongeveer gelijk blijft.”

Wordt de monitor al voor beleidsontwikkeling ingezet?

“Vooralsnog zijn het vooral de epidemiologen die enthousiast zijn over dit beleidsinstrument. Door de getalsmatige onderbouwing van de OGGZ is een stap in de goede richting gezet, oordelen zij. Het is een raamwerk dat inzicht biedt in de complexiteit van de OGGZ. Je ziet bovendien veel beter waar we wel en niet iets van weten. Dat kan aanleiding zijn om verdiepend of aanvullend onderzoek te gaan doen. Voor de beleidsmakers hebben we nu de cijfers waar ze altijd om vragen bij elkaar gebracht en inzichtelijk gemaakt. Ik hoop dat zij daardoor geïnspireerd raken.”





*Een vangnet
voor de jeugd*



AWPG BRABANT

Bemoeizorg in de Jeugd- gezondheidszorg: de effecten van Vangnet Jeugd

Het doel van het onderzoek

De Jeugdgezondheidszorg kan kinderen in kwetsbare gezinnen niet altijd via de reguliere weg bereiken. Gezinnen komen niet naar het consultatiebureau en oudere kinderen bezoeken de JGZ-verpleegkundige of jeugdarts niet. "Bij kwetsbare gezinnen gaat het vaak om gezinnen waar sprake is van meerdere problemen, zoals opvoedingsproblemen en werkloosheid. Juist ook de kinderen in deze gezinnen wil de JGZ graag in beeld krijgen en begeleiden", vertelt Carin Rots. Zij is wetenschappelijk beleidsadviseur bij de GGD West-Brabant en onderzoeker binnen de Academische Werkplaats Publieke Gezondheid Brabant, een van de academische werkplaatsen van Tranzo. In de regio West-Brabant besloten GGD en thuiszorgorganisaties om samen met de AWPG Brabant een interventie te ontwikkelen gericht op het bereiken van 0- tot 19-jarige kinderen in kwetsbare gezinnen. Deze bemoeizorg-interventie in de JGZ is in de regio en daarbuiten uitgegroeid tot Vangnet Jeugd. In dit programma werkt de JGZ samen met andere instanties, zoals Zorg Advies Teams op scholen. Het idee is om samen te signaleren welke gezinnen zorg mijden. Is daar sprake van, dan gaat een verpleegkundige JGZ ongevraagd op huisbezoek. "Het komt regelmatig voor dat sprake is van weerstand tegen hulpverleners. In het huisbezoek gaat het in eerste instantie dan ook om het winnen van het vertrouwen." Uitgangspunt van de interventie is dat de JGZ-verpleegkundige uiteindelijk in overleg met het gezin een hulpplan opstelt.

Daarin is ook het toeleiden naar de juiste hulp opgenomen. "JGZ-verpleegkundigen geven zelf aan dat zij graag met dit soort gezinnen werken", zegt Carin Rots. Zij startte in 2009 een groot onderzoek naar de effectiviteit van Vangnet Jeugd. De effectiviteit wordt gemeten aan de hand van drie indicatoren: het welbevinden van het kind (psychische gezondheid), het functioneren van het gezin en het zorggebruik. Volgens de eerste resultaten van het onderzoek, blijkt dat op alle gebieden sprake is van een lichte verbetering. De betrokken organisaties zijn bovendien tevreden over het programma. "Het is een interventie die vanuit de praktijk is opgezet en duidelijk in een behoefte voorziet. Verpleegkundigen vinden dat het hun werk meerwaarde geeft. Nu lijkt de interventie ook effectief. Verder hebben we geconstateerd dat het goed is om langdurig met partijen uit praktijk en wetenschap samen te werken. Zo bouw je steeds meer kennis op."

De waarde van het onderzoek voor de praktijk

Marijke van der Loo is verpleegkundige JGZ bij de GGD West-Brabant en Careyn (onder andere JGZ 0-4 jaar). In haar werk richt zij zich op de zorg voor 0- tot 19-jarigen en past zij de principes van de bemoeizorg toe.

Hoe weet u wanneer gezinnen de zorg mijden en bemoeizorg noodzakelijk wordt?

"Daarvoor is het contact met andere partijen heel belangrijk.



Peuterspeelzalen en scholen kunnen signalen opvangen dat het niet goed gaat met een kind, net als de verloskundige en de huisarts. Als wij die signalen krijgen, gaan wij naar dat gezin toe. Als JGZ-verpleegkundige krijg je daar geen speciale opleiding voor, maar ik vind het zelf wel belangrijk om mensen met meer ervaring in te zetten. Je moet toch weten hoe je zo'n gesprek ingaat en thuis zijn in motiverende gespreksvoering. Ik vind het ook belangrijk dat de supervisie en intervisie goed geregeld zijn en de organisatie voldoende draagkracht heeft. Als JGZ-verpleegkundige heb je goede feedback nodig, het gaat toch om heel belastende casussen."

Hoe reageren gezinnen op een onaangekondigd huisbezoek?

"Stel, we krijgen signalen dat het niet goed gaat met een kind en dat kind heeft bovendien luizen. Dan heb je een ingang voor een gesprek, want ouders willen het probleem met die luizen graag oplossen. Als ik een dergelijke ingang niet heb, begin ik met te vertellen dat wij er zijn voor alle kinderen. Dat is het beginpunt: het kind. Mijn ervaring is dat ouders over het algemeen het beste willen voor hun kind, maar in deze gezinnen is vaak sprake van onmacht en onvermogen. Soms kom je in hele trieste situaties terecht. Het is belangrijk om mensen niet te veroordelen en hen serieus te nemen. Als zij merken dat zij hun verhaal echt kunnen vertellen en er naar hen geluisterd wordt, staan ze ook meer open voor hulp. Het is dus heel belangrijk om het vertrouwen van mensen te winnen, daar begint het mee."

Wat is de volgende stap?

"Als ik vanuit de GGD word ingezet, mag ik officieel vijf huisbezoeken afleggen. In die periode moet helder worden welke hulp eventueel nodig is en hoe ik het gezin daar naar toe kan leiden. Mijn ervaring is dat vijf huisbezoeken erg krap is. In een eenoudergezin waar ik bijvoorbeeld kwam, waren er heel veel problemen met een 11-jarig meisje. Daar zijn veel gesprekken nodig geweest, waar we ook de school bij hebben betrokken. Uiteindelijk is dit meisje verwezen naar een jeugdpsycholoog. Daar stond ze zelf helemaal achter, maar dat vergt dus nogal wat tijd. Je kunt niet na vijf huisbezoeken zeggen: je moet naar die hulpverlener en dan verwachten dat mensen dat meteen doen. Daar moet je ze echt in begeleiden."

Heeft dit programma volgens u een gunstig effect op kwetsbare gezinnen?

"Ik denk zeker dat dit programma zin en effect heeft. Wel denk ik dat voor een groter effect een meer intensieve begeleiding nodig is. Het is toch een kwestie van de lange adem. Zelf ben ik ook betrokken bij het programma voorzorg voor tienermoeders. Daarin worden meisjes begeleid vanaf het moment dat ze zwanger zijn tot twee jaar na de geboorte van het kind. Onderzoek laat zien dat het risico op kindermishandeling door dit programma sterk daalt. Om een vergelijkbaar effect in de bemoeizorg in de JGZ te bereiken, denk ik dat we toch meer tijd moeten investeren in de begeleiding van kwetsbare gezinnen."



Hoofdstuk 6

De programmacommissie Academische Werkplaatsen Publieke Gezondheid: een ondernemende en activistische GGD?!



In dit hoofdstuk:

De programmacommissie voor het ZonMw-programma Academische Werkplaatsen Publieke Gezondheid heeft een belangrijke rol gespeeld in het vormgeven van de academische werkplaatsen. Ook heeft de commissie de academische werkplaatsen negen jaar lang geadviseerd, ondersteund en gevolgd. Hoe kijkt de programmacommissie zelf terug op haar eigen rol? En wat is volgens de programmacommissie noodzakelijk om de academische werkplaatsen te continueren?

De programmacommissie

De programmacommissie Academische Werkplaatsen Publieke Gezondheidszorg is in 2005 ingesteld door ZonMw. De commissieleden hebben een brede achtergrond binnen en buiten de publieke gezondheidszorg. Namens het ministerie van VWS, GGD GHOR Nederland en de VNG nemen waarnemers deel aan de commissie. De commissie was nauw betrokken bij de vorming van de academische werkplaatsen. De commissie vormde samen met het ZonMw-bureau een tandem. Daarbij vervulden zij elk een eigen rol, maar voor het succes van de werkplaatsen waren zij onderling wel afhankelijk van elkaar.

De zelfevaluatie van ZonMw en de programmacommissie

Eind 2014 wordt het ZonMw Programma Academische Werkplaatsen Publieke Gezondheid (AWPG) afgesloten. Uit een zelfevaluatie van het ZonMw-bureau blijkt dat ZonMw een groot arsenaal aan instrumenten heeft ingezet om de werkplaatsen tot een succes te maken. Zo is er groot aantal open subsidierondes en top-down rondes geweest, er is tussentijds geëvalueerd en het landelijk netwerk van coördinatoren is intensief begeleid. Alle werkplaatsen zijn bovendien tweemaal geëvalueerd, verspreidings- en implementatievoorstellen zijn gehonoreerd en er zijn tal van adviezen uitgegaan naar andere ZonMw-programma's en diverse landelijke koepels. In 2014 volgt een onafhankelijke, externe evaluatie. Die gaat in op de

vraag of het programma heeft bijgedragen aan het verzilveren van *practice-based* onderzoek en *evidence-based* handelen voor de publieke gezondheid en het gemeentelijk beleid.

De programmacommissie kijkt vooruit

De voorgaande hoofdstukken en de ZonMw zelfevaluatie laten zien dat de afgelopen jaren veel bereikt is binnen de academische werkplaatsen. Mede dankzij de stimulerende rol van ZonMw is de gewenste infrastructuur een feit. Het grensverkeer tussen onderzoekers en praktijkprofessionals is sterk toegenomen en meer gelijkwaardig en dankzij de introductie van de Klein maar Fijn methode is de relatie met de gemeenten verbeterd. Zowel op het gebied van onderwijs en onderzoek in de praktijk is een enorme vooruitgang geboekt, inclusief een aantal nieuwe leerstoelen.

De vraag is of het succes gecontinueerd kan worden nu de academische werkplaatsen op eigen benen komen te staan. Is daarvoor aan alle voorwaarden voldaan? Zijn de competenties van praktijkprofessionals toereikend? Is met voldoende wetenschappelijke vakgebieden een relatie gelegd? En wordt R&D standaard binnen GGD'en, zodat zij daadwerkelijk als belangrijkste adviseur van gemeenten kunnen optreden? We legden deze vragen voor aan de leden van de programmacommissie tijdens een werksessie op 10 september 2014. Dat leverde niet alleen een levendig debat op, maar ook een reeks serieuze aanbevelingen voor de toekomst van de academische werkplaatsen. Wij zetten ze hier puntsgewijs op een rij.

De competenties:

BOP-pen is voor veel praktijkprofessionals en hun leidinggevendenden nog niet vanzelfsprekend. Zeker, het grensverkeer tussen praktijk, onderzoek en beleid is de afgelopen jaren sterk toegenomen, maar op dit gebied is duidelijk nog winst te boeken. Dat vraagt om een aannamebeleid waarin praktijkprofessionals ook op hun BOP-kwaliteiten worden beoordeeld.

BOP-pen in de praktijk moet niet alleen gestimuleerd maar vooral ook beloond worden. Op verschillende plaatsen in de praktijk is BOP-pen nog te veel een individuele keus zonder extra voordeel. De kans dat zo een cultuur van continu willen

verbeteren ontstaat, is klein. BOP-pen vereist dus managers met lef die medewerkers daarin sturen, ondersteunen en belonen en een cultuur waarin ook fouten gemaakt mogen worden.

Het doorstromen van ambitieuze praktijkprofessionals naar de academische wereld wordt binnen GGD'en nogal eens als een verlies beschouwd. Sommige leden van de programmacommissie oordelen juist dat GGD'en dit moeten faciliteren en stimuleren. De GGD die een dergelijk carrièreperspectief biedt, wordt immers een aantrekkelijke werkgever voor mensen met ambities. Bovendien gaan medewerkers die doorstromen naar een academisch niveau niet verloren voor de publieke gezondheid. Het is belangrijk dat alle partijen dat beseffen.

BOP-pen is niet alleen een taak van praktijkprofessionals. Integendeel. Onderzoekers moeten zich meer verdiepen in de praktijk en niet louter blijven vasthouden aan de regels van de wetenschap. Dankzij de academische werkplaatsen gebeurt dit op steeds meer plaatsen, maar onderzoekers zouden daar nog meer in gestimuleerd kunnen worden. Dat geldt voor alle geledingen in de wetenschap. Of, zoals een commissielid opmerkte: "Ook een hoogleraar moet met zijn hakken in de klei staan."

In het algemeen geldt dat verwondering de grondhouding van praktijkprofessionals en onderzoekers moet zijn. Door je te blijven verwonderen over je werk, blijf je open staan voor veranderingen. Er ontstaat dan eerder een cultuur waarin continu willen verbeteren en willen leren vanzelfsprekend is.

De relatie met andere wetenschappelijke vakgebieden:

Het is duidelijk dat het de afgelopen negen jaar goed gelukt is om een brug te slaan naar andere wetenschappelijke vakgebieden, zoals psychologie, sociale wetenschappen, gezondheidswetenschappen en geneeskunde. Dat is positief, oordeelt de commissie, maar niet voldoende. Juist omdat publieke gezondheid een taak is van lokale overheden en dat takenpakket steeds groter wordt, is meer inzicht in (lokaal) bestuur en beleid vereist. Het aangaan en verbeteren van relaties met wetenschappelijke vakgebieden zoals bestuurskunde, beleidswetenschappen, innovatiemanagement, sociale geografie, culturele antropologie en organisatiekunde is daarom

hard nodig. Ook het verkennen van relaties met vakgebieden die op het eerste oog weinig zinvol lijken, kan zeer leerzaam zijn. Zo kan een technische innovatie als een beweeg-app met een competitie-element erin, mogelijk bijdragen aan gezonder gedrag onder basisschoolleerlingen. Technische innovatie kan dan als vakgebied wel eens een kansrijk perspectief blijken. Daartoe zullen de academische werkplaatsen zichzelf als aantrekkelijke partner moeten presenteren en creatief moeten meedenken in wat de meerwaarde van samenwerking met deze vakgebieden kan zijn.

In het zichtbaar maken van de meerwaarde van de academische werkplaatsen, zijn rolmodellen heel belangrijk. Dat kan variëren van de manager die buiten de gebaande paden durft te treden tot de wethouder die durft te pionieren. Met concrete voorbeelden kunnen zij in de praktijk laten zien wat er mogelijk is in de samenwerking met andere, minder voor de hand liggende vakgebieden. Rolmodellen dienen als voorbeeld voor anderen en kunnen de rest op 'sleeptouw' nemen.

De rol van de GGD:

De academische werkplaatsen treden op dit moment nog onvoldoende naar buiten. De GGD'en laten gemeenten en samenleving onvoldoende zien wat dankzij de academisering van de praktijk bereikt is en wat zij voor gemeenten kunnen betekenen. Voor het continueren van de academische werkplaatsen is daarom meer ondernemerschap vereist. De GGD'en moeten de academische werkplaatsen 'in de markt zetten'. Of, zoals een van de commissieleden opmerkte: "We moeten uit de kast komen."

Zo zouden de academische werkplaatsen een vanzelfsprekende partner van gemeenten moeten zijn in de drie decentralisaties. Gemeenten krijgen daardoor meer taken op het gebied van de jeugdzorg, de ouderenzorg en participatie (inclusief werk). De academische werkplaatsen worden nu nog niet beschouwd als dé aangewezen partij die gemeenten hierin kan faciliteren en ondersteunen. Daarvoor schakelen gemeenten nu nog regelmatig externe adviesbureaus in. Doorgaans komen deze bureaus sneller met een advies, maar ze zijn niet automatisch beter. Bovendien zijn ze duurder en beschikken



ze niet over de data waar de GGD toegang tot heeft. Zeker in de drie decentralisaties kunnen de academische werkplaatsen een goed onderbouwde, beleidsadviserende rol vervullen. Het is zaak dat zij zichtbaar maken dat ze deze rol kunnen vervullen.

De Klein maar Fijn methode kan verder verfijnd en uitgebouwd worden. In een aantal gevallen is één Klein maar Onderzoek voldoende, maar niet alle Klein maar Fijn onderzoeken zijn toereikend. Door bewust een serie Klein maar Fijn onderzoeken te koppelen, kan meer langdurig en diepgaander (promotie-) onderzoek worden vormgegeven. Dat vraagt van GGD'en dat zij een meer samenhangend Klein maar Fijn programma aanbieden. Door achtereenvolgens een serie Klein maar Fijn onderzoeken uit te voeren op één thema kan ook een ambitieuze GGD-medewerker promoveren. En dat tegen relatief lage kosten en geïntegreerd in het dagelijkse werk.

Preventie is niet alleen de taak van de publieke gezondheid. Integendeel. Op landelijk niveau wordt gesproken om preventie los te koppelen van een beroepsgroep. Met andere woorden: preventie is een taak van alle professionals in de zorg. Dit zal consequenties hebben voor de verschillende beroepsgroepen in de (publieke) gezondheidszorg en dus ook voor de GGD. Zo zijn meer algemeen onderlegde en integraal werkende professionals nodig om de gewenste verschuiving van nazorg naar voorzorg te kunnen realiseren²⁹. Voorjaar 2015 zal de Commissie Innovatie Zorgberoepen en Opleidingen, ook wel de commissie Kaljouw, van Zorginstituut Nederland hierover een advies uitbrengen aan VWS³⁰.

Samenvattend ziet de commissie als ideaal een GGD die zich ondernemend en misschien ook wel een beetje activistisch³¹ durft op te stellen. De commissie denkt daarbij aan een GGD die op wetenschappelijke wijze vernieuwende antwoorden geeft of alternatieve oplossingen aandraagt voor maatschappelijke vraagstukken waar gemeenten mee worstelen. Misschien zijn GGD'en iets te ver weggeraakt van de politiek.

“Publieke gezondheid is politiek”, aldus de commissie. Bevolgenheid, maatschappelijk engagement en passie voor het vak zijn nodig om gemeenten en GGD weer dichterbij elkaar te brengen.

²⁹ Zie Plochg T, Keijsers J, van de Goor I, Baaijens H. Verlaag zorgkosten door investeringen in preventie. *Financieel Dagblad* 14 juni 2014

³⁰ Marian Kaljouw is de voorzitter van deze commissie

³¹ Activisme betekent dat mensen hun idealen willen verwezenlijken op buitenparlementaire, maar legale wijze



Hepatitis C terugdringen langs meerdere wegen



SARPHATI INITIATIEF

Het onderzoek naar hepatitis C

Het doel van het onderzoek

De behandelmethoden voor mensen met een hepatitis C virus-infectie zijn de laatste jaren sterk verbeterd. Zodoende heeft het gericht opsporen en screenen van mensen met een verhoogd risico nog meer zin gekregen. Het AMC en de GGD Amsterdam doen al jaren onderzoek op dit terrein en werken hierin samen met de andere partijen van het Sarphati Initiatief, de academische werkplaats publieke gezondheid van Noord-Holland en Flevoland. Het uiteindelijke doel van het onderzoek is meervoudig, namelijk: het tegengaan van de verspreiding van hepatitis C, het verbeteren van de prognose voor mensen met een hepatitis C infectie en daarmee het terugdringen van de ziektelast en de kosten.

Het onderzoek werd opgezet door Maria Prins, hoogleraar Publieke Gezondheid en de epidemiologie van infectieziekten van het AMC. Zij is hoofd van de afdeling Onderzoek bij het cluster Infectieziekten van de GGD Amsterdam. In het onderzoek komen drie lijnen samen, te beginnen met het krijgen van inzicht in het vóórkomen van hepatitis C in Nederland. Daar over was aanvankelijk weinig bekend. "Het was duidelijk dat drugsgebruikers tot de risicogroep behoren, maar we wisten vrij weinig van andere risicogroepen. Zo hebben we onder andere onderzocht of mensen met tattoos en piercings een groter risico lopen op hepatitis C. In Nederland bleek dat niet het geval, mogelijk vanwege de strenge eisen die hier gelden voor tattoo- en piercingsshops. Dat betekent dat je deze groep ook niet hoeft te gaan screenen", vertelt Maria Prins. Inmiddels is Anouk Urbanus gepromoveerd op dit onderzoek naar de epidemiologie van hepatitis C in Nederland. Freke Zuure, on-

derzoeker op de afdeling van Maria Prins, promoveerde op de tweede lijn in het onderzoek: het opsporen van mensen met een verhoogd risico op hepatitis C met behulp van internet. "Wie ga je screening aanbieden en hoe ga je dat doen?", zegt zij. "Ik heb mij gericht op de vraag hoe internet voor screening van risicogroepen voor hepatitis C kan worden ingezet. Nu mijn onderzoek en verschillende andere pilotprojecten in andere regio's zijn afgerond, is het belangrijk om op landelijk niveau beleid te ontwikkelen gericht op opsporing en screening", vertelt Freke Zuure.

In het derde onderdeel van het onderzoek ging het expliciet om opsporing, screening en behandeling van actieve druggebruikers met hepatitis C. "Van de tien injecterende druggebruikers hebben er vijf tot acht hepatitis C", zegt Maria Prins. "Toen er een therapie voor hiv op de markt kwam (1996), hebben we al geconstateerd dat de zorg voor deze groep anders georganiseerd moet worden. Kort nadat in 2001 een goede therapie voor hepatitis C beschikbaar kwam, zijn we hiermee begonnen. In 2005 is de academische werkplaats daar ook bij betrokken. We zijn toen gaan onderzoeken of het behandelen van geïnfecteerde druggebruikers op locatie effectief is, bijvoorbeeld op de plaats waar zij methadon krijgen. Dat bleek inderdaad het geval. In tegenstelling tot wat gedacht werd, zijn actieve druggebruikers dus goed te behandelen."

De waarde van het onderzoek voor de praktijk

Maria Prins, hoogleraar Publieke Gezondheid (AMC) en hoofd Onderzoek cluster Infectieziekten GGD Amsterdam.

Is het contact met de praktijk belangrijk voor het onderzoek?

"Zeker, we konden de resultaten uit het onderzoek ook meteen overbrengen naar die praktijk. Uit het promotieonderzoek van Anouk Urbanus kwam bijvoorbeeld onverwacht naar voren dat mannen met een hiv-infectie regelmatig ook hepatitis C hebben. Op basis van deze bevindingen werd daarna in de soa-polikliniek van de GGD in Amsterdam de standaard screening van deze mannen op hepatitis C ingevoerd. Als een infectie wordt vastgesteld, worden zij overigens naar het ziekenhuis verwezen. Behandeling op locatie geldt alleen voor drugsgebruikers."

Het onderzoek heeft ook geleid tot gericht voorlichtingsmateriaal voor de praktijk?

"Dat klopt. Voor mannen die hiv-geïnfecteerd zijn is er nu een speciale brochure over hepatitis C. Daarnaast hebben we een glossy magazine gemaakt voor druggebruikers. Die glossy is gewijd aan de behandeling van hepatitis C, met ervaringsverhalen van druggebruikers zelf. In de praktijk zie je dat zij regelmatig bang zijn voor deze behandeling die ongeveer een half jaar tot 48 weken duurt. Het magazine kan hen motiveren om de stap toch te zetten."

Krijgt het onderzoek nog een vervolg?

"Ja, dat blijft doorgaan zeker nu er nieuwe middelen beschikbaar komen waarmee je nog korter en effectiever kunt behandelen. Zo is nu bijvoorbeeld een onderzoek gestart naar de kosteneffectiviteit van nieuwe behandelmethoden gericht op

drugsgebruikers. Dat is weer belangrijk voor beleidsmakers, die zo gericht beleid kunnen ontwikkelen."

Titia Heijman is verpleegkundige op de soa-polikliniek van de GGD Amsterdam, waar zij ook het wetenschappelijk onderzoek coördineert. Daarnaast doet zij zelf promotieonderzoek bij de GGD Amsterdam.

Hoe beoordeelt u dit type onderzoek?

"Het is heel goed dat je dankzij dit type onderzoek de wetenschap kunt laten aansluiten bij de praktijk. In mijn functie fungeer ik als schakel tussen onderzoek en praktijk. Ik denk mee over de vertaling van praktijkproblemen naar het onderzoek. Andersom help ik de resultaten van wetenschappelijk onderzoek naar de praktijk te vertalen. Aangezien ik ook in die praktijk samenwerk, weet ik goed wat er wel en niet mogelijk is."

De werkwijze van de soa-polikliniek verandert hierdoor?

"Ja, de uitkomsten van het onderzoek van Anouk Urbanus hebben er bijvoorbeeld toe geleid dat we mannen met hiv standaard op hepatitis C gingen screenen. Maar met screening alleen ben je er niet. Je moet ook nadenken over een goede follow-up, zoals de behandeling en eventuele partnerwarschuwing. In mijn rol ben ik vanuit de praktijk nauw betrokken bij de implementatie van een nieuwe werkwijze. Het is daarbij een groot voordeel dat de lijntjes hier heel kort zijn. Praktijk en onderzoek zitten dicht bij elkaar. Dat is ook handig bij de evaluatie van een nieuwe werkwijze, daar helpt het onderzoek dan weer bij."





Hoofdstuk 7

Verankeren in 10 stappen

In dit hoofdstuk:

Op basis van de voorgaande hoofdstukken over de ontwikkeling van de academische werkplaatsen zetten we hier de belangrijkste wapenfeiten nog eens op een rij. De werkplaatsen zijn goed van de grond gekomen. De grote uitdaging zit nu in de verankering. We onderscheiden 10 essentiële stappen.

Stap 1

R&D-ambitie

Verankeren is afkomstig uit de scheepvaart en betekent letterlijk: met ankers vastleggen zodat het vaartuig voor ongewillige verplaatsing wordt behoed. Verankeren van de academische werkplaats betekent dat we de nieuwe werkwijze willen vastzetten, zodat die werkwijze beklijft en tot de routine gaat behoren. Verankeren is ook altijd het doel geweest van het ministerie van VWS. VWS heeft bij aanvang van het academiseringstraject klip en klaar aangegeven dat "elke GGD **uit eigen middelen en op eigen kracht** een volwaardige Research- & Development (R&D)-component binnen zijn bedrijfsvoering nodig heeft. Samenwerking met een universiteit of een hogeschool moet hier een natuurlijk onderdeel van zijn"³².

De eerste voorwaarde voor verankering is dat GGD-bestuurders beseffen dat de functie R&D een onderdeel van de GGD is. Kennis, expertise en innovatie behoren tot de GGD-basistaken. Om praktijkgerichte onderzoeksvragen op te halen en uit te werken is samenwerking nodig met een universiteit en met partners in het brede veld van de publieke gezondheid. Samenwerking gaat niet vanzelf. Dit moet georganiseerd worden en kost tijd. Verankering is een dynamisch proces en is nooit definitief. Het is dus eigenlijk nooit klaar.

Advies aan het GGD-bestuur en de GGD-directie:

Neem een zorgvuldig afgewogen besluit over het ambitieniveau van de R&D-functie binnen de organisatie. Zie er in de *planning and control* cyclus op toe dat dit ambitieniveau zicht-

baar is in de jaarlijkse begroting en verantwoording. Zorg voor een geleidelijke verschuiving van oud naar nieuw beleid uit eigen middelen.

Stap 2

Van ambitie naar jaarplan

De GGD als trekker van de academische werkplaats deelt haar ambitie met de partners in het bredere kennisnetwerk (de buitenring) van de publieke gezondheid. Vervolgens ligt er de uitdaging om die gedeelde ambitie te vertalen naar een inhoudelijke onderzoeksagenda en een plan van aanpak voor de korte en de langere termijn. Welke kennisvragen willen partners prioriteren en is daar overeenstemming over? Over welke inhoudelijke vraagstellingen kan en wil de universiteit meedenken? Welke *calls* bieden aanknopingspunten voor onderzoeksvoorstellen? Partners werken samen toe naar een concreet jaarplan waarin opgenomen staat welk langlopend onderzoek uitgewerkt gaat worden, hoeveel en welke kortlopende onderzoeken geïnitieerd worden en wie waarvoor verantwoordelijk is onder welke condities (tijd, bijscholing etc.). Op inhoudelijke thema's worden BOP-werkgroepen geformeerd waarin de gewenste expertise aanwezig is. De werkgroepen gaan aan de slag op basis van concrete uitvoeringsplannen. De werkgroepen moeten ervoor zorgen niet teveel hooi op de vork te nemen. Liever één kennisvraag grondig uitgewerkt dan drie half. Wat vandaag niet lukt kan morgen misschien wel. Kansen kunnen geheel onverwachts keren. De stip op de horizon biedt hierbij houvast. Blijf op koers en laat politieke *hypes* voor wat ze zijn. Natuurlijk zijn de jaarplannen niet in beton gegoten. Waar om politieke of opportunistische redenen aanpassingen nodig zijn is flexibiliteit het devies. Creëer dan ruimte voor die adviesfunctie als gemeenten erom vragen.

Advies aan stuur- en werkgroepen van de werkplaats of van het regionale kennisnetwerk:

Evalueer elk jaar. Wat is er terecht gekomen van het gezamenlijke jaarplan? Wat verliep succesvol en wat niet en wat kunnen we hieruit leren? Zorg dat landelijke oproepen (*calls*) van ZonMw, NWO of collectebusfondsen en regionale fond-



sen worden opgemerkt en spreek in gezamenlijk overleg met directie af wie van de GGD-medewerkers actie onderneemt. Maak duidelijk wie wanneer wat moet doen, waarom en hoe. Zorg ook dat je elkaar daarop aanspreekt als de uitvoering niet volgens plan verloopt.

Stap 3

Conditie voor verbinding

Voor het uitwerken van jaarplannen is het nodig dat partijen met elkaar verbonden worden. Volgens Kaats en Ophey³³ zijn er vier elementaire condities om bij een gedeelde ambitie echt met elkaar in verbinding te komen, namelijk: recht doen aan wederzijdse **belangen**, zorgen voor goede persoonlijke **relaties**, professioneel **organiseren**, en voortgang in het **proces**. In de Academische Werkplaatsen Publieke Gezondheid is dit tamelijk complex en geldt de GGD als trekker. Duidelijk zijn ook de aantrekkelijke kanten van samenwerken, zoals Ophey die benoemt: het leidt tot flexibiliteit en meer snelheid, je bundelt krachten, leert van elkaar en draagt samen de risico's. De keerzijde is dat samenwerken tot stroperigheid en daarmee vertraging kan leiden. Mensen begrijpen elkaar soms niet, je bent steeds afhankelijk van andere partners en moet de macht delen. Samenwerken wil dan ook niet altijd lukken. Samenwerken vraagt ook dat partners kunnen balanceren tussen coördinatiewerk en verantwoordingswerk. Er zijn doorgaans meerdere opdrachtgevers. Er moet dus een veilige experimenteerruimte zijn waar de verschillende belangen, de onderlinge relaties, de organisatie en de win-win regelmatig worden besproken. En er moet voldoende onderhandelingsruimte zijn tussen de betrokkenen. Iedereen moet openlijk bereid zijn te geven en te nemen, te halen en te brengen. Zonder transparantie geen garantie voor verankering.

Advies aan de inhoudelijke BOP-werkgroepen:

Voer af en toe een stevig debat over de interpretatie en operationalisatie van R&D. Daarbij gaat het onder andere om de wetenschappelijke kwaliteit, praktische relevantie en beleidsmatige relevantie. Is de GGD op de goede weg wat betreft de

inhoudelijke vernieuwing? Kijk ook naar wederzijdse belangen, persoonlijke relaties, professioneel organiseren en de voortgang van het proces.

Stap 4

Balans kort en lang onderzoek

De ervaring leert dat Klein maar Fijn onderzoek goed aansluit bij de kennisbehoefte van de gemeenten. Gemeenten moeten met hun vragen om kennis terecht kunnen bij hun eigen GGD. De GGD leert hier zelf ook veel van omdat onderzoeksvaardigheden worden opgefrist. Klein maar Fijn wordt in de jaarlijkse routine van de GGD werkzaamheden opgenomen.

Voor het langer lopend onderzoek intensiveert de GGD de verbindinglijnen met de universiteit of andere onderzoeksinstituten. Onderzoeksvoorstellen worden samen uitgewerkt en subsidieaanvragen worden ingediend. Als gevolg van toegenomen grensverkeer tussen alle betrokkenen neemt de expertise toe. Onderzoeksinstituten kunnen zo nieuwe kennis toevoegen aan de internationaal beschikbare wetenschappelijke kennis, vooral via promotietrajecten. De werkplaatsen constateren dat als er onvoldoende promotietrajecten uitgevoerd worden, de mogelijkheden tot samenwerking vanuit de universiteit afnemen. Voor de werkplaatsen zijn promotietrajecten aantrekkelijk vanwege de gedegen aanpak en het contact met bevlogen, talentvolle jonge onderzoekers. Daarom is het zaak dat er binnen de werkplaatsen een goede balans ontstaat tussen kort- en langlopend onderzoek. Dan ontstaat er een win-win situatie voor zowel gemeenten als universiteit. De Academische Werkplaatsen Publieke Gezondheid bestaan daarom bij de gratie van de combinatie van beide typen onderzoek.

Advies aan de academische werkplaatsen:

Bewaak de balans tussen kortlopend en langlopend onderzoek. Beide zijn nodig! Klein maar Fijn levert universiteiten inzicht in de actuele maatschappelijke vraagstukken. Langlopend onderzoek levert GGD en gemeenten kwaliteitsverbetering op.

Stap 5

Kennis delen en communicatie

Voor zowel kort- als langlopend onderzoek is het belangrijk om kennis te delen en goed met elkaar te communiceren van begin tot eind. Bij het delen van kennis is sprake van tweerichtingsverkeer, op basis van gelijkwaardigheid. Kennisdeling moet worden georganiseerd. De werkplaatsen hebben daar inmiddels veel ervaring mee opgedaan. Zij organiseren werkgroepen, seminars, refereerbijeenkomsten, kenniscarrouzels, debatten en congressen. Communicatie is het toverwoord. Die communicatie verloopt goed. Dus het advies luidt: doorgaan op de ingeslagen weg. Ook kennisdeling binnen het landelijk netwerk van werkplaats-coördinatoren, zoals door ZonMw geïnitieerd is, blijft belangrijk. Er is nog wel een forse uitdaging voor de werkplaatsen om vooral de resultaten uit promotietrajecten te blijven delen met andere betrokken partners, na afronding van het onderzoek. Soms beperkt de kennisuitwisseling zich tot een eenmalige presentatie. Dit komt onder andere omdat promovendi vertrekken zodra hun proefschrift klaar is. Kennisdeling vraagt om een meer continue relatie tussen onderzoekers, beleidsmakers en praktijkprofessionals. Dan kan kennis evolueren en toepasbaar worden gemaakt voor de beleidspraktijk. Dat heeft zijn tijd nodig.

Advies aan de GGD:

Denk na over de wijze waarop onderzoeksresultaten uit promotietrajecten kenbaar worden gemaakt en zorg ervoor dat deze resultaten regelmatig besproken worden, ook als de promovendus vertrokken is. Daarmee worden de kansen op toepassing in de praktijk groter.

Stap 6

Collectief leren

Als gevolg van de stappen 1 tot en met 5 neemt het grensverkeer tussen onderzoekers, beleidsmakers en praktijkprofessionals toe. Door het toegenomen grensverkeer ontstaat een proces van collectief leren. Collectief leren is meer dan de som van de leerprestaties van alle individuen die leren. Bij collectief leren gaat het om collectieve kennis die ontstaat door kennis-

coproductie, dus de interactie tussen alle experts. Collectieve kennis brengt de betrokken organisaties op een hoger niveau van kennis en bekwaamheid. En die collectieve bekwaamheid geeft mede vorm aan de gedeelde ambitie en bevordert de verankering. Hierdoor raakt de nieuwe werkwijze geworteld in de GGD-organisatie. Dat is nodig omdat het concept van de academische werkplaats wel eenvoudig bedacht is, maar veel en langdurig energie vraagt van de GGD om succesvol te zijn. Immers, als de infrastructuur is opgebouwd, begint het pas. Het vraagt veel doorzettingsvermogen en langjarig commitment van alle partners. De GGD moet dat als kartrekker met enthousiasme zien vol te houden. Collectief leren biedt de inspiratie hiervoor.

Advies aan GGD-managers:

Moedig medewerkers aan tot grensverkeer. Probeer medewerkers met koudwatervrees te begeleiden. Reflecteer regelmatig op competenties en bijscholingswensen: gaat alles goed, zijn er problemen? Toon oprechte belangstelling, dan voelen medewerkers zich gesteund en gewaardeerd. Probeer te inspireren.

Stap 7

Een R&D-fonds

Naast de kansen die er zijn door landelijke *calls* voor het indienen van onderzoeksvoorstellen, kunnen de samenwerkende GGD'en zelf kansen creëren met een eigen R&D-fonds. Enerzijds omdat de landelijke onderzoeksagenda die via landelijke fondsen wordt uitgezet niet altijd voldoende spoort met de regionale kennisbehoefte. Anderzijds doordat de landelijke competitie onvoldoende bestaanszekerheid biedt voor de regionale kennisdeling en kennisproductie. Het is nadrukkelijk niet de bedoeling dat regio's onafhankelijk van elkaar onderzoek gaan uitvoeren dat beter landelijk uitgevoerd kan worden. Zo kan onderzoek naar de aanpak van laaggeletterdheid wellicht beter landelijk dan regionaal georganiseerd worden. Laaggeletterdheid kan weliswaar in de ene regio meer voorkomen dan in de andere, maar de aanpak ervan zal wellicht bestaan uit een aantal maatregelen die voor Limburg niet veel anders zijn dan voor Groningen of Amsterdam. Het R&D-fonds is vooral bedoeld voor de Klein maar Fijn projecten en de

33 Kaats E. Ophey W. *Leren samenwerken tussen organisaties. Allianties, netwerken, ketens, partnerships.* Kluwer, 2012



onderzoeksvragen die te maken hebben met een specifieke regionale context. De onderzoeksvraag kan niet beantwoord worden zonder de omgevingskenmerken mee te nemen. Zo kent Limburg een mijnwerkersverleden dat geleid heeft tot sociaaleconomische achterstanden, selectieve migratie en demografische scheefgroei. Het armoedeprobleem vraagt dan om een specifieke aanpak, waarbij rekening gehouden moet worden met lage opleiding en inertie. Andere regio's kampen met andere problemen. De aanpak van de gezondheidsproblemen van de Rotterdamse havenarbeiders is van een andere orde dan die van de Marokkaanse jeugd in Utrecht. Landelijke fondsen houden nauwelijks rekening met regionale verschillen in gezondheidsproblemen.

Advies aan de GGD'en en aan GGD GHOR Nederland:

Tast op creatieve wijze de mogelijkheden af voor regionale R&D-fondsen. Gedacht kan worden aan nader te bepalen percentages van decentralisatiebudgetten of van het zorgbudget van de preferente zorgverzekeraar. In het licht van de drie decentralisaties is er alles aan gelegen om goed te monitoren³⁴. Zorgverzekeraars en gemeenten kunnen explicieter en vaker uitgenodigd worden om als opdrachtgever op te treden voor het onderzoeken van inhoudelijke kennisvragen. Uiteraard worden prestatieafspraken gemaakt voor een bepaalde experimenteerperiode. Als gemeenten en zorgverzekeraar niet tevreden zijn, houdt het experiment op.

Stap 8

GGD GHOR Nederland

De GGD'en zorgen ervoor dat de academiseringsopdracht in voldoende mate geagendeerd wordt bij GGD GHOR Nederland. De GGD'en beseffen dat kennis, expertise en innovatie van essentieel belang zijn voor de toekomst van de GGD. De werkplaatsen en kennisnetwerken kunnen hier vorm en inhoud aan geven. GGD'en zullen hun gemeenten hierbij intensiever dan voorheen moeten betrekken. De verbondenheid met het lokale bestuur is van belang voor het draagvlak. En ook voor structurele verankering van beleidsrelevant onder-

zoek binnen het brede sociale domein. GGD GHOR Nederland faciliteert het landelijk coördinatorennetwerk zodat kennisdeling tussen de werkplaatsen kan blijven plaatsvinden. GGD GHOR Nederland kan op landelijke schaal de pleitbezorger zijn van nut en noodzaak van structurele samenwerking in de academische werkplaatsen. Zij kan het landelijk netwerk en daarbinnen vooral de VNG proberen te overtuigen van de maatschappelijke impact van onderzoek dat aansluit bij de kennisbehoeften van gemeenten. GGD GHOR Nederland kan haar positie innemen in de landelijke kennisinfrastructuur en tegelijkertijd als een spin in het web kennis ophalen bij de regionale kennisnetwerken. Dan ontstaat er verbinding tussen de landelijke en de regionale kennisagenda.

Advies aan GGD GHOR Nederland:

Vervul met verve de ambassadeursrol in het contact met alle landelijke spelers zoals RIVM, ActiZ, VNG, VWS, KNAW, NSPOH, ZonMw, NWO. Vraag bij de GGD-directies aandacht voor de noodzaak van de R&D-functie voor de basistaken van de GGD, zoals in de Wet Publieke Gezondheid is vastgelegd. GGD-directeuren kunnen vervolgens in hun thuisorganisatie de randvoorwaarden voor R&D proberen te verstevigen en verankeren.

Stap 9

De burger

Het uiteindelijk doel van de samenwerking is dat de burger er beter van wordt. Vaak betekent dit dat de burger nadrukkelijker betrokken wordt bij onderzoek. Dat kan bijvoorbeeld door de burger te bevragen op verbanden, oorzaken en ervaringen. Dan treedt de burger op als coproductent van kennis. Dat kan belangwekkende inzichten geven die zonder de betrokkenheid van de burger over het hoofd worden gezien. Het kan ook door de burger te vragen naar oplossingen als oorzaken of verbanden bekend zijn. Dan treedt de burger op als coproductent van oplossingen. Kant-en-klare oplossingen zijn er meestal niet. Daarom is het belangrijk de burger mee te nemen in de discussie over verwachtingen die haalbaar en



Burgertop

Op 1 november 2014 wordt in Maastricht de burgertop M200 over zorg en gezondheid gehouden. Om de agenda van deze top te kunnen bepalen, werd op 28 mei 2014 de website www.Maastricht200.nl gelanceerd: hierop kunnen inwoners van Maastricht hun ideeën over zorg en gezondheid aandragen. Een aantal ideeën wordt nader uitgewerkt en tijdens de burgertop zullen 200 burgers daar met elkaar over in debat gaan. Ook zullen zij burgerpanels vormen om de ideeën uit te voeren.

De organisatie van de burgertop ligt in handen van de Universiteit Maastricht, die hierin samenwerkt met de GGD Zuid Limburg en de gemeente Maastricht.

Uitgangspunt vormt het idee dat zorg en gezondheid steeds meer op lokaal niveau geregeld worden. De kennis, ervaring en perspectieven van burgers worden daarbij amper benut. De lokale democratie moet dus versterkt worden, oordeelde Klasien Horstman, hoogleraar Filosofie van de Publieke Gezondheidszorg. Zij startte de organisatie van de burgertop met zes bachelorstudenten. De inspi-

ratie voor het idee van een burgertop werd gevonden in België, in de zogeheten G1000 van de Belgische schrijver en wetenschapper David van Reybrouck. Na de federale verkiezingen in België van 2010 nam hij het initiatief voor een openbare overlegvergadering van gewone burgers over politieke thema's. Het doel was om de politieke discussie een nieuwe impuls te geven en te bewijzen dat de democratie vernieuwd kan worden. Bijzonder was dat burgers voor de burgertop werden geloot, zodat de dialoog niet alleen werd gevoerd door experts en mensen die altijd meedoen aan publieke discussies. De G1000 was een groot succes en geldt internationaal als een belangrijke innovatie in democratie.

De GGD heeft al eerder aangegeven de dialoog met de burger aan te willen gaan en zoekt naar goede manieren om dat te doen. Daarom ondersteunt de GGD nu deze burgertop. Zie: www.Maastricht200.nl en www.g1000.org.

Uit de nieuwsbrief van de AWPG Limburg, mei 2014

34 Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, Gemeentezorg, Randvoorwaarden voor een succesvolle decentralisatie van langdurige zorg naar gemeenten. Den Haag, 2014



betaalbaar zijn. Soms levert dat onvermoede oplossingsrichtingen op. Als de burger een serieuze gesprekspartner is, kan onderzoek voor en door de burgers én in en met de wijk een realistisch toekomstperspectief zijn voor de werkplaatsen.

Advies aan alle beleidsmakers, wetenschappelijke onderzoekers en praktijkprofessionals:

Betrek burgers in het onderzoek. Zoek naar creatieve manieren hiervoor, zoals de burgertop in Maastricht (zie tekstblok pagina 105).

Stap 10

Agendeer dit boekje!!

Nederland is bezig met een heroriëntatie op gezondheid, zorg en ondersteuning. We gaan anders denken over gezondheid. Het gaat niet meer alleen om de afwezigheid van ziekten, maar ook om eigen regie op het leven en participatie. Er zijn ingrijpende veranderingen in het hele zorgstelsel gaande. De rol van mensen zelf, zorgverleners, verzekeraars en de overheid verandert ook. Die veranderende omgeving vraagt om een nieuwe, eigentijdse taakinfilling door de GGD. Dit heeft consequenties voor de inhoud van de publieke gezondheidszorg. De GGD zal nog veel scherper dan voorheen erop moeten toezien dat we 'de goede dingen doen en dat we de dingen goed doen'. Een effectieve en efficiënte uitvoering van de publieke gezondheidszorg is noodzakelijk; het moet zinnig en zuinig. Om dat laatste aantoonbaar te maken is onderzoek nodig in de dagelijkse uitvoeringspraktijk.

Last but not least adviseren wij daarom aan alle GGD-directies om dit boekje te agenderen in de vergadering met het bestuur en het management team (MT). Bestuur en MT kunnen dan tot een weloverwogen besluit komen over nut, noodzaak, inhoud en tempo van hun R&D-ambitie.

Auteurs en leescommissie

De auteurs



Prof dr. ir. Maria Jansen

Vanaf de start in 2006 is Maria Jansen programmaleider van de Academische Werkplaats Publieke Gezondheid Limburg. Ze studeerde Humane Voeding aan de Wageningen Universiteit en begon in 1989 als gezondheidsvoorlichter bij wat destijds nog de GGD Zuidelijk Zuid-Limburg heette. Hier startte ze samen met de Universiteit Maastricht een onderzoek naar mogelijkheden om de veiligheid en mobiliteit van ouderen in het verkeer te bevorderen: een goed voorbeeld van werken op het snijvlak van praktijk, onderzoek en beleid, iets wat haar hele verdere carrière typeert.

Mind the gap: Collaboration between practice, policy and research in local public health, luidt de titel van het proefschrift waarop zij in 2007 aan de Universiteit Maastricht promoveerde. In dit onderzoek richt Maria Jansen zich op het dichten van de kloof tussen wetenschap, praktijk en beleid. In 2014 is zij benoemd tot bijzonder hoogleraar 'Populatiegericht gezondheidsbeleid' aan de Universiteit Maastricht.



Karin Burhenne

Karin Burhenne studeerde in de jaren tachtig journalistiek aan de Academie voor Journalistiek in Tilburg (tegenwoordig Fontys Hogeschool) en werkte aansluitend twintig jaar in de dagbladjournalistiek in Brabant en Limburg. Als journalist specialiseerde zij zich aanvankelijk in de politieke en sociaal maatschappelijke verslaggeving, maar gaandeweg richtte zij zich meer op de gezondheidszorg en de wetenschap.

Tegenwoordig werkt zij als zelfstandig journalist en tekstschrijver en is zij mede-eigenaar van het bedrijf dat zij samen met haar partner oprichtte (BCcommunicatie & tekst). Ook als zelfstandig journalist richt zij zich vooral op de gezondheidszorg en wetenschap. Voor de Academische Werkplaats Publieke Gezondheid verzorgt zij sinds 2006 onder meer website teksten, digitale nieuwsbrieven en publieksvriendelijke samenvattingen van voltooide promotieonderzoeken.



drs. Mizzi Middelweerd

Mizzi Middelweerd studeerde Health & Social Psychology aan de Universiteit Maastricht en Gezondheidszorgpsychologie aan de Radboud Universiteit Nijmegen. Na haar studie werkte ze als onderzoeker op het gebied van HIV- en depressiepreventie en als adviseur en trainer op het gebied van arbeid en gezondheid. Daarnaast was ze gastdocent voor team-skills-trainingen op de TU Delft, om vervolgens te doen wat ze het liefst doet: mensen helpen met het leren managen van hun eigen gezondheid. In deze rol werkt ze nu als psycholoog bij Ciran Amsterdam, een Centrum voor Integrale Revalidatie en Arbeidsactivering Nederland.

Leescommissie

De tekst is voor advies voorgelegd aan een leescommissie, bestaande uit Fons Bovens (directeur Publieke Gezondheid GGD Zuid Limburg), Arthur Eyck (programmasecretaris Academische Werkplaatsen Publieke Gezondheid ZonMw), Kyra Ubaghs (projectmedewerker Academische Werkplaats Publieke Gezondheid Limburg) en Martien van Dongen (namens de Universiteit Maastricht). Op deze plaats willen wij hen heel hartelijk danken voor hun kritische commentaar.

Afkortingen

ActiZ	landelijke organisatie van zorgondernemers	JOGG	Jongeren op Gezond Gewicht
AED	Automatische Externe Defibrillator	KING	Kwaliteits Instituut Nederlandse Gemeenten
AGORA	Academische Werkplaats Publieke Gezondheid voor de regio Gelderland	KNAW	Koninklijke Nederlandse Academie van Wetenschappen
aio	assistent in opleiding	LEFF	Lifestyle, Energy, Fun & Friends
AMC	Academisch Medisch Centrum	LUMC	Leids Universitair Medisch Centrum
AMPHI	AMPHI is een samenwerkingsverband tussen meerdere GGD-en, gemeenten en het Radboud UMC, afdeling Eerstelijngeneeskunde	mbo	middelbaar beroepsonderwijs
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten	MT	managementteam
AWPG	Academische Werkplaats Publieke Gezondheid	NIVEL	Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
BMI	Body Mass Index	NSPOH	Netherlands School of Public & Occupational Health
BOL	beroepsopleidende leerweg	NWO	Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek
BOP	Beleid, Onderzoek en Praktijk	OGGZ	Openbare Geestelijke Gezondheidszorg
BTW	Belasting Toegevoegde Waarde	PH	Public Health
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek	PhD	Doctor of Philosophy
CEPHIR	Centre for Effective Public Health In the larger Rotterdam area (Academische Werkplaats in de regio Rotterdam-Rijnmond)	R&D	Research and Development
CIAO	Consortium voor een Integrale Aanpak van Overgewicht	RGO	Raad voor Gezondheidsonderzoek
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease	RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne
DPG	Directeur Publieke Gezondheid	rVTV	regionale Volksgezondheid Toekomst Verkenning
ELG	Eerstelijngeneeskunde	sd	standaarddeviatie
EMGO+	Instituut voor Extramuraal Geneeskundig Onderzoek	soa	seksueel overdraagbare aandoening
G4-USER	Urban Social Exclusion Research (Academische Werkplaats Openbare Geestelijke Gezondheidszorg van Amsterdam, Den Haag, Rotterdam en Utrecht)	STS	Science & Technology Studies
GGD	Gemeentelijke Geneeskundige Dienst	TNO	Nederlandse Organisatie voor toegepast-natuurwetenschappelijk onderzoek
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg	Tranzo	wetenschappelijk centrum voor zorg en welzijn van Tilburg University
GHOR	Geneeskundige Hulpverlening Organisatie in de Regio	UWV	Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen
hbo	hoger beroepsonderwijs	VNG	Vereniging van Nederlandse Gemeenten
hiv	humaan immunodeficiëntievirus	vo	voortgezet onderwijs
i4i	Instruments for integrated action	VSNU	Vereniging van Samenwerkende Nederlandse Universiteiten
iBMG	instituut Beleid & Management Gezondheidszorg	vso	voortgezet speciaal onderwijs
ICARES	Integrated Crises Alert and Response System	VUmc	Medisch centrum (academisch ziekenhuis en medische faculteit) Vrije Universiteit Amsterdam
ICT	informatie- en communicatietechnologie	VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
JGZ	Jeugdgezondheidszorg	Wmo	Wet Maatschappelijke Ondersteuning
		ZonMw	Nederlandse organisatie voor gezondheids-onderzoek en zorginnovatie





Overzicht Academische Werkplaatsen Publieke Gezondheid

september 2014

Academische Werkplaats Publieke Gezondheid CEPHIR

Adresgegevens

Postbus 70032
3000 LP Rotterdam
<http://www.cephir.nl>

Prof.dr. A. (Lex) Burdorf (Erasmus MC)
e-mail: a.burdorf@erasmusmc.nl

P.F.L.A. (Pascal) Bisscheroux, arts M&G, MPH (GGD Rotterdam-
Rijnmond)
e-mail: pfla.bisscheroux@rotterdam.nl
tel. 010-4339460

Marianne ter Haar, sr. management assistente
tel. 010-4339872

Kernpartners

- Erasmus MC, afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg
- GGD Rotterdam-Rijnmond
Huisman Onderzoekscentrum Infectieziekten en Publieke
Gezondheid is onderdeel van CEPHIR

Geassocieerde partners

- Dienst Gezondheid en Jeugd Zuid-Holland Zuid
- GGD Zeeland
- Soa Aids Nederland
- Stichting Voedingscentrum Nederland

Thema's

- Gezondheidsbevordering
- Jeugdgezondheidszorg
- Sociaaleconomische gezondheidsverschillen
- Integraal gezondheidsbeleid
- Infectieziekten

Academische Werkplaats Publieke Gezondheid AGORA

Adresgegevens

Postbus 8129
6700 EV Wageningen
<http://www.aw-adora.nl>

Dr. Annemien Haveman, coördinator Academische
werkplaats AGORA
tel.nr. 0317-485306/088-4433194
e-mail: annemien.haveman@wur.nl

Dr. J.N. (Joanne) Leerlooijer
e-mail: joanne.leerlooijer@wur.nl

Kernpartners

- GGD Noord- en Oost-Gelderland
- Wageningen UR

Geassocieerde partners

- Caransscoop
- RIVM

Thema's

- Gezondheidsbevordering
- Epidemiologie



Academische Werkplaats Publieke Gezondheid Limburg

Adresgegevens

Postbus 2022
6160 HA Geleen
<http://www.academischewerkplaatslimburg.nl>

Prof.dr.ir. M.W.J. (Maria) Jansen, Programmaleider
tel.nr. 046-8505505/043-3881567
e-mail: maria.jansen@ggdzl.nl

Prof dr. C.J.P.A. (Christian) Hoebe, Infectieziektebestrijding
e-mail: christian.hoebe@ggdzl.nl

Prof.dr. F.J.M. (Frans) Feron, jeugdgezondheidszorg
e-mail: f.feron@maastrichtuniversity.nl

ir. K.M.P. (Kyra) Ubaghs
e-mail: kyra.ubaghs@ggdzl.nl

Kernpartners

- GGD Zuid Limburg
- Maastricht Universitair Medisch Centrum+, School for Public Health and Primary Care (CAPHRI)

Thema's

- Jeugdgezondheidszorg
- Gezondheidsbevordering
- Populatiegericht gezondheidsbeleid
- Infectieziekten
- Preventieve ouderenzorg
- Epidemiologie / data-infrastructuur

Sarphati initiatief: Academische Werkplaats Publieke Gezondheid regio Noord-Holland en Flevoland

Adresgegevens

Postbus 2200
1000 CE Amsterdam
<http://sarfati.nl/>

Prof. dr. A.P. Verhoeff (Arnoud)
e-mail: averhoeff@ggd.amsterdam.nl

Prof. dr. M. Prins (Maria)
tel. 020-5555561/020-5555243
e-mail: mprins@ggd.amsterdam.nl

Kernpartners

- GGD Amsterdam
- AMC, afdelingen Sociale Geneeskunde en Infectieziekten

Geassocieerde partners

- GGD Flevoland, Kennemerland, Gooi- en Vechtstreek, Zaanstreek Waterland en Hollands Noorden
- 1ste Lijn Amsterdam
- SIGRA
- Dienst O&S
- Achmea
- VUmc

Thema's

- Epidemiologie
- Infectieziekten

Academische Werkplaats Openbare Geestelijke Gezondheidszorg G4-USER

Adresgegevens

<http://www.g4-user.nl>

Dr. Erik J.C. van Ameijden, projectleider
tel. 030-2863246
E-mail: e.van.ameijden@utrecht.nl

Drs. Annelies van Loon, Algemeen Coördinator
tel. 030-2863423
E-mail: annelies.van.loon@utrecht.nl

Kernpartners

- GGD Amsterdam
- GG&GD Utrecht
- GGD Rotterdam e.o.
- GGD Den Haag
- VUmc/InGeest
- LUMC
- Erasmus MC
- Radboud UMC

Thema's

- Openbare Geestelijke Gezondheidszorg

Academische Werkplaats Milieu en Gezondheid

Adresgegevens

Postbus 5364
6802 EJ Arnhem
<http://www.academischewerkplaatsmmk.nl>

Dr. Peter van den Hazel, coördinator
e-mail: peter.van.den.hazel@vggm.nl

Dr. Moniek Zuurbier, programmamanager
e-mail: moniek.zuurbier@vggm.nl
tel. 088-355 54 05

Kernpartners

- GGD Gelderland Midden
- Institute for Risk Assessment Sciences (IRAS) van Universiteit Utrecht.

Geassocieerde partners

- GGD Groningen
- GGD Amsterdam
- GGD Zuid Limburg
- GGD Rotterdam
- Bureau Gezondheid, Milieu & Veiligheid van GGD'en Brabant/Zeeland
- Erasmus MC, afdeling Maatschappelijke Gezondheid

Thema's

- Medische milieukunde



Academische Werkplaats JGZ Noord-Holland

Adresgegevens

Postbus 7057
1007 HB Amsterdam
<http://www.vumc.nl/afdelingen/AWJGZ>

Dr. Mariëtte Hoogsteder, coördinator
e-mail: m.hoogsteder@vumc.nl
tel. 020-4445965

Daniëlle van der Aa, MSc, Projectmedewerker
e-mail: d.vanderaa@vumc.nl
tel. 020-4448372

Kernpartners

- VUmc
- GGD Amsterdam
- GGD Hollands Noorden
- GGD Zaanstreek-Waterland
- JGZ Kennemerland

Thema's

- Jeugdgezondheidszorg

Academische Werkplaats Publieke Gezondheid Brabant Tranzo

Adresgegevens

Postbus 90153
5000 LE Tilburg
<https://www.tilburguniversity.edu/nl/onderzoek/instituten-en-researchgroepen/tranzo>

Dr. L.A.M. (Ien) van de Goor, coördinator
tel.nr. 013-4662542
e-mail: L.vandeGoor@uvt.nl

Dr. J.J.P. (Jolanda) Mathijssen, coördinator
tel nr. 013-4663301
e-mail: J.J.P.Mathijssen@uvt.nl

Kernpartners

- GGD Hart voor Brabant
- GGD West-Brabant
- GGD Brabant-Zuidoost
- Tilburg University
- RIVM

Thema's

- Epidemiologie
- Gezondheidsbevordering
- Jeugdgezondheidszorg
- Openbare Geestelijke Gezondheidszorg

Academische Werkplaats Publieke Gezondheid AMPHI

Adresgegevens

Radboudumc
Afdeling Eerstelijngeneeskunde, HP117
Postbus 9101
6500 HB Nijmegen
<http://www.academischewerkplaatsamphi.nl>

Dr. J.L.A. Hautvast (Infectieziekten)
e-mail: jeannine.hautvast@radboudumc.nl

Dr. G. Fransen (Integraal Gezondheidsbeleid)
e-mail: gerdine.fransen@radboudumc.nl
tel.nr. 024-3616332

Kernpartners

- GGD Gelderland-Zuid
- Veiligheids- en gezondheidsregio Gelderland-Midden
- GGD Noord- en Oost-Gelderland
- GGD IJsselland
- GGD Twente
- GGD Hart voor Brabant
- GGD West-Brabant
- GGD Brabant-Zuidoost
- GGD regio Utrecht
- Radboudumc, afdeling Eerstelijngeneeskunde

Thema's

- Infectieziektebestrijding
- Integraal Gezondheidsbeleid

Academische Werkplaats Publieke Gezondheid Noordelijk Zuid-Holland

Adresgegevens

Postbus 121
2300 AC Leiden
<http://www.awpgnzh.nl>

Ir. M. (Margreet) Bekedam, coördinator
e-mail: mbekedam@ggdhm.nl
tel. 088-3084198

Dr. N.J. (Nienke) Terpstra, kenniscentrum
e-mail: nterpstra@ggdhm.nl
tel. 088-3084641

Drs. R. (René) Remeus, secretaris
e-mail: rene.remeus@ggdhaaglanden.nl
tel 06-19293679

Kernpartners

- GGD Haaglanden
- GGD Hollands Midden
- LUMC
- TNO
- Universiteit Leiden

Thema's

- Gezondheidsbevordering
- Jeugd
- Infectieziektebestrijding
- Openbare Geestelijke Gezondheidszorg
- Leefomgeving



Academische Werkplaats Publieke Gezondheid Noord-Nederland

Adresgegevens

Postbus 612
8901 BK Leeuwarden

Dr. J.K. (Jan) Bleeker, coördinator
Tel. 088-2299192
e-mail: J.Bleeker@ggdfryslan.nl

N. (Nynke) van Zanden, projectleider
e-mail: n.van.zanden@ggddrenthe.nl
tel.nr. 0592-306300

Kernpartners

- GGD Drenthe
- GGD Fryslan
- GGD Groningen
- Noordelijke Hogeschool Leeuwarden
- Stenden University
- UMCG, Gezondheidswetenschappen, Sociale Geneeskunde
- RUG, Faculteit Ruimtelijke Wetenschappen, Demografie
- RIVM, Volksgezondheid en Zorg

Geassocieerde partners

- Zorg Innovatie Forum
- Kennis Netwerk Krimp
- Healthy Ageing Network Northern Netherlands

Thema's

- Bevolkingskrimp en gezondheid
- Zorginnovatie
- Evaluatie transitie en transformaties Sociaal Domein



Mizzi Middelweerd, Maria Jansen en Karin Burhenne

Hoge hakken in de klei is het logisch vervolg op **Hoge hakken, lange tenen**, dat in 2011 verscheen. Het eerste deel beschreef de successen van en valkuilen voor de Academische Werkplaatsen Publieke Gezondheid in de jaren na de start in 2006. **Hoge hakken in de klei** neemt de lezer mee naar de situatie anno 2014. Zo wordt duidelijk dat de inspanningen tot nu toe in vruchtbare klei vallen: de investeringen verdienen zichzelf terug. Gastschrijvers Rik Wehrens, Marleen Bekker en Roland Bal van het instituut Beleid Management Gezondheidszorg van de Erasmus Universiteit Rotterdam laten zien dat het 'grensverkeer' tussen beleid, onderzoek en praktijk wel evenwichtskunst vereist. Daarnaast besteedt het boek aandacht aan de Klein maar Fijn methode en de toegenomen betrokkenheid van gemeenten hierbij. **Hoge hakken in de klei** beschrijft ook hoe moeilijk het nog is om de samenwerkingsconstructie duurzaam te laten zijn en te verankeren. De tekst wordt afgewisseld met 'diamantjes'. Dit zijn de verhalen van elf academische werkplaatsen die schitterend illustreren wat er allemaal mogelijk is met academiseren, maar ook hoe moeilijk dat soms is.

Met **Hoge hakken in de klei** willen de auteurs de hand reiken aan organisaties die bezig zijn met academiseren en hierin graag blijvend vooruitgang willen boeken.

"Dit boekje is verplichte kost voor elke GGD. Dit moet geagendeerd worden in bestuur en managementteam", aldus Fons Bovens, directeur Publieke Gezondheid van de GGD Zuid Limburg.

"Het realiseren van een Academische Werkplaats Publieke Gezondheid vergt vasthoudendheid van de coördinatoren. Je bent er niet als de infrastructuur staat, nee, dan begint het pas. Het is een mooi concept, maar je krijgt het niet cadeau. Het verankeren van de structuur is een niet te onderschatten opgave en dit boekje illustreert dat heel goed", vindt Arthur Eyck, programmasecretaris Academische Werkplaatsen Publieke Gezondheid ZonMw.

