



TNO-rapport  
98.013

## Verbetering van de uitvoering van preventie- programma's door GGD'en

Een procedure, uitgewerkt voor jeugdigen uit achterstandsgroepen; deel I: procedure

TNO Preventie en Gezondheid  
Divisie Volksgezondheid

Wassenaarseweg 56  
Postbus 2215  
2301 CE Leiden

Telefoon 071 5 18 18 18  
Fax 071 5 18 19 20

auteurs:

S.A. Reijneveld  
Y.M. Mulder  
m.m.v.  
T. Coenen  
M.E. Stuurman (LVGGD)

datum:  
juni 1998

Alle rechten voorbehouden.  
Niets uit deze uitgave mag worden  
vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt  
door middel van druk, fotokopie, microfilm  
of op welke andere wijze dan ook, zonder  
voorafgaande toestemming van TNO.

Indien dit rapport in opdracht werd  
uitgebracht, wordt voor de rechten en  
verplichtingen van opdrachtgever en  
opdrachtnemer verwezen naar de  
Algemene Voorwaarden voor onderzoeks-  
opdrachten aan TNO, dan wel de  
betreffende terzake tussen partijen  
gesloten overeenkomst.  
Het ter inzage geven van het TNO-rapport  
aan direct belanghebbenden is toegestaan.

© 1998 TNO

Reijneveld, SA

90-6743-534-1

Deze uitgave is te bestellen door het overmaken van *f* 35,25 (incl. BTW) op postbankrekeningnr.  
99.889 ten name van TNO-PG te Leiden onder vermelding van bestelnummer 98.013

<b>INHOUD</b>	<b>pagina</b>
SAMENVATTING	i
INLEIDING EN LEESWIJZER	1
<b>Deel I VERBETERING VAN DE UITVOERING VAN PREVENTIEPROGRAMMA'S DOOR GGD'EN: PROCEDURE</b>	<b>3</b>
1. HET KADER: VERBETERING VAN DE UITVOERING VAN PREVENTIE	3
2. PROCEDURE VOOR DE ONTWIKKELING VAN AANBEVELINGEN TER VERBETERING VAN DOOR GGD'EN UITGEVOERDE PREVENTIE- PROGRAMMA'S	6
2.1 De keuze van een onderwerp	7
2.2 Kennis over doeltreffende preventie en de taken van GGD'en	8
2.2.1 Kennis over effectieve preventie van een gezondheidsprobleem	9
2.2.2 Taken en activiteiten van GGD'en	11
2.3 Aanbevelingen voor de uitvoering van preventie door GGD'en	12
2.4 Begeleidingsstructuur en terugkoppeling naar het veld	13
3. IMPLEMENTATIE VAN DE ONTWIKKELDE AANBEVELINGEN	14
4. DE GEVOLGDE PROCEDURE: EEN BESPREKING	16
4.1 Activiteiten specifiek voor de ontwikkel-fase	16
4.2 Kwaliteit van de procedure en aanbevelingen	18
LITERATUUR bij deel I	19
BIJLAGE I.1 Planning rond de ontwikkeling van aanbevelingen voor preventie door GGD'en	23
BIJLAGE I.2 Overwegingen bij de keuze van het onderwerp "Bevordering van lichamelijke activiteit bij jeugd uit achterstandsgroepen"	25

	pagina	
BIJLAGE I.3	Samenvatting van kennis over de effectiviteit van preventie in het project VUP	31
BIJLAGE I.4	Gezondheidsbevordering onder achterstandsgroepen, specifiek vanuit GGD'en	33
BIJLAGE I.5	Taken van gemeenten wat betreft openbare gezondheidszorg	35
BIJLAGE I.6	Taken van GGD'en rond preventie bij jeugd	37



## SAMENVATTING

Preventieprogramma's die werkzaam zijn onder optimale omstandigheden hebben vrijwel altijd minder resultaat in de dagelijkse praktijk. Het project Verbetering uitvoering preventie heeft tot doel deze uitvoering van preventieprogramma's in de dagelijkse praktijk te verbeteren. Dit gebeurt via de ontwikkeling van aanbevelingen en preventie-standaarden. Doel van het in dit rapport beschreven project was het ontwikkelen van:

- een procedure voor verbetering van de uitvoering van preventieprogramma's door GGD'en;
- aanbevelingen over de uitvoering van één preventieprogramma, bevordering van lichamelijke activiteit onder jeugd, met name uit achterstandsgroepen.

Het project is uitgevoerd door TNO-PG in samenwerking met de Landelijke Vereniging voor GGD'en (LVGGD). Dit deel van het rapport van dit project beschrijft de gevolgde procedure.

De ontwikkelde procedure bestaat uit drie stappen:

- 1 Keuze van een onderwerp (probleem) waarover aanbevelingen worden ontwikkeld. Deze keuze is gebaseerd op de mogelijkheden om gezondheidswinst te halen door verbetering van de uitvoering van een preventieprogramma, de Preventiegids en overleg met betrokkenen uit het veld.
- 2 Maken van een overzicht van de beschikbare kennis over doeltreffende preventie van dit probleem en van de preventieve taken van GGD'en daarbij. Het overzicht van de kennis over preventie is gebaseerd op uitgebreid literatuuronderzoek en overleg met deskundigen. Het overzicht van de preventieve taken van GGD'en is gebaseerd op bestaande overzichten.
- 3 Verwerking van de resultaten van de vorige stap in informatiebladen. Deze informatiebladen vatten de beschikbare kennis samen, geven aanbevelingen en bevatten voorbeelden van in Nederland uitgevoerde preventieve activiteiten.

Een uitwerking van elk van deze stappen wordt gegeven in deel I van dit rapport. De procedure blijkt met enkele kleine wijzigingen goed bruikbaar voor het ontwikkelen van aanbevelingen over de uitvoering van preventieprogramma's door GGD'en.

Met behulp van de ontwikkelde aanbevelingen over de uitvoering van een bepaald preventieprogramma kan de uitvoering door GGD'en van dat programma worden doorgelicht. De resultaten hiervan vormen een handreiking voor verbetering van de uitvoering, als vervolg op het hier beschreven project.

Deel II van dit rapport bevat de resultaten van deze procedure wat betreft één probleem, als voorbeeld van een test voor het hanteren van de ontwikkelde procedure. Gekozen is voor het probleem bevordering door GGD'en van lichamelijke activiteit onder jeugd, in het bijzonder jeugd uit



achterstandsgroepen. De positieve effecten op korte termijn van lichamelijke activiteit zijn voor jongeren voldoende aangetoond om aanbevelingen tot bevordering te rechtvaardigen; over de effecten op langere termijn is dit nog minder duidelijk. Aanbevelingen over bevordering van lichamelijke activiteit betreffen met name de ontwikkeling van activiteiten: argumenten op korte termijn zoals plezier zijn belangrijker voor jongeren dan gezondheidseffecten op lange termijn, de ontwikkeling kan het best planmatig plaats vinden en in overleg met jongeren, en de activiteit is bij voorkeur onderdeel van een breder pakket gezondheidsbevorderende activiteiten. Voor achterstandsgroepen kan bewegen daarnaast een goed middel zijn om integratie en sociale vaardigheden te bevorderen. Per subgroep, bijvoorbeeld voor allochtone jongeren, verschilt de meest effectieve aanpak echter. Het betrekken van intermediairen zoals leerkrachten en sportleiders is daarbij belangrijk.

De beschikbare kennis over gezondheidseffecten en mogelijkheden tot stimulering van lichamelijke activiteit onder jeugd uit achterstandsgroepen worden samengevat in informatiebladen, bijlage 1 bij deel II van het rapport. Het is de bedoeling dat dergelijke informatiebladen worden ontwikkeld voor verschillende onderwerpen en vervolgens worden geïmplementeerd binnen GGD'en.

De vakgroep Jeugd van de LVGGD trad op als begeleidingscommissie van dit gehele project. De ontwikkelde procedure en aanbevelingen zijn daarnaast becommentarieerd door medewerkers van het bureau van de LVGGD en de leden van de projectgroep Jeugd van de LVGGD, en zijn voorgelegd aan een aantal GGD-medewerkers met specifieke deskundigheid op het terrein van het gekozen probleem. Tot slot zijn de procedure en de als voorbeeld geformuleerde aanbevelingen voorgelegd aan en geaccordeerd door het bestuur van de LVGGD.



## INLEIDING EN LEESWIJZER

Preventieprogramma's die werkzaam zijn onder optimale omstandigheden hebben vrijwel altijd minder resultaat na implementatie in de dagelijkse praktijk. Voor sommige programma's en bij sommige groepen is het verschil tussen werkzaamheid en effectiviteit in de praktijk groot. Verbeteringen in de uitvoering kunnen de doeltreffendheid van deze preventieprogramma's vergroten (Schaapveld en Hirasig, 1997; Ruwaard en Kramers, 1997). Dit laatste is het doel van het project Verbetering Uitvoering Preventie (VUP) van TNO Preventie en Gezondheid (TNO-PG). Om dit doel te bereiken worden per preventieprogramma aanbevelingen geformuleerd voor verbetering van de uitvoering. Het project moet de basis vormen voor een systematiek ter verbetering van de uitvoering van preventieprogramma's.

Dit rapport beschrijft de ontwikkeling van aanbevelingen ter verbetering van door GGD'en uitgevoerde preventieprogramma's, een onderdeel van het genoemde project VUP. Enerzijds betreft dit de gevolgde procedure, anderzijds de ontwikkelde aanbevelingen wat betreft een specifiek probleem, bevordering van lichamelijke activiteit onder jeugd. Het is uitgevoerd in samenwerking met de Landelijke Vereniging voor GGD'en (LVGGD). De opbouw van dit rapport is als volgt. Deel I betreft de procedure voor het ontwikkelen van aanbevelingen. In hoofdstuk 1 wordt ingegaan op het project VUP in het algemeen en specifiek op de stappen die zijn gevolgd bij de ontwikkeling van aanbevelingen voor GGD'en. Hoofdstuk 2 geeft aan hoe deze stappen worden uitgevoerd: de keuze van een probleem waarover aanbevelingen worden ontwikkeld, en het vervolgens maken van een overzicht van de taken van GGD'en wat betreft dit probleem en van de kennis over doeltreffende preventie ervan. De aanbevelingen worden vervolgens samengevat in informatiebladen die daarnaast compacte achtergrondinformatie bevatten. Hoofdstuk 3 gaat in op de implementatie van de ontwikkelde aanbevelingen bij GGD'en. Hoofdstuk 4 bevat tot slot een bespreking van de ontwikkelde procedure.

Tijdens deze eerste fase zijn in de meeste stappen van de procedure ook activiteiten ondernomen die specifiek de ontwikkel-fase van het project betreffen en waarschijnlijk niet nodig zijn bij een volgende toepassing van de procedure. Deze delen worden per stap weergegeven onder een kopje 'ontwikkel-fase'. Daarmee wordt ook aangegeven dat deze rapportage een ontwikkelingsproces beschrijft. Op grond van de ervaringen bij het ontwikkelen van de eerste aanbevelingen kan een meer definitieve procedure worden ontwikkeld. Daarop wordt in hoofdstuk 4 ingegaan.

Deel II van dit rapport bevat voorbeelden van de twee eindprodukten die het resultaat zijn van de in deel I beschreven procedure. Dit betreft ten eerste de onderbouwing van aanbevelingen voor de

bevordering van lichamelijke activiteit onder jeugd, met name jeugd uit achterstandsgroepen. Ten tweede betreft die informatiebladen waarin deze aanbevelingen en achtergrondinformatie worden samengevat (bijlage 1).

Delen van deze notitie zijn waarschijnlijk bekend bij veel lezers die (beleidsmatig) betrokken zijn bij of werkzaam zijn in het GGD-veld. Zij kunnen een snel overzicht krijgen van de inhoud van deze notitie door het lezen van de samenvatting, en van deel I hoofdstuk 1, de eerste pagina van hoofdstuk 2, hoofdstuk 3 en de eerste twee alinea's van hoofdstuk 4. De bijlage bij deel II bevat het belangrijkste produkt wat betreft het als voorbeeld gekozen probleem, de feitelijke aanbevelingen ter bevordering van lichamelijke activiteit onder jeugdigen.

## DEEL I VERBETERING VAN DE UITVOERING VAN PREVENTIEPROGRAMMA'S DOOR GGD'EN: PROCEDURE

### 1. HET KADER: VERBETERING VAN DE UITVOERING VAN PREVENTIE

#### *Project Verbetering Uitvoering Preventie (VUP)*

De verbetering van de uitvoering door GGD'en van preventieprogramma's zoals beschreven in dit rapport vindt plaats in het kader van het (grotere) project VUP. Dit project VUP heeft tot doel de uitvoering van preventieprogramma's te verbeteren waarvan is aangetoond dat zij volgens de huidige stand van de wetenschap zinvol zijn om aan de algemene bevolking of aan (risico)groepen binnen de bevolking aan te bieden. Het project VUP moet enerzijds aanbevelingen opleveren voor verbetering van het preventief handelen bij een geselecteerd gezondheidsprobleem. Anderzijds moet het resulteren in een meer algemene procedure om dit preventief handelen te optimaliseren. Deze procedure dient ook bruikbaar te zijn voor andere gezondheidsproblemen.

In het project VUP wordt gebruik gemaakt van bestaande methoden wat betreft kwaliteitsverbetering en toepassen van (nieuwe) kennis in de gezondheidszorg in brede zin (zie o.a. Rutten en Thomas, 1993; Thomas e.a, 1996; Grol e.a. 1994; Rogers 1995; King e.a. 1995; Muir Gray, 1997). Het project heeft niet als doel bij te dragen aan de theorie-ontwikkeling op dit terrein, maar is toepassingsgericht.

De keuze van onderwerpen binnen het gehele project VUP is gebaseerd op een aantal criteria:

- 1 Het moet om een volksgezondheidsprobleem van *voldoende omvang* gaan.
- 2 Er dienen in de literatuur gegevens voorhanden te zijn over de *doeltreffendheid* van het preventieprogramma.
- 3 Er zijn concrete aanwijzingen voor de *doelmatigheid* van het preventieprogramma, de gezondheidsbaten moeten opwegen tegen de kosten.
- 4 Artsen algemene gezondheidszorg (incl. infectieziektenbestrijding), jeugdartsen, sociaal verpleegkundigen en andere medewerkers van GGD'en (gezondheidsvoorlichting, epidemiologie) zijn betrokken bij het preventieprogramma en hebben *behoefte aan de standaarden* die worden ontwikkeld.
- 5 Een verbetering van de uitvoering van preventie via deze aanpak is in principe *haalbaar*.
- 6 Een verbetering van de uitvoering leidt tot een duidelijke *gezondheidswinst*.

Deze zes criteria zijn steeds toegepast met behulp van de informatie uit de Preventiegids (Schaapveld en Hirasings, 1993; 1997). De eerste drie criteria vormen ook de basis voor opname van onderwerpen in

de Preventiegids. De laatste drie criteria betekenen ten opzichte de Preventiegids een afperking tot preventieprogramma's die worden uitgevoerd in de openbare gezondheidszorg.

#### *Terminologie en positionering*

In dit rapport wordt gesproken over 'aanbevelingen' voor het handelen van GGD'en bij een bepaald gezondheidsprobleem. Hiermee wordt geduid op adviezen over de uitvoering van activiteiten, in dit geval preventieprogramma's, waarbij meerdere disciplines een zelfstandige rol hebben.

Van protocollen wordt niet gesproken omdat deze in het algemeen specifiek zijn toegesneden op één bepaalde werksituatie, bijvoorbeeld één bepaalde GGD. De aanduiding 'standaarden' wordt met name gebruikt voor een onderling binnen of tussen beroepsgroepen overeengekomen uitvoeringsniveau dat geschikt is voor een bepaalde populatie (Sander e.a., 1995; Hirasing e.a., s.a.; Thomas e.a., 1996; Grol e.a., 1995). Veelal betreffen deze standaarden één beroepsgroep of gaan uit van één beroepsgroep.

Een aan 'aanbevelingen' gerelateerd begrip betreft tot slot 'richtlijnen'. Hiermee wordt veelal een systematisch onderbouwde aanbeveling voor het handelen in de praktijk wordt aangeduid (Duff e.a., 1996). Ook binnen het project VUP wordt gestreefd naar aanbevelingen die wetenschappelijk onderbouwd zijn, maar gezien de grote variatie in de GGD-praktijk, samenhangend met lokale omstandigheden, heeft het woord 'richtlijnen' een te prescriptief karakter. In paragraaf 4.2 van deel I wordt uitgebreider ingegaan op de gevolgde aanpak in het project VUP.

#### *Ontwikkel-fase*

De zes criteria en de inhoudelijke informatie uit de Preventiegids (Schaapveld en Hirasing, 1993; 1997) leveren een aanzienlijk aantal preventieprogramma's op waarvan de uitvoering kan worden verbeterd. Tijdens de ontwikkeling van een procedure om te komen tot aanbevelingen kunnen echter slechts enkele problemen worden aangepakt. Daarom is in overleg met verschillende veldorganisaties een selectie gemaakt uit het grote aantal beschikbare onderwerpen, waarbij is gelet op een voldoende spreiding wat betreft de aard van de geselecteerde preventie-programma's. Besloten is om het project te richten op de volgende drie problemen:

- verbetering van de uitvoering door GGD'en van preventieprogramma's in het bijzonder onder achterstandsgroepen;
- verbetering van HBsAg screening van zwangeren en vaccinatie van kinderen van HBsAg-positieve moeders tegen het Hepatitis-B virus;
- verbetering van de uitvoering van de screening op gehoorafwijkingen (Ewing/CAPAS) in de jeugdgezondheidszorg.

Dit rapport betreft verder het eerstgenoemde onderwerp, verbetering van de uitvoering van preventieprogramma's door GGD'en, in het bijzonder onder achterstandsgroepen. Als eerste is gekozen voor verbetering van de bevordering van lichamelijke activiteit onder jeugd, in het bijzonder jeugd uit achterstandsgroepen.

## 2. PROCEDURE VOOR DE ONTWIKKELING VAN AANBEVELINGEN TER VERBETERING VAN DOOR GGD'EN UITGEVOERDE PREVENTIEPROGRAMMA'S

Aanbevelingen voor de verbetering van door GGD'en uitgevoerde preventieprogramma's zijn ontwikkeld in een aantal stappen. Deze stappen zijn:

- 1 Keuze van een onderwerp (probleem) waarover aanbevelingen worden ontwikkeld. Deze keuze is gebaseerd op de algemene keuze-criteria voor het project VUP (hoofdstuk 1): mogelijkheden om gezondheidswinst te halen door verbetering van de uitvoering van een preventieprogramma, informatie in de Preventiegids en overleg met betrokkenen uit het veld.
- 2 Maken van een overzicht van
  - de kennis over doeltreffende preventie van het gekozen probleem, en
  - de preventieve taken van GGD'en wat dit betreft.

Het overzicht van kennis over doeltreffende preventie is gebaseerd op uitgebreid literatuuronderzoek en overleg met deskundigen. Het overzicht van de preventieve taken van GGD'en is gebaseerd op bestaande overzichten.

- 3 Verwerking van de resultaten van de vorige stap in informatiebladen met aanbevelingen. Deze informatiebladen bevatten verder voorbeelden van in Nederland uitgevoerde preventieve activiteiten om het gebruik van de aanbevelingen in de praktijk te ondersteunen.

Deze procedure is uitgetoetst wat betreft één probleem.

Essentieel voor de kans op invoering van de ontwikkelde aanbevelingen zijn hun kwaliteit en toepasbaarheid en de mate waarin tijdens en na hun ontwikkeling terugkoppeling heeft plaats gevonden naar het (GGD-)veld (King e.a. 1995; Grol e.a. 1995). Om het laatste te bereiken is de ontwikkeling van aanbevelingen begeleid en gefaciliteerd door een groep personen die werkzaam zijn bij GGD'en. Vervolgens zijn zowel de algemene systematiek voor de ontwikkeling van aanbevelingen als de aanbevelingen rond het gekozen probleem voorgelegd aan het LVGGD-bestuur.

### *Ontwikkel-fase*

In de ontwikkel-fase is tevens nagegaan hoeveel tijd nodig is voor de verschillende stappen, in een strak gehanteerd tijdschema. Bijlage I.1 geeft aan hoe de tijdsplanning van de verschillende activiteiten was in de eerste ronde van het project VUP, GGD-deel.



## 2.1 De keuze van een onderwerp

Eerste stap bij de ontwikkeling van aanbevelingen ter verbetering van de uitvoering van preventieprogramma's is de keuze van het onderwerp waarover aanbevelingen worden ontwikkeld: een gezondheidsprobleem, en eventueel een specifieke doelgroep. De algemene keuze-criteria en keuze-procedure voor het gehele project VUP vormen hiervoor de basis (zie hiervoor hoofdstuk 1). Bij de toepassing van deze criteria wordt gebruik gemaakt van de Preventiegids (Schaapveld en Hirasings, 1993, 1997).

### *Ontwikkel-fase*

Bij de ontwikkeling van een procedure voor verbetering van GGD-preventieprogramma's is gekozen om aanbevelingen te ontwikkelen voor de uitvoering van deze programma's onder achterstandsgroepen (zie hoofdstuk 1). Uit de literatuur (Schaapveld en Hirasings, 1993, 1997) is bekend dat met name de uitvoering van programma's die gebruik maken van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO) bij deze groepen moeilijk is. Daarom is, in overleg met de LVGGD, besloten om als eerste aanbevelingen te ontwikkelen rond een probleem waarbij in de preventie gebruik wordt gemaakt van GVO en, breder geformuleerd, gezondheidsbevordering. Vervolgens is vooral aandacht besteed aan jeugd uit achterstandsgroepen, vanwege de gekozen begeleidingsstructuur.

Twee keuzen moesten vervolgens nog worden gemaakt: het specifieke gezondheidsprobleem en de specifieke achterstandsgroep(en) waarover aanbevelingen worden ontwikkeld. Ook deze twee keuzen zijn gemaakt op basis van de genoemde criteria. Eerst is nagegaan bij welke GGD-preventieprogramma's gebruik wordt gemaakt van GVO en welke achterstandsgroepen er in landelijke beleid worden onderscheiden. De resultaten hiervan zijn samengevat in een notitie (bijlage I.2).

Vervolgens is gekozen voor het onderwerp 'bevordering van lichamelijke activiteit onder jeugdigen uit achterstandsgroepen'. Jeugdigen uit achterstandsgroepen zijn daarbij met name jeugdigen met een lage sociaal-economische status (SES) of van niet-Nederlandse herkomst (d.w.z. jeugdigen die zelf of waarvan minstens een ouder is geboren in Marokko, Turkije, Suriname of de Nederlandse Antillen). Soms overlappen deze beide groepen: veel jeugdigen van niet-Nederlandse herkomst hebben een lage SES, maar ook andere factoren spelen bij de gezondheidsachterstand van Nederlanders van niet-Nederlandse herkomst een rol (Reijneveld 1998). Daarnaast is bij gezondheidsbevordering het land van herkomst, onafhankelijk van SES, veelal van belang voor de te kiezen aanpak. Daarom wordt in de aanbevelingen soms toch een onderscheid gemaakt tussen SES en etniciteit.

Deze keuze is gemaakt in overleg met deskundigen uit het veld (de project- en vakgroep Jeugd van) de LVGGD, op basis van de notitie in bijlage I.2. Overwegingen bij deze keuze waren dat het problemen

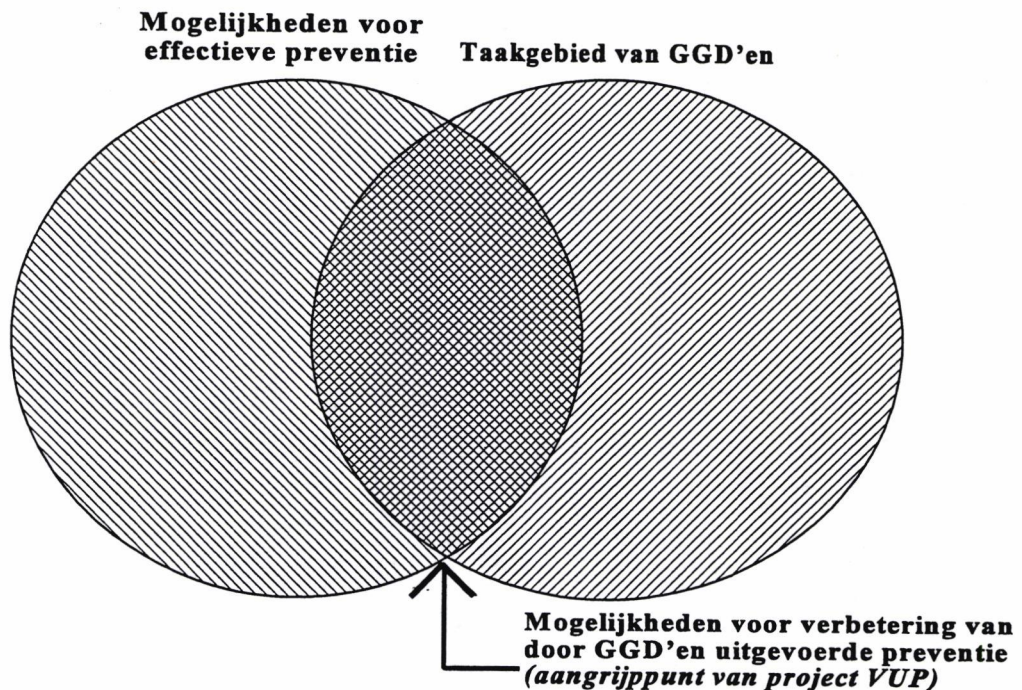
en aandachtgroepen moest betreffen waarmee alle GGD'en (in principe) worden geconfronteerd en waarvoor op dit moment geen op GGD'en toegesneden aanbevelingen beschikbaar zijn.

## 2.2 Kennis over doeltreffende preventie en de taken van GGD'en

In de tweede stap van het project VUP wordt een overzicht gemaakt van de beschikbare kennis over doeltreffende preventie van het in de eerste stap gekozen probleem en van de preventieve taken van GGD'en wat dit betreft. De combinatie van beide laat zien welke bewezen effectieve mogelijkheden voor uitvoering van preventie een GGD in theorie heeft. Een voorbeeld kan dit verduidelijken: overgewicht bij kinderen kan bijvoorbeeld worden tegen gegaan door voorlichting over gezonde voeding, aanbieden van sportfaciliteiten en medicatie. De beschikbare wetenschappelijke literatuur laat zien dat niet al deze activiteiten effectief zijn of dat ze ongewenste neven-effecten hebben. Kennis over het taakgebied van GGD'en geeft vervolgens een inperking van de mogelijkheden tot preventie *door GGD'en*. Een GGD kan bijvoorbeeld wel voorlichting over gezonde voeding aanbieden, maar schrijft geen medicatie voor ter verlaging van lichaamsgewicht. Ook verbetert een GGD geen buitenschoolse sportfaciliteiten maar ze kan over dat laatste wel adviseren aan gemeenten.

De figuur vat samen hoe de mogelijkheden voor preventie van een gezondheidsprobleem door een GGD samenhangen met de beschikbaarheid van (effectieve) mogelijkheden voor beïnvloeding van het probleem en met het taakgebied van GGD'en. De overlap van beide bepaalt de mate waarin bewezen effectieve preventie van een bepaald specifiek probleem voor een GGD mogelijk is. Veelal is deze overlap klein. Ten eerste zijn er veel mogelijkheden beschikbaar voor preventie van een probleem maar slechts een deel daarvan is bewezen effectief en uitvoerbaar voor GGD'en. En GGD'en hebben een breed taakgebied waarbij slechts een klein deel preventie van het betreffende probleem betreft. Toch is juist in die overlap de gezondheidswinst te behalen wat betreft verbetering van de uitvoering van een bepaald preventieprogramma.

**Figuur** Mogelijkheden voor verbetering van de uitvoering van preventie door GGD'en op grond van kennis over effectieve preventie en over het taakgebied van GGD'en



### 2.2.1 Kennis over effectieve preventie van een gezondheidsprobleem

Kennis over effectieve preventie van een gezondheidsprobleem wordt zoveel mogelijk verkregen uit de beschikbare literatuur. Een gezondheidsprobleem kan daarbij zowel een concrete ziekte of beperking zijn als een kenmerk dat leidt tot een verhoogde kans op één of meerdere ziekten of beperkingen, een risico-factor of -indicator. De te verzamelen informatie betreft het benodigde onderzoek (naar de aard, omvang en spreiding van het probleem), de mogelijkheden voor het voorkomen en oplossen van het probleem (preventie, behandeling, advisering, verwijzing, etc.) en de benodigde activiteiten om het probleem te volgen (follow-up en monitoring). Steeds gaat het hierbij enerzijds om de beschikbare mogelijkheden en anderzijds om de werkzaamheid en effectiviteit daarvan.

### Schema 1

Elementen waarover informatie nodig is voor de ontwikkeling van aanbevelingen voor preventie van gezondheidsproblemen, per individu en per groep

<i>type probleem onderdelen van aanbeveling</i>	per individu	per groep	coördinatie & beleidsontwik- keling
onderzoek / signalering	diagnostiek	probleem beschrijving ("community diagnostics")	
voorkomen / oplossen	behandeling / advies / verwijzing etc.	bescherming / bevordering / preventie van probleem	
volgen (van de ontwikkeling van het probleem)	follow-up per persoon	monitoring van probleem in groep	

De geschetste aanpak, verzameling van de beschikbare kennis over de trias *onderzoeken - voorkomen/oplossen - volgen* geldt zowel voor gezondheidsproblemen die zich op individueel niveau als op groepsniveau presenteren, zie schema 1. Wat betreft individu-gebonden zorg gebeurt hetzelfde bijvoorbeeld ook in het kader van de ontwikkeling van richtlijnen voor huisartsen, de NHG-standaarden (Rutten en Thomas, 1993; Thomas e.a, 1996). Een voorbeeld van een probleem dat zich presenteert per individu is de preventie van hart- en vaatziekten via het tijdig opsporen en behandelen van een te hoog cholesterol-gehalte bij patiënten die de huisarts raadplegen ("case-finding"). Sommige interventies betreffen door hun aard echter primair groepen, zoals voorlichting via massa-media of bescherming van de gezondheid via collectieve activiteiten zoals verbetering van de veiligheid van wegen. Veel van de activiteiten die bij GGD'en op individueel niveau worden uitgevoerd, zoals preventieve gezondheidsonderzoeken (PGO's) zijn gericht op problemen die op groepsniveau zijn gesignaleerd.

Bij interventies die groepen betreffen zijn door de omvang van de benodigde activiteiten vaak veel verschillende personen en organisaties betrokken. Binnen de preventieve jeugdgezondheidszorg betreft het bijvoorbeeld onder andere verpleegkundigen, jeugdartsen, epidemiologen, GVO-ers en beleids-makers. Coördinatie en expliciete beleidsontwikkeling zijn daardoor bij groepsgerichte activiteiten essentieel. Daarmee kan tevens een goede afstemming worden bereikt tussen activiteiten op individueel en op groepsniveau. Deze activiteiten kunnen immers elkaars werking versterken. Aandacht tijdens PGO's voor de risico's van roken kan bijvoorbeeld het effect van groepsgerichte voorlichtings-campagnes versterken.



Kennis over de mogelijkheden voor en effectiviteit van elk van deze stappen wordt verzameld uit de literatuur. Waarschijnlijk is voor veel activiteiten geen informatie beschikbaar over de effectiviteit op basis van kwalitatief uitstekend interventie-onderzoek. In deze gevallen wordt de betreffende informatie wel gebruikt, maar wordt aangegeven dat ze minder hard is (Gyorkos e.a., 1994; Hadorn e.a., 1996). Bij ontbrekende wetenschappelijke kennis kan soms gebruik worden gemaakt van consensus onder deskundigen uit het veld. De samenvatting van de beschikbare wetenschappelijke kennis wordt beperkt tot de instrumenten die GGD'en hebben om een probleem te beïnvloeden. In bijlage I.3 wordt aangegeven hoe de wetenschappelijke kennis wordt verzameld en samengevat.

### *Ontwikkel-fase*

In de ontwikkel-fase van de procedure is daarnaast een kort overzicht gemaakt over de uitvoering van gezondheidsbevordering door GGD'en onder achterstandsgroepen. Dit overzicht wordt weergegeven in bijlage I.4. Hoofdstuk 1 van deel II bevat een samenvatting van de kennis over de gezondheidseffecten van en de bevordering van lichamelijke activiteit, specifiek bij jeugd. Ook daarin ligt een accent op jeugd uit de gekozen achterstandsgroepen (lage SES en niet-Nederlandse herkomst).

#### 2.2.2 Taken en activiteiten van GGD'en

Preventie en vangnet-taken vormen een belangrijk onderdeel van de taken van gemeenten binnen de openbare gezondheidszorg. GGD'en voeren een groot deel van die taken uit, deels op wettelijke basis. Preventie is daarbij een kerntaak en het aangrijppunt van het project VUP. Ook andere GGD-taken kunnen echter de basis vormen voor uitvoering van preventie, bijvoorbeeld vangnet-taken onder achterstandsgroepen. Ze worden daarom zijdelings wel betrokken in het project VUP. Schema 2 biedt een overzicht van de taken van GGD'en op het terrein van preventie. Dit overzicht volgt het stramien van het algemene kader voor de ontwikkeling van aanbevelingen zoals aangegeven in schema 1. Bijlage I.5 bevat een overzicht van de taken van gemeenten binnen de openbare gezondheidszorg. In schema 2 wordt het accent gelegd op preventief handelen naar groepen. Een aantal van de genoemde activiteiten kunnen in hun invulling echter ook individuen betreffen. In dat geval geldt dat er bijvoorbeeld ook per individu de aard en omvang van het probleem moet worden nagegaan. Als bijvoorbeeld uit epidemiologisch onderzoek duidelijk is dat onder buiten Nederland geboren kinderen veel spraakproblemen voorkomen, kan dat een reden zijn om deze kinderen extra uit te nodigen voor een screening. Per kind moet vervolgens worden nagegaan of dat specifieke kind een spraak-probleem heeft.

## Schema 2

Taken van GGD'en die relevant zijn voor (de ontwikkeling van aanbevelingen over) hun preventief handelen

<i>onderdelen van aanbeveling</i>	
<b>onderzoek / signalering</b> - epidemiologie	<b>coördinatie &amp; beleidsontwikkeling</b> advisering beleidsvoorbereiding afstemming met curatie en (overige) preventie evaluatie
<b>voorkómen en oplossen van probleem</b> - preventie volksziekten (incl. bevolkingsonderzoeken) - jeugdgezondheidszorg - opvoedingsondersteuning - preventieve (jeugd)tandzorg - preventieve logopedie - gezondheidsinformatie - infectieziektebestrijding - medische milieukunde - sanitaire controles - psychohygiëne - GVO	
<b>volgen van de ontwikkeling van het probleem</b> - dossier-vorming - epidemiologie	

### *Ontwikkel-fase*

In de ontwikkel-fase zijn aanbevelingen ontwikkeld voor verbetering van de uitvoering van gezondheidsbevordering rond een bepaald probleem bij jeugd, in het bijzonder jeugd uit achterstandsgroepen. Deze aanbevelingen moeten zijn gebaseerd op een uitwerking van het algemene kader van schema 2. Het gaat nu immers om verbetering van de uitvoering van een bepaalde preventieve activiteit van GGD'en, gezondheidsbevordering via met name gezondheidsvoorlichting (GVO), bij jeugd. Bijlage I.6 bevat een voorbeeld van een dergelijke uitwerking wat betreft activiteiten van GGD'en die zijn gericht op preventie bij jeugd. Bijlage I.4, al eerder genoemd, vat samen wat er bekend is over gezondheidsbevordering onder achterstandsgroepen.

### 2.3 Aanbevelingen voor de uitvoering van preventie door GGD'en

De combinatie van kennis over de doeltreffende preventie van een gezondheidsprobleem en kennis over de taken van GGD'en wat dit betreft leidt tot de feitelijke aanbevelingen over de uitvoering van

preventie door GGD'en. Deze aanbevelingen zijn gestructureerd volgens de in schema 2 genoemde taken van GGD'en. Ze worden weergegeven in informatiebladen, met daarbij voorbeelden van projecten die al eerder zijn uitgevoerd. De bijlage van deel II bestaat uit een voorbeeld van dergelijke informatiebladen over één specifiek probleem, bevordering van lichamelijke activiteit onder jeugd, met name jeugd uit achterstandsgroepen. Het is de bedoeling dat dergelijke informatiebladen worden ontwikkeld voor verschillende onderwerpen en vervolgens worden geïmplementeerd binnen GGD'en.

#### **2.4 Begeleidingsstructuur en terugkoppeling naar het veld**

Essentieel voor de kans op invoering van de ontwikkelde aanbevelingen zijn hun kwaliteit en toepasbaarheid en de mate waarin tijdens en na hun ontwikkeling terugkoppeling heeft plaats gevonden naar het GGD-veld (King e.a. 1995). Om dit te waarborgen:

- dienen de aanbevelingen te worden opgesteld in overleg met deskundigen op het betreffende terrein;
- is hechte samenwerking nodig tussen bureau van de LVGGD en wetenschappelijk instituut;
- is een begeleidingscommissie noodzakelijk bestaande uit deskundigen wat betreft de verschillende disciplines die binnen GGD-en bij het gekozen probleem zijn betrokken;
- dient raadpleging plaats te vinden van (een steekproef van) GGD'en;
- dient een oordeel over de ontwikkelde aanbevelingen te worden gegeven door een toetsend orgaan, i.c. het bestuur van de LVGGD.

##### *Ontwikkel-fase*

De eerste fase van het project VUP is begeleid door de vakgroep Jeugd van de LVGGD. In deze vakgroep zijn de verschillende relevante disciplines vertegenwoordigd. In deze ontwikkel-fase leek het voorleggen van de ontwikkelde aanbevelingen aan een aselechte steekproef van relevante GGD-medewerkers een te grote stap, ervan uitgaande dat waarschijnlijk vrij fundamenteel commentaar op sommige punten nodig was. Daarom is op advies van de beleidingscommissie een aantal deskundigen uit het veld geraadpleegd. Vakdeskundigen op het gekozen onderwerp, lichamelijke activiteit bij jeugd en achterstandsgroepen, waren voldoende beschikbaar binnen TNO-PG. Daarom is in de ontwikkel-fase geen commissie van (externe) vakdeskundigen ingesteld ter bewaking van de vakinhoudelijke kwaliteit. Tot slot zijn zowel de algemene systematiek voor de ontwikkeling van aanbevelingen als de aanbevelingen rond het gekozen probleem voorgelegd aan het LVGGD-bestuur, na advisering door de projectgroep Jeugd van de LVGGD.



### 3. IMPLEMENTATIE VAN DE ONTWIKKELDE AANBEVELINGEN

Implementatie van de ontwikkelde aanbevelingen betreft ten eerste verspreiding ervan en informering van het veld over de inhoud van de aanbevelingen. Vervolgens moet er ondersteuning zijn bij het feitelijk gebruik van de aanbevelingen. Tot slot moeten aangepaste werkprocedures in stand worden gehouden en zo nodig aangepast aan nieuwe wetenschappelijke inzichten (Grol e.a., 1995; Thomas e.a., 1996; Muir Gray, 1997).

#### *Verspreiding en informering*

Nadat aanbevelingen zijn ontwikkeld dient het GGD-veld te worden geïnformeerd over de inhoud van deze aanbevelingen en te worden ondersteund bij het gebruik ervan, zo mogelijk als onderdeel van al lopende kwaliteitstrajecten. Informeren van het veld kan plaats vinden door toezending van de aanbevelingen aan alle GGD'en, aan relevante vakgroepen van de LVGGD en aan relevante beroepsverenigingen. Verder kan een artikel worden geplaatst in GGD-nieuws, het informatieblad van de LVGGD, en kunnen de aanbevelingen worden geplaatst op de web-site van de LVGGD. Tot slot kan informering van gemeenten en andere gemeentelijke of gemeenschappelijke diensten bijdragen aan de implementatie van de ontwikkelde aanbevelingen.

#### *Ondersteuning bij gebruik*

Ondersteuning bij het gebruik van de aanbevelingen in de praktijk kan plaats vinden op een aantal manieren. Ten eerste kunnen de activiteiten van een bepaalde GGD wat betreft het gekozen probleem worden vergeleken met de aanbevelingen. Welke van de potentieel effectieve activiteiten worden niet uitgevoerd, en welke activiteiten zonder bewezen effectiviteit wel? Verbetering van de uitvoering van preventie binnen GGD'en gaat immers uiteindelijk over het handelen binnen afzonderlijke GGD'en wat betreft een specifiek probleem bij een bepaalde groep. Voor inzicht in de mogelijkheden tot verbetering bij die GGD moet ook bekend zijn in welke mate het probleem vóórkomt in de betreffende regio en de aanpak ervan prioriteit heeft, en wat de GGD en andere instellingen binnen die regio al doen met dat probleem. Dit geldt des te meer voor achterstandsgroepen, omdat veel van de taken van GGD'en wat betreft deze groepen complementair zijn aan de reguliere zorg (NRV, 1991; VWS, 1996). Op basis van de ontwikkelde aanbevelingen en een dergelijke korte analyse kan aan afzonderlijke GGD'en een plan van aanpak, 'handreiking', worden geboden voor verbetering van de uitvoering van de betreffende preventieve activiteit. Belangrijk daarbij is dat de aanbevelingen alleen kunnen leiden tot een handreiking voor GGD'en en geen verplichtend karakter hebben. In het complexe GGD-veld



zijn daarnaast verschillen tussen regio's en gemeenten vaak te groot om tot (volledige) uniformiteit te kunnen komen.

Daarnaast kunnen GGD-medewerkers worden ondersteund bij de uitvoering van verschillende activiteiten die worden genoemd in de aanbevelingen. Een programma hiervoor moet worden ontwikkeld als vervolg op (dit deel van) het project VUP.

#### *Actualisering en aanpassing*

In de toekomst moeten de ontwikkelde aanbevelingen worden geactualiseerd: wetenschappelijke kennis verandert, evenals het taakgebied van GGD'en. Daarnaast moet ook de gehanteerde procedure voor ontwikkeling en implementatie van aanbevelingen zo nodig worden aangepast. Dit geldt met name voor de procedure zoals deze in de ontwikkel-fase is gebruikt. Een evaluatie van deze procedure kan de basis vormen voor de verdere ontwikkeling van aanbevelingen voor verbetering van de (multi-disciplinaire) uitvoering van preventie door GGD'en.

#### **4. DE GEVOLGDE PROCEDURE: EEN BESPREKING**

In de voorgaande hoofdstukken is een procedure beschreven voor de ontwikkeling van aanbevelingen ter verbetering van de uitvoering van preventieprogramma's door GGD'en: keuze van een probleem, samenvatten van kennis over effectieve preventie van het probleem en over de taken van GGD'en wat dit betreft en formulering van de feitelijke aanbevelingen. In alle stappen van deze procedure wordt nauw samengewerkt met betrokkenen uit het GGD-veld. Deze procedure is vervolgens toegepast op bevordering van lichamelijke activiteit onder jeugd, in het bijzonder jeugd uit achterstandsgroepen. In dit hoofdstuk wordt ten eerste ingegaan op activiteiten die specifiek voor de ontwikkel-fase zijn geweest. Dit betreft onderdelen die bij het in de toekomst formuleren van aanbevelingen over andere onderwerpen waarschijnlijk anders verlopen. Vervolgens worden enkele opmerkingen gemaakt over de kwaliteit van procedure en aanbevelingen.

Geconcludeerd wordt dat zowel de ontwikkelde procedure als de geformuleerde aanbevelingen op het terrein van bevordering door GGD'en van lichamelijke activiteit onder jeugd, in het bijzonder jeugd uit achterstandsgroepen, in grote lijnen voldoen. De mate waarin aanpassingen nodig zijn hangt wat betreft de procedure met name af van het soort problemen waarover aanbevelingen zullen worden ontwikkeld en wat betreft de aanbevelingen zelf van de wijze waarop deze zullen worden gebruikt.

##### **4.1 Activiteiten specifiek voor de ontwikkel-fase**

De keuze van een probleem waarover aanbevelingen worden geformuleerd is in het project VUP gebaseerd op de Preventiegids (Schaapveld en Hirasing, 1993, 1997). In de ontwikkel-fase is gekozen voor diversiteit van de problemen die worden aangepakt en is daarnaast gekozen voor problemen waarvoor geen recente aanbevelingen binnen het GGD-veld bestonden. Bij de keuze van volgende problemen lijkt het gewenst het GGD-veld formeel te raadplegen over de keuze van het probleem.

Daarnaast is in de ontwikkel-fase gekozen voor een bepaalde, breed geformuleerde, doelgroep namelijk achterstandsgroepen. De Preventiegids is daarentegen per (sociaal-)medisch onderwerp opgezet. Dit had tot gevolg dat na de keuze voor een doelgroep alsnog een keuze voor een specifiek probleem moest worden gemaakt. Voorstelbaar is dat ook bij veel andere problemen GGD'en relatief de meeste behoefte hebben aan aanbevelingen over de preventie onder achterstandsgroepen. Het afzonderlijke gemaakte overzicht over verbetering van de uitvoering van preventie onder deze groepen (bijlage I.4) kan hierbij van dienst zijn.

Vervolgens vond in de procedure bij de keuze van het probleem waarover aanbevelingen worden geformuleerd een verdere afperking plaats tot jeugd. Reden hiervoor was de wijze waarop het veld is georganiseerd: afzonderlijke afdelingen van GGD'en richten zich veelal op specifieke vormen van preventie onder jeugdigen. Dit laatste geldt waarschijnlijk ook voor veel andere problemen (c.q. onderwerpen) en betekent dat per leeftijdsgroep aanbevelingen moeten worden ontwikkeld. Het overzicht in de Preventiegids van de leeftijdsgroepen waarvoor een bepaald preventieprogramma van belang is (Schaapveld en Hirasling, 1997, pag. 203 t/m 207), kan hierbij behulpzaam zijn.

De tijdens de ontwikkel-fase in overleg met het veld gemaakte afperking tot jeugd, in het bijzonder jeugd uit achterstandsgroepen, had eveneens invloed op de vormgeving van de begeleidingsstructuur. Hierbij werd primair gebruik gemaakt van de multidisciplinair samengestelde vakgroep Jeugd, en van de projectgroep Jeugd die het LVGGD-bestuur adviseert op het terrein van jeugd. De begeleidingsstructuur wat betreft de gekozen doelgroep, jeugd uit achterstandsgroepen, lijkt een goede te zijn. Voor andere doelgroepen, bijvoorbeeld volwassenen of ouderen, is deze structuur echter niet geschikt. In dat geval zal een andere structuur moeten worden gekozen, of zal een meer algemene begeleidingsstructuur moeten worden ontwikkeld, met vertegenwoordigers uit meerdere GGD-terreinen zoals bijvoorbeeld naast jeugdgezondheidszorg, algemene gezondheidszorg en openbare geestelijke gezondheidszorg.

Terugkoppeling naar het veld betrof in de ontwikkel-fase een geselecteerde groep GGD-medewerkers en een aselekt gekozen groep jeugdartsen in opleiding, naast de genoemde begeleidingsstructuur. In de oorspronkelijke opzet was gekozen voor een representatieve, aselekt gekozen, groep GGD-medewerkers. Deze mix van beide, een groep GGD-medewerkers met specifieke deskundigheid wat betreft het gekozen problemen en een aselekt gekozen groep GGD-medewerkers, is waarschijnlijk zinnig. Bij het formuleren van volgende aanbevelingen, over andere onderwerpen, zal deze terugkoppeling verder moeten worden geformaliseerd.

Terugkoppeling naar vakdeskundigen wat betreft het gekozen vond in de ontwikkelfase alleen plaats binnen TNO-PG. Vanwege de aanwezige expertise binnen TNO-PG op dit terrein lijkt dit adequaat. Voor volgende aanbevelingen kan samenstelling van een commissie van externe deskundigen toegevoegde waarde hebben voor de vakinhoudelijke kwaliteit van de aanbevelingen, afhankelijk van het gekozen onderwerp.

## 4.2 Kwaliteit van de procedure en aanbevelingen

Doel van het project VUP is het verbeteren van de uitvoering van preventieprogramma's via het formuleren van aanbevelingen voor verbetering van de uitvoering, wat dit deel van het project betreft binnen GGD'en.

Bij de aanvang van het project zijn wel expliciete criteria geformuleerd voor de keuze van problemen (zie hoofdstuk 1 van deel I) maar niet voor beoordeling van de resultaten van het project wat betreft procedure en feitelijke aanbevelingen. Criteria voor dit laatste kunnen echter wel worden afgeleid uit de opzet van het gehele project en de beschikbare literatuur (Grol e.a., 1995; Thomas e.a., 1996). Het belangrijkste criterium voor beoordeling van de geformuleerde aanbevelingen is acceptatie en bruikbaarheid van de geformuleerde aanbevelingen bij de feitelijke verbetering van de uitvoering van preventieprogramma's binnen het GGD-veld. Een afgeleide daarvan is de kwaliteit van de aanbevelingen. De ontwikkelde procedure moet worden beoordeeld naar de mate waarin zij eraan bijdraagt dat de ontwikkelde aanbevelingen voldoen aan deze criteria. Criteria voor de beoordeling van de procedure zijn daarmee (Grol e.a. 1995):

- gebaseerd zijn op de beschikbare kennis ("evidence based")
- participatie van de beroepsgroep bij de ontwikkeling van aanbevelingen;
- toetsing van de aanbevelingen aan inhoudsdeskundigen en (beoogde) gebruikers ervan in het veld;
- goedkeuring van de aanbevelingen door een formele toetsing.

Vergelijkbare, eveneens deels impliciete, criteria kunnen worden afgeleid uit de procedure waarmee bijvoorbeeld huisartsgeneeskundige standaarden worden ontwikkeld (Rutten en Thomas, 1993; Thomas e.a., 1996). Daarnaast dienen de aanbevelingen helder en concreet, flexibel en didactisch te zijn en met attractieve vormgeving (Grol e.a. 1995).

De ontwikkelde procedure lijkt te voldoen aan deze criteria. De aanbevelingen lijken wat betreft onderbouwing en participatie van de doelgroep hieraan eveneens te voldoen. De formulering en vormgeving van de informatiebladen wat betreft lichamelijke activiteit kan mogelijk verder worden verbeterd. Verbeteringen zijn echter mede afhankelijk van de wijze waarop de aanbevelingen in de praktijk zullen worden gebruikt. Daardoor kunnen ze pas over enige tijd plaats vinden.

Concluderend lijken zowel de ontwikkelde procedure als de geformuleerde aanbevelingen op het terrein van bevordering door GGD'en van lichamelijke activiteit onder jeugd, in het bijzonder jeugd uit achterstandsgroepen, in grote lijnen te voldoen. De mate waarin aanpassingen nodig zijn hangt wat betreft de procedure met name af van het soort problemen waarover aanbevelingen worden ontwikkeld en wat betreft de aanbevelingen zelf van de wijze waarop deze worden gebruikt.

## LITERATUUR bij deel I

BCPV (Besluit collectieve preventie volksgezondheid). Staatsblad 1992, 569.

BENZEVAL M, JUDGE K, WHITEHEAD M, eds. Tackling inequalities in health: an agenda for action. London: King's Fund, 1995.

BURGMEIJER RJF, GEENHUIZEN YM van, FILEDT KOK-WEIMAR T, JAGER AM de. Op weg naar volwassenheid: evaluatie jeugdgezondheidszorg 1996. Leiden/Maarssen: TNO-PG/KPMG, 1997.

DUFF LA, KITSON AL, SEERS K, HUMPHRIS D. Clinical guidelines: an introduction to their development and implementation. J Adv Nurs 1996;23:887-95.

GEPKENS A, GUNNING-SCHEPERS L. Socially deprived groups and migrants: a review of the effectiveness of health education and health promotion. Utrecht: LCGVO, 1994.

GEPKENS A, GUNNING-SCHEPERS LJ. Interventions to reduce socioeconomic health differences: a review of the literature. Eur J Public Health 1996; 6: 218-26.

GROL RPTM, EVERDINGEN JJE van, CASPARIE AF. Invoering van richtlijnen en veranderingen. Utrecht: De Tijdstroom, 1994.

GYORKOS TW, TANNENBAUM TN, ABRAHAMOWICZ M, OXMAN AD, SCOTT EAF, MILLSON ME, et al. An approach to the development of practice guidelines for community health interventions. Can J Public Health 1994;85(S1): 8-13.

HADORN DC, BAKER D, HODGES JS, HICKS N. Rating the quality of evidence for clinical practice guidelines. J Clin Epidemiol 1996;49:749-54.

HERTZMAN C, WIENS M. Child development and long-term outcomes: a population health perspective and summary of successful interventions. Soc Sci Med 1996;43:1083-97.

HIRASING RA, LEERDAM FJM van, ZAAL AM. Methodiek voor de ontwikkeling van JGZ-standaarden. Leiden: TNO-PG, s.a..

KING L, HAWE P, WISE M. Review of the literature on dissemination and uptake of new information and research in relations to health promotion and illness/injury prevention activities. Sydney: National Centre for Health Promotion, 1995.

MUIR GRAY JA. Evidence-based healthcare: how to make health policy and management decisions. New York: Churchill Livingstone, 1997.

LANPHEN WEN, PIJPERS FIM, WASSENAAR J. Zorgen voor jeugd: de rol van de GGD. 's-Gravenhage: VNG Uitgeverij, 1992.

MEMORIE (Wet collectieve preventie volksgezondheid). Regels met betrekking tot collectieve preventie op het gebied van de volksgezondheid: memorie van toelichting. Tweede Kamer, vergaderjaar 1988-1989, 20977, nr. 3

MINISTERIE VWS Gemeentelijk gezondheidsbeleid beter op zijn plaats: advies van de commissie Versterking Collectieve Preventie ("Commissie Lemstra"). Rijswijk: Ministerie van VWS, 1996.



NRV. Advies openbare gezondheidszorg. Zoetermeer: Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV), 1991.

OOIJENDIJK WTM, MULDER YM. Project Verbetering Uitvoering Preventie: projectplan achterstandsgroepen. Leiden: TNO-PG, 1996.

REIJNEVELD SA. The measurement of public health: studies on the health status of an urban population. Amsterdam: GG&GD Amsterdam, 1995. Proefschrift Universiteit van Amsterdam, 1995.

REIJNEVELD SA. Reported health, lifestyles and use of health care of first-generation immigrants in the Netherlands: do socioeconomic factors explain their adverse position? *J Epidemiol Community Health* 1998; 52: 298-304.

ROGERS EM. Diffusion of innovations. New York: The Free Press, 1995.

ROSE G. The strategy of preventive medicine. Oxford: Oxford University Press, 1992.

RUTTEN GEH, THOMAS S, red. NHG-standaarden voor de huisarts. Utrecht: Bunge/NHG, 1993.

STANDPUNT COLLECTIEVE PREVENTIE. Brief van de Minister van VWS aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal, 20 mei 1997.

THOMAS S, GEIJER RMM, LAAN JR van der, WIERSMA T, red. NHG-standaarden voor de huisarts II. Utrecht: Bunge/NHG, 1996.

RUWAARD D, KRAMERS PGN, red. Volksgezondheid toekomst verkenning 1997: de som der delen. Bilthoven: RIVM, 1997.

SANDER H, NIJHOF GJ, BUIS M. Protocollen in de GGD: handreiking ontwikkelen en invoeren van protocollen. Utrecht: LVGGD, 1995.

SCHAAPVELD K, HIRASING RA. Preventiegids. 2e herz.dr. Assen: Van Gorcum, 1997.

SEGV (Programmacommissie Sociaal-economische gezondheidsverschillen). Onderzoeksprogramma Sociaal-economische gezondheidsverschillen: eindverslag en aanbevelingen Rijswijk: Ministerie van WVC, 1994.

SEGV (Programmacommissie Sociaal-economische gezondheidsverschillen tweede fase). Onderzoeksprogramma Sociaal-economische gezondheidsverschillen. Den Haag: ZorgOnderzoek Nederland, 1995.

SPELLER V, LEARMONTH A, HARRISON D. The search for evidence of effective health promotion. *BMJ* 1997;315:361-3.

VOORHAM AJJ, HAASTRECHT PM van. Gezondheidsbevordering: gekleurde samenleving, motor voor verandering. Hoofdstuk 3 in: Haveman HB, Uniken Venema P (red). Migranten en gezondheidszorg. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1996: 43-61. Reeks gezondheidsbeleid deel 10.

WASSENAAR J, Van der Sanden ALM, Pijper FIM (red). Zorgen voor jeugd: basispakket. Den Haag: VNG Uitgeverij 1995.

WCPV (Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid). Regels met betrekking tot collectieve preventie op het gebied van de volksgezondheid. Staatsblad 1990, 300.

WERKGROEP (Evaluatie-instrumentarium van de Programmacommissie Sociaal-economische gezondheidsverschillen tweede fase). Het evalueren van interventies gericht op het terugdringen van sociaal-economische gezondheidsverschillen. Den Haag: ZorgOnderzoek Nederland, 1995.

WITHAGEN PCM, JONKERS-KUIPER LV. Achterstandsbeleid van GGD'en: analyse en aanbevelingen. Utrecht: NIZW/VDB, 1993.

WVG (Wet Voorzieningen Gehandicapten) Wet van 7 oktober 1993, houdende regels met betrekking tot de verlening van voorzieningen aan gehandicapten. Staatsblad 1993, 545.





## BIJLAGE I.1

### Planning rond de ontwikkeling van aanbevelingen voor preventie door GGD'en

#### 1997

jan-mei	inpassing van het project in de structuur LVGGD; voorlopige keuze van thema's
juni	samenstelling van werkgroep (vergadering 1 van werkgroep)
juli-okt	maken van concept-algemene systematiek voor ontwikkeling van aanbevelingen; keuze van achterstandsgroepen, voor zover nodig; opstellen van concept handreiking voor een onderwerp (vergadering 2 en 3 van werkgroep)
nov-dec	definitieve versie van systematiek voor de ontwikkeling van handreikingen voor GGD'en voorleggen van tweede concept-handreiking aan werkgroep en deskundigen uit veld; vaststellen van definitieve handreiking; (vergadering 4 van werkgroep)

#### 1998

jan	aanbieden van systematiek en handreiking aan projectgroep
feb-mrt	verwerking van commentaar van projectgroep
april	aanbieden van definitieve versie systematiek en handreiking aan bestuur van de LVGGD, ter vaststelling
najaar	verspreiding definitieve versie systematiek en handreiking via bestuur van de LVGGD onder GGD-veld start van verdere activiteiten ter verbetering van de implementatie en evaluatie van de handreiking(en)



## **BIJLAGE I.2**

### **Overwegingen bij de keuze van het onderwerp “Bevordering van lichamelijke activiteit bij jeugd uit achterstandsgroepen”**

#### **Project Verbetering Uitvoering Preventie**

#### **Achtergrondinformatie rond thema Achterstandsbeleid ten behoeve van LVGGD projectgroep Jeugd**

##### **Vraagstelling**

De algemene vraagstelling van het voorgenomen project luidt:

*Hoe kan worden bereikt dat preventieprogramma's waarvan is aangetoond dat zij - volgens de huidige stand van de wetenschap - zinvol zijn om aan de algemene bevolking of aan (risico)groepen binnen de bevolking aan te bieden, optimaal worden uitgevoerd?*

##### **Concretisering vraagstelling**

Meer specifiek zal door de projectgroep worden nagegaan hoe de uitvoering van enkele preventieprogramma's op het terrein van de Algemene Gezondheidszorg en/of de Jeugdgezondheidszorg kan worden verbeterd. Het dient daarbij met name te gaan om programma's gericht op zowel primaire als secundaire preventie waarvan de effectiviteit en doelmatigheid zijn aangetoond, maar die bij de implementatie moeilijkheden ondervinden, zoals een niet optimale uitvoering of het onvoldoende bereiken van de doelgroepen.

##### **Doelgroep(en)**

Een algemeen probleem bij de uitvoering van preventie vormt het feit dat bepaalde groepen in de bevolking niet of onvoldoende worden bereikt. Dit speelt onder meer een rol bij:

- mensen met een lage sociaal economische status (opleiding, beroep, inkomen);
- mensen van buitenlandse afkomst;
- vluchtelingen en asielzoekers;
- dak- en thuislozen/zwerfjongeren;

GGD'en staan onder meer voor de taak om - in het belang van de volksgezondheid- deze en andere kwetsbare groepen te bereiken. Aangezien het bereiken van risicogroepen een aspect is dat relevant is voor veel algemene preventieprogramma's, verdient het in het kader van het LVGGD-project overweging hieraan op een gestructureerde manier aandacht te besteden. Dat zou kunnen door het

opstellen van richtlijnen of aanbevelingen voor het bereiken van specifieke groepen waarop het achterstandsbeleid zich richt en vervolgens het aanbieden van relevante en doelmatige preventieprogramma's aan deze groepen.

### **Nadere afbakening doelgroepen en onderwerpen**

Bij de uitwerking van de vraagstelling zullen door de projectgroep een aantal beslissingen moeten worden genomen. Deze hebben in eerste instantie betrekking op de keuze voor een of meerdere gezondheidsproblemen en op de selectie van de doelgroep(en) waarvoor de uitvoering van preventie door de GGD'en kan worden verbeterd.

### **Achtergrondinformatie**

Ter onderbouwing van deze beslissingen is het zinvol om gebruik te maken van twee publicaties die op korte termijn zullen uitkomen. De onderwerpen die in deze twee publicaties aan de orde komen zijn al bekend, zodat hiervan bij de selectie gebruik kan worden gemaakt.

Allereerst wordt deze zomer door TNO-PG een tweede Preventiegids uitgebracht, met daarin een hernieuwd overzicht van preventieve maatregelen die zinvol aan de bevolking, of risico-groepen daarbinnen, kunnen worden aangeboden.

Veel van de hierin besproken preventieve maatregelen worden al door GGD'en uitgevoerd. Wel zijn er voldoende aanwijzingen dat de wijze van uitvoering en daarmee de doelmatigheid van preventief handelen soms nog voor verbetering vatbaar is.

In tabel 1 staat een overzicht van de gezondheidsproblemen die in de Preventiegids worden besproken en die relevant zijn of zouden kunnen voor preventie-activiteiten van GGD'en. De drie gecursiveerde onderwerpen lijken een eerste keus te zijn wat betreft de verbetering van preventie-activiteiten van GGD'en onder achterstandsgroepen. Redenen om juist deze onderwerpen te kiezen zijn dat ze GGD-zorg betreffen, jeugd omvatten, meerdere disciplines binnen de GGD omvatten, relevant zijn voor achterstandsgroepen (zie tabel 2) en dat er niet al een belangrijke landelijke activiteit binnen het GGD-veld is wat betreft dat onderwerp.

Tabel 1: Onderwerpen die in de Preventiegids worden besproken en die belang zijn voor GGD'en

Algemeen	Specifiek Ouderen	Specifiek Jeugd
Alcoholmisbruik	Heupfractuur	Cariës
Baarmoederhalskanker	Hypertensie	Drugsgebruik
Gezonde voeding	Oestrogeen/botdichtheid	Gonorrhoe/Chlamydia
Hart- en vaatziekten		Houdingsafwijkingen
Hepatitis		Onveilig seksueel gedrag
Lichamelijke inactiviteit		Roken
Osteoporose (via lich. inactiviteit)		Ongevallen bij kinderen
Overgewicht		Verdrinking
Tuberculose		
Zonlicht/UV-straling		
Zelfdoding		

Daarnaast zal deze zomer door het RIVM de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997 (VTV-1997) worden uitgebracht, die door zijn t.o.v. de VTV-1993 gewijzigde opzet eveneens zeer bruikbaar is als achtergrondinformatie voor de LVGGD-projectgroep.

### **Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997**

De VTV-1997 zal allereerst een actualisering van het in de VTV-1993 gepresenteerde beeld van de gezondheidstoestand geven. Als reactie op de VTV 1993 is onder andere vanuit de Gezondheidsraad en het werkveld van de preventieve gezondheidszorg geadviseerd om in de nieuwe VTV meer aandacht te besteden aan de vermijdbaarheid van ziekten. Daarbij diende het hele spectrum van interventiemogelijkheden in de beschouwing te worden betrokken (Gezondheidsraad, 1994). Op basis van deze suggesties is daarom besloten om in de VTV-1997 expliciet aandacht te besteden aan de effecten van preventie en zorg. Verder wordt in VTV-1997 expliciet aandacht besteed aan specifieke groepen. De bruikbaarheid van de VTV voor GGD'en is hierdoor vergroot.

### **Vermijdbare ziekten en aandoeningen**

Om meer aandacht te kunnen besteden aan preventie, is besloten om bij de selectie van ziekten en aandoeningen voor de VTV 1997 ook het criterium "vermijdbare (gevolgen van) ziekten en aandoeningen" op te nemen. Deze selectie van ziekten en aandoeningen die met de huidige beschikbare preventiemogelijkheden (gedeeltelijk) kunnen worden voorkomen vond eveneens plaats op basis van de Preventiegids (TNO-PG) en op basis van het project "Prioriteiten in Preventie-Onderzoek" (EUR-iMGZ en TNO-PG).

## Gezondheidsverschillen en de gezondheid van specifieke subgroepen

In VTV-1997 betreft één van de thema's de gezondheid van specifieke subgroepen in de samenleving met een verhoogd risico. Hierin zal ten eerste een systematisch overzicht worden gegeven van gezondheidsverschillen in Nederland naar sociaal-demografische achtergrondkenmerken (leeftijd, geslacht, burgerlijke staat, positie op de arbeidsmarkt, SES, etniciteit en geografische kenmerken). Ten tweede zullen de gezondheidstoestand en gezondheidsrisico's worden beschreven van 16 specifieke groepen die deel uitmaken van het doelgroepenbeleid van VWS. Deze doelgroepen staan in onderstaande tabel 2 vermeld.

Een aantal van de doelgroepen in tabel 2 zijn algemeen en omvatten mede jeugd. Dit betreft personen met een lage SES, minderheden en bewoners van achterstandswijken. Daarnaast zijn er enkele doelgroepen die specifiek jeugd betreffen, zoals voortijdig schoolverlaters. Tot slot zijn er een aantal doelgroepen die geen jongeren omvatten, niet primair door GGD'en worden bereikt of waarvoor al andere activiteiten worden ontwikkeld (respectievelijk bijvoorbeeld ouderen, WAO-ars en illegalen). De twee eerstgenoemde groepen zijn relevant wat betreft de verbetering van preventie-activiteiten van GGD'en onder achterstandsgroepen, en zijn daarom gecursiveerd aangegeven.

Tabel 2: Specifieke doelgroepen die aandacht krijgen in de VTV 1997

1	Alleenstaande ouderen	9	<i>(Jeugd in) eenoudergezinnen met een lage SES</i>
2	Oudere vrouwen	10	<i>Doelgroepen minderhedenbeleid</i>
3	Ouderen met een minimum-inkomen	11	Oudere migranten
4	<i>Voortijdig schoolverlaters</i>	12	<i>Allochtone jongeren in grote steden</i>
5	Langdurig werklozen	13	Asielzoekers/vluchtelingen
6	WAO-ers	14	Illegalen
7	<i>Personen met een lage SES</i>	15	Dak- en thuislozen
8	<i>Bewoners van achterstandswijken in grote steden</i>	16	<i>Zwerfjongeren</i>

**Concluderend** biedt de nieuwe Preventiegids een goede basis voor de keuze van onderwerpen, en biedt de nieuwe VTV een goede basis voor de keuze van achterstandsgroepen waarbinnen deze onderwerpen kunnen worden uitgewerkt. Beide publicaties zullen kort na de zomer in definitieve vorm verschijnen.

## Jeugd en achterstandsbeleid van GGD'en

Binnen de doelgroep jeugd zijn een aantal onderwerpen te onderscheiden waarvoor preventieprogramma's beschikbaar zijn die volgens de huidige stand van de wetenschap zinvol zijn om aan (risico)groepen aan te bieden, en waarvan de uitvoering waarschijnlijk kan worden verbeterd. Gezien de geschetste overwegingen lijkt een keuze voor de onderwerpen *gezonde voeding*, *lichamelijke inactiviteit* en *onveilig seksueel gedrag* het meest voor de hand te liggen. Voor een

gerichte aanpak is het gewenst één onderwerp te kiezen. Een werkgroep kan dan voor dat onderwerp richtlijnen/handreikingen opstellen wat betreft het preventieve handelen van GGD'en, wat betreft (enkele van de) doelgroepen zoals genoemd in tabel 2. TNO-PG zal de opstelling van deze richtlijnen inhoudelijk ondersteunen evenals de implementatie daarvan binnen GGD'en. Er zal naar gestreefd worden om de opgestelde richtlijnen ook feitelijk in de praktijk bij een of meerdere GGD'en te verifiëren, te implementeren en vervolgens te evalueren.

Door het tijdig instellen van een werkgroep rond dit thema kunnen GGD'en en de LVGGD, met inhoudelijke ondersteuning door TNO-PG, naar verwachting gebruik maken van relevante informatie over doelmatige preventie die op korte termijn beschikbaar zal komen, en daarop anticiperen.

## LITERATUUR

EUR-MGZ, TNO-PG. Prioriteiten in Preventie-onderzoek. Rotterdam/Leiden: Erasmus Universiteit Rotterdam/TNO Preventie en Gezondheid, 1995.

GEZONDHEIDSRAAD. Commentaar op de Volksgezondheid Toekomst Verkenning. Publikatienummer 1994/02. Den Haag: Gezondheidsraad, 1994.

RUWAARD D. et al, ed. Ontwerp van de studie Volksgezondheid Toekomst verkenning 1997. Bilthoven: RIVM, rapport nr. 431501014, 1995.

SANDER H, NIJHOF GJ, BUIS M, Protocollen in de GGD: handreiking ontwikkelen en invoeren van protocollen. Utrecht: LVGGD, 1995.

SCHAAPVELD K, HIRASING RA. Preventiegids. 2<sup>e</sup> herz. dr. Assen: Van Gorcum, 1997.

VDB. Het EG-actieprogramma Achterstandsbeleid bij GGD'en. Utrecht: VDB, 1993.





## BIJLAGE I.3

### Samenvatting van kennis over de effectiviteit van preventie in het project VUP

Kennis over de effectiviteit van preventieve activiteiten betreft ten eerste de onder optimale omstandigheden te behalen gezondheidswinst, vaak aangeduid als werkzaamheid of efficacy. Gegevens hierover betreffen veelal situaties die afwijken van de alledaagse praktijk: geselecteerde, gemotiveerde groepen patiënten en zorgverleners die relatief veel capaciteit beschikbaar hebben. De in de praktijk haalbare gezondheidswinst (doeltreffendheid of effectiviteit) is daarom veelal lager. Anders geformuleerd geeft onderzoek naar werkzaamheid aan welke gezondheidswinst maximaal haalbaar is. Voorbeelden hiervan worden gegeven in de Volksgezondheid toekomst verkenning 1997 (Ruwaard & Kramers, 1997).

Systemen voor de verwerking van kennis over de werkzaamheid van preventieve interventies zijn onder andere gehanteerd in Amerikaanse en Canadese projecten op dit terrein, de US Preventive Services Task Force en de Canadian Task Force on the Periodic Health Examination (samengevat in Hadorn e.a., 1996) en in vergelijkbare Britse projecten (Muir Gray, 1997). Deze systemen zijn gebaseerd op de mate waarin de opzet van een bepaald onderzoek voldoende valide is. In deze projecten werd de volgende rangschikking van onderzoeksopzetten gehanteerd, naar toenemende kwetsbaarheid wat dit betreft:

- onderzoek met willekeurige (gerandomiseerde) toewijzing van personen
- cohort onderzoek
- patiënt-controle onderzoek
- patiëntenseries en registraties
- patiënt-rapportages en meningen van experts.

De rangschikking betreft zowel de rapportage van het primair onderzoek als de samenvatting van onderzoek (reviews en meta-analyses). Gyorkos e.a. (1994) geven aan dat er met name op het terrein van openbare gezondheidszorg vaak maar weinig formeel evaluatie-onderzoek beschikbaar is. Kennis van deskundigen en registratie-gegevens zullen dan ook vaak een relatief belangrijke rol spelen.

Binnen het project VUP wordt ten eerste gebruik gemaakt van onderzoek naar de effecten van preventieve interventies dat is gepubliceerd in de internationale literatuur. Daarnaast wordt gebruik gemaakt van de kennis van deskundigen en van onderzoek dat specifiek Nederland betreft, bijvoorbeeld wat betreft het vóórkomen van verschillende problemen. De kwaliteit van de verschillende informatiebronnen zal steeds, globaal, worden getoetst aan de hand van bovenstaande

criteria. De beschikbare kennis wordt steeds ingedeeld naar de verschillende te onderscheiden activiteiten binnen preventieprogramma's van GGD'en, zoals weergegeven in schema 1.

## BIJLAGE I.4

### Gezondheidsbevordering onder achterstandsgroepen, specifiek vanuit GGD'en

#### *Verbetering van de effectiviteit van gezondheidsbevordering onder achterstandsgroepen*

Een aantal aanbevelingen zijn relevant wat betreft gezondheidsbevordering (met name GVO) bij achterstandsgroepen in het algemeen en jongeren die deel hiervan uit maken. Dit betreft met name aanbevelingen op basis van een EG-programma rondom de effectiviteit van gezondheidsvoorlichting bij achterstandsgroepen en migranten (Gepkens en Gunning-Schepers, 1994), aanbevelingen van de eerste commissie sociaal-economische gezondheidsverschillen (SEGV, 1994) en aanbevelingen in het kader van een Brits project op dit terrein (Benzeval e.a., 1995).

Wat betreft achterstandsgroepen biedt GVO, ingepast in een bredere aanpak, goede mogelijkheden om sociaal-economische gezondheidsverschillen te reduceren (SEGV, 1994). Sommige communicatiemiddelen, zoals geschreven voorlichtingsmateriaal, blijken echter niet goed te werken in groepen met een lage sociaal-economische status. Andere methoden, zoals het aanbieden van video-programma's, bieden betere perspectieven.

Daarnaast zijn GVO-programma's veelal meer effectief bij achterstandsgroepen als het geven van informatie wordt gecombineerd met een persoonlijke benadering. Ook het een aantal keren herhalen van de interventie verhoogt de effectiviteit (Hertzman en Wiens, 1996).

Inbedding in andere activiteiten (met name reguliere gezondheidszorg) verhoogt veelal de effectiviteit van GVO-programma's, evenals het betrekken van de omgeving in de benadering. Het laatste kan bijvoorbeeld gebeuren via een buurtgerichte aanpak (Gepkens en Gunning-Schepers, 1994; 1996; SEGV, 1994; Benzeval e.a., 1995).

Bij de benadering van migrantengroepen dient tot slot rekening te worden gehouden met taal- en cultuurverschillen. In een aantal gevallen vereist dit een benadering die sterk afwijkt van die voor de autochtone groep, zoals het inzetten van mediaren uit de eigen groep (Webb, 1996; Voorham en Van Haastrecht, 1996).

Verder gelden bij verbetering van de effectiviteit van GVO onder jeugd uit achterstandsgroepen de aanbevelingen die in het algemeen gelden voor verbetering van de effectiviteit van GVO. Dit betreft ten eerste het hanteren van een planmatige benadering bij de interventie. Daarnaast dienen ook

vaardigheden te worden aangeleerd om de overgedragen kennis in de praktijk te brengen en dient zonodig aandacht te worden besteed aan attitudes die hiervoor een barrière vormen (Gepkens en Gunning-Schepers, 1994; Speller e.a., 1997; Ruwaard en Kramers, 1997).

#### *GGD'en en achterstandsgroepen*

Groeps- en individu-gerichte activiteiten die zijn gericht op alle jeugd uit achterstandsgroepen vormen veelal onderdeel van een risicogroep benadering (zie ook Rose, 1992). Een inventarisatie in het kader van het EG-actieprogramma tegen armoede (Withagen en Jonkers-Kuiper, 1993) laat zien dat GGD'en veel aandacht besteden aan achterstandsgroepen, met name de langer bestaande GGD'en in de steden. Dit kan worden beschouwd als uitwerking van hun WCPV-taken (WCPV, 1990). Doelgroepen van GGD'en betreffen hierbij met name etnische minderheidsgroepen (met name Turken en Marokkanen), jeugd (en ouders) uit achterstandsgroepen en bewoners van achterstandswijken. Daarnaast waren verslaafden een belangrijke doelgroep. De inventarisatie laat ook zien dat ondersteuning wat betreft achterstandsgroepen zeer gewenst is bij de meerderheid van de GGD'en.

Activiteiten van GGD'en naar achterstandsgroepen vormen een bijdrage aan het landelijke beleid om de omvang van sociaal-economische gezondheidsverschillen te verkleinen. De eerste landelijke programmacommissie Sociaal-economische Gezondheidsverschillen beveelt daarom aan dat GGD'en sterker worden betrokken bij de uitvoering van dit beleid (SEGV, 1994). Een als vervolg hierop door de tweede programmacommissie uitgevoerde inventarisatie laat eveneens zien dat GGD'en een groot aantal, veelal buurtgerichte, activiteiten ontwikkelen ter verbetering van de gezondheid van achterstandsgroepen (SEGV, 1995). Een aantal van deze activiteiten wordt momenteel geëvalueerd (Werkgroep, 1996).

## BIJLAGE I.5

### Taken van gemeenten wat betreft openbare gezondheidszorg

De commissie Versterking gemeentelijk gezondheidsbeleid (commissie Lemstra) onderscheidt vijf taakgebieden voor *gemeenten* binnen de openbare gezondheidszorg. Deze gebieden zijn collectieve preventie, zorg voor risicogroepen, acute hulpverlening, parate hulpverlening en sociaal-medische advisering (VWS, 1996). *Collectieve preventie* wordt wettelijk omschreven als "bewaking en bevordering van de volksgezondheid voor zover deze samenhangt met risico's met een collectief karakter" (WCPV, 1990). Wat betreft collectieve preventie moeten gemeenten ten eerste de ontwikkeling, continuïteit en samenhang van collectieve preventie bevorderen en afstemmen met de curatieve zorg. Ze moeten dit doen op de volgende terreinen: verwerving van inzicht in de toestand van de volksgezondheid, bevolkingsonderzoeken, medische milieukunde, hygiëne (o.a. sanitaire controles), psychohygiëne, en gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO).

Ten tweede moeten gemeenten zorgdragen voor uitvoering van preventieve jeugdgezondheidszorg wat betreft 4-19 jarigen (waaronder; opvoedingsondersteuning, preventieve jeugd tandzorg en GVO) en infectieziektenbestrijding (van AIDS, seksueel overdraagbare aandoeningen en tuberculose, en van epidemieën van andere infectieziekten) (WCPV, 1990; BCPV, 1992). Hoewel de aanduiding *collectieve* preventie soms anders doet vermoeden, kunnen deze activiteiten ook op individuen zijn gericht; de collectieve aard betreft met name de wijze van blootstelling en het ontbreken van een individuele vraag (Memorie, 1989). Veelal worden bij collectieve preventie drie benaderingswijzen onderscheiden: gezondheidsbescherming, ziektepreventie en gezondheidsbevordering (Reijneveld, 1995; VWS, 1996). Achtereenvolgens gaat het hierbij om bescherming tegen de blootstelling aan (vooral fysieke) risico's, het voorkomen of op tijd herkennen van specifieke ziekten (o.a. infectieziekten) en bevordering van een gezonde levenswijze.

*Zorg voor risicogroepen* betreft met name de afstemming en coördinatie rond groepen met een verhoogd risico zoals dak- en thuislozen, illegalen en hard-drugverslaafden. Daarnaast dragen gemeenten ook zorg voor vangnetten voor deze groepen op het moment dat de reguliere zorg tekort schiet. Dit gebeurt op grond van de WCPV en artikel 168 van de gemeentewet. De invulling van deze taak laat grote verschillen zien per gemeente. In een aantal gevallen zijn gemeenten bijvoorbeeld ook betrokken bij hulpverlening aan bijvoorbeeld verslaafde prostituees.

*Acute hulpverlening* betreft de coördinatie van deze hulpverlening via bijvoorbeeld Centrale Posten voor Ambulancevervoer en hulpverlening aan arrestanten, en machtiging van psychiatrische hulp aan personen die een gevaar vormen voor zichzelf of hun omgeving (IBS-en).

*Parate hulpverlening* betreft met name de medische hulpverlening bij calamiteiten op basis van de Wet geneeskundige hulpverlening bij rampen. Andere calamiteiten waarbij gemeenten verantwoordelijkheid dragen betreffen het milieu-terrein en de advisering bij gebruik van gevaarlijke stoffen. Tot slot vallen hieronder een aantal forensische taken, onder andere op basis van de Wet op de Lijkbezorging.

Betrokkenheid van gemeenten bij *sociaal-medische advisering* betreft van oudsher de individu-gebonden sociaal-medische advisering in het kader van sociale voorzieningen. Huidige voorbeelden daarvan betreffen aanvullende bijstand en parkeervergunningen, en indicering van ouderen wat betreft verzorging en verpleging. Meer recent is daaraan toegevoegd de sociaal-medische advisering op het terrein van voorzieningen voor gehandicapten (WVG, 1993).

GGD'en voeren in geheel Nederland een aantal van de gemeentelijke taken uit, al of niet op wettelijke basis. Dit betreft op het terrein van collectieve preventie met name de preventieve jeugdgezondheidszorg voor 4-19 jarigen, infectieziektenbestrijding, ondersteuning van bevolkingsonderzoeken, epidemiologisch onderzoek, medisch milieukundige advisering en advisering over volksgezondheidsaspecten van voorgenomen beleid. Daarnaast zijn zij betrokken bij rampenbestrijding, en vrijwel steeds ook bij medische hulpverlening aan arrestanten en bij individu-gebonden sociaal-medische advisering. Bij veel van deze taken hebben gemeenten en hun GGD'en een aanzienlijke keuzevrijheid in de uitvoering. Als uitwerking van de adviezen van de commissie Lemstra wordt het basisniveau waarop deze taken moeten worden uitgevoerd nu nader omschreven (Standpunt collectieve preventie, 1997).

## BIJLAGE I.6

### Taken van GGD'en rond preventie bij jeugd

GGD'en verrichten veel preventieve activiteiten bij de jeugd in de leeftijdsgroep van 4 tot 19 jaar. Deze activiteiten zijn voor een deel gericht op deze totale leeftijdscategorie. Daarnaast krijgen jeugdigen uit achterstandsgroepen soms specifieke aandacht. Onderstaand wordt ingegaan op activiteiten van GGD'en die zijn gericht op jeugd. Daarbij wordt ook aangeven in hoeverre het achterstands- of risicogroepen betreft.

#### *Preventieve activiteiten van GGD'en gericht op jeugdigen*

Een verdere specificatie van schema 2 is nodig als het gaat over een specifieke categorie als jeugdigen: wat zijn de operationele activiteiten die een GGD ontwikkelt wat betreft onderzoek en signalering, probleemoplossing en begeleiding/follow-up, en wat betreft coördinatie en beleidsontwikkeling voor deze categorie? Deze activiteiten zijn vastgelegd in de beleidsnotitie "Zorgen voor Jeugd" (Lanphen e.a., 1992) en vervolgens geoperationaliseerd in het "Basispakket zorgen voor jeugd" (Wassenaar e.a., 1995), die beide door VNG en LVGGD zijn ontwikkeld (Burgmeijer e.a., 1997). Op grond van "Zorgen voor jeugd" worden vier typen activiteiten ("sectoren") onderscheiden:

- groepsgerichte preventieve zorg in het algemeen
- groepsgerichte preventieve zorg gericht op risicogroepen
- individu-gerichte preventieve zorg op indicatie
- individu-gerichte preventieve zorg gericht op alle individuen binnen een bepaalde (leeftijds)groep.

Als onderdeel van de groepsgerichte activiteiten kunnen GGD'en zich ook richten op schoolgezondheidsbeleid. Wat betreft de *totale* groep jeugdigen (d.w.z. inclusief de 0-4 jarigen) hebben GGD'en wettelijk een aantal taken op het terrein van coördinatie en beleidsontwikkeling, en op de terreinen epidemiologie, GVO, hygiëne, psychohygiëne en collectief preventieve programma's (Wassenaar e.a., 1995). Een aantal activiteiten is specifiek gericht op risicogroepen, zoals jeugd uit de genoemde achterstandsgroepen. Dit betreft bijvoorbeeld coördinatie van collectieve preventie voor deze groepen en de verwerving van inzicht in hun gezondheidstoestand. Een uitwerking van de onderwerpen per type activiteit wordt hieronder gegeven.

De invulling van de verschillende taken verschilt overigens sterk per GGD (Burgmeijer e.a., 1997). Invulling hangt onder andere af van lokale bestuurlijke prioriteiten en mogelijkheden, en van de mate waarin problemen vóórkomen.

*Activiteiten van GGD'en wat betreft jeugd naar type*

In de nota "Zorgen voor jeugd" (Lanphen e.a. 1992) worden vier typen activiteiten ("sectoren") onderscheiden. Hieronder volgt een weergave van de betreffende activiteiten:

*\*Groepsgerichte preventieve zorg in het algemeen*

- coördinatie van collectieve preventie en afstemming daarvan met curatieve gezondheidszorg (participeren in en stimuleren van overleg)
- verwerven van inzicht in de gezondheidssituatie van jeugdigen (gezondheidsprofielen van verschillende groepen)
- bewaken van gezondheid in bestuurlijke beslissingen met gevolgen voor leefmilieu van jeugd (monitoring van trends)
- bevorderen van de hygiëne bij jeugdigen (ondersteuning van onderwijs en medisch-hygiënische begeleiding)
- bijdragen aan preventie-programma's waaronder GVO gericht op jeugd (ondersteuning van schoolgezondheidsbeleid, en bevordering en uitvoering van preventie)
- bijdragen aan groepsgerichte preventieve tandheelkundige zorg (uitvoering en bevordering van preventie)
- coördinatie van de curatieve en preventieve jeugdtandzorg (coördinatie)

*\*Groepsgerichte preventieve zorg gericht op risicogroepen*

- coördinatie van collectieve preventie en afstemming daarvan met curatieve gezondheidszorg (VTO, coördinatie van hulpverlening bij kindermishandeling)
- verwerven van inzicht in de gezondheidssituatie van jeugdigen (gezondheidsprofielen van achterstandsgroepen)

*\*Individu-gerichte preventieve zorg op indicatie*

- sociaal-medische taken in het SO en VSO (toelatingsonderzoeken, onderzoeken op indicatie, etc.)
- adviseren over vragen wat betreft gezondheid en opvoeding (advies, begeleiding, vangnet)

*\*Individu-gerichte preventieve zorg gericht op alle individuen binnen een bepaalde (leeftijds)groep*

- uitvoeren van systematische screening naar ontwikkelingsstoornissen en gezondheidsrisico's (amblyopie, taal/spraak-ontwikkeling, preventieve gezondheidsonderzoeken)
- uitvoeren van vaccinatie-programma's en bevordering vaccinatie-graaf (D(K)TP, BMR, inhaal-programma's voor immigranten)
- bevorderen van participatie aan jeugdtandzorg



- adviseren over gezondheids- en opvoedingsvragen en bevorderen van maatregelen (wat betreft gesignaleerde problemen bij eerste punt)