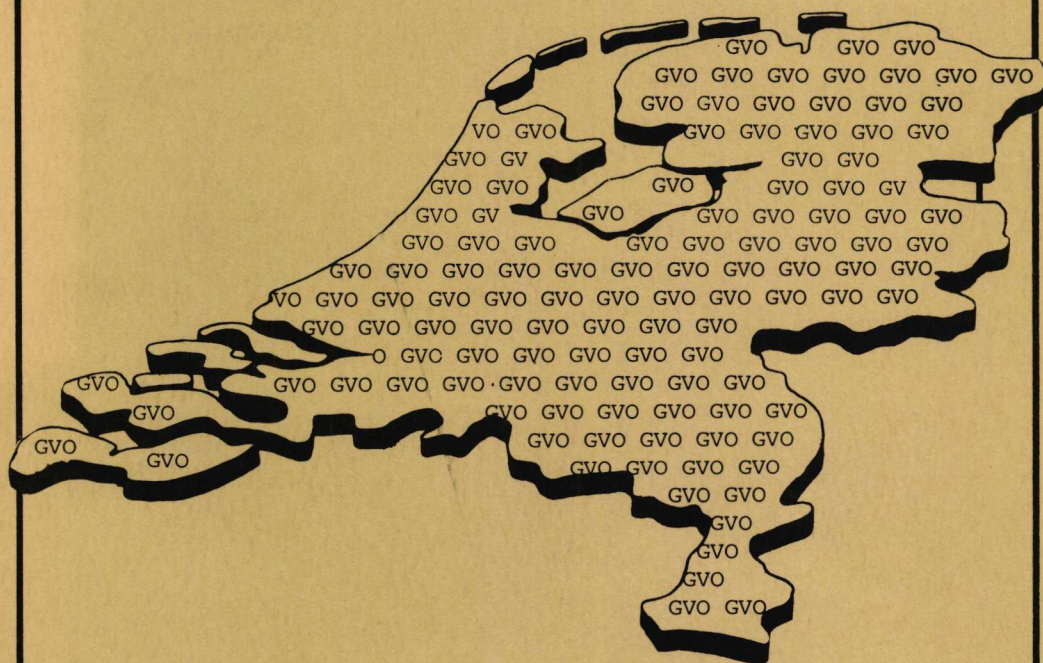


GVO BIJ BASISGEZONDHEIDSDIENSTEN

W.T.M.Ooijendijk / M.J.Th.Schlatmann / H.P.A.van de Water



Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg

NIPG-TNO

Leiden

GVO BIJ BASISGEZONDHEIDSDIENSTEN

**W.T.M.Ooijendijk
M.J.Th.Schlatmann
H.P.A.van de Water**

Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg



april 1986

Nederlands Instituut voor
Praeventieve Gezondheidszorg TNO
Wassenaarseweg 56 Leiden

Postadres:
Postbus 124
2300 AC Leiden

Telefoon: 071-170441

Deze uitgave is te bestellen door het overmaken van f 36,75 (incl. BTW) op postrekening 20.22.77 van het NIPG-TNO onder vermelding van bestelnummer 86007.

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Ooijendijk, W.T.M.

Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding bij basisgezondheidsdiensten / W.T.M. Ooijendijk, M.J.Th. Schlatmann, H.P.A. van de Water.
- Leiden: Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO

ISBN 90-6743-078-1

SISO 601.6 UDC (659.2+37.03):613

Trefw.: gezondheidsvoorlichting en -opvoeding.

© 1986 Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO
Publikatienummer 86007

Voor de rechten en verplichtingen van de opdrachtgever met betrekking tot de inhoud van dit rapport wordt verwezen naar de Algemene Voorwaarden van TNO.

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, openbaar gemaakt, en/of verspreid door middel van druk, fotocopie, microfilm of op welke wijze ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIPG-TNO.

INHOUD

blz.

VOORWOORD	I
Leden en plaatsvervangende leden van de BEGELEIDINGS- COMMISSIE	III
LIJST VAN AFKORTINGEN	V
LIJST VAN GEHANTEERDE BEGRIPPEN	VII
SAMENVATTING	IX
 1 INLEIDING	 1
1.1 GVO bij andere organisaties/sectoren	2
1.2 Opzet van het rapport	4
 2 OPZET EN UITVOERING VAN HET ONDERZOEK	 5
2.1 Literatuur en documentenonderzoek	5
2.2 Verzameling en verwerking CBS-statistieken	5
2.3 Schriftelijke enquête	6
2.4 Mondelinge interviews	7
2.5 Andere organisaties	8
2.6 De respons	9
 3 ALGEMENE PERSONEELS- EN FINANCIERINGSGEGEVENS VAN BASISGEZONDHEIDSDIENSTEN	 10
3.1 Historische ontwikkeling	10
3.2 Personeelsomvang en -opbouw	11
3.3 Financiën	14
3.4 De aanwezigheid van een GVO-functionaris naar dienstgrootte	16
3.5 Samenvatting	17

4	START EN ONTWIKKELING VAN GVO BIJ BASISGEZONDHEIDS- DIENSTEN	19
4.1	Start en ontwikkeling	19
4.2	De huidige personeelsbezetting van de GVO-afdelin- gen	25
4.3	De organisatie-structuur van de afdelingen GVO . . .	28
4.4	Schaalgrootte	31
4.5	De kosten en financiering van de GVO	33
4.6	De nota 'Ontwikkeling van GVO bij basisgezondheids- diensten'	35
4.7	Samenvatting	37
5	INTERNE GVO	40
5.1	De tijdsinvestering	41
5.2	Jeugdgezondheidszorg	43
5.3	Bedrijfsgezondheidszorg	48
5.4	Algemene gezondheidszorg	52
5.5	Ambulancevervoer	57
5.6	Samenvatting	61
6	EXTERNE GVO	63
6.1	De tijdsinvestering aan externe GVO	63
6.2	Aard van de ondersteuning	67
6.3	Externe doelgroepen en projecten	68
6.4	Samenvatting	75
7	BELEIDSADVISERING, ONDERZOEK, SAMENWERKING EN GVO	77
7.1	Beleidsadvisering	78
7.2	Beleidsonderbouwend onderzoek	81
7.3	Samenwerking en afstemming	88
7.4	Overige voorwaardenscheppende activiteiten	91
7.5	Samenvatting	93
8	GVO-ONDERSTEUNING VANUIT ANDERE INSTELLINGEN	96
8.1	De keuze van andere bij het onderzoek te betrekken instellingen	96
8.2	Een korte karakteristiek van de geënquêteerde in- stellingen	98
8.3	Resultaten van de telefonische enquête	100

8.4	Basisgezondheidsdiensten over samenwerkingsverbanden	102
8.5	Samenvatting	105
9	TUSSENBALANS	107
9.1	De taken van de GVO	107
9.2	De visie van de directies op de GVO-uitvoering en ontwikkeling	114
9.3	Opzet van een GVO-functie in een basisgezondheidsdienst	118
9.4	Samenvatting	121
10	CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN	123
10.1	Ontwikkeling	124
10.2	Organisatorische vormgeving	125
10.3	Schaalgrootte	126
10.4	Personeelsbezetting	127
10.5	Financiering	128
10.6	Uitvoering van de deeltaken GVO	130
10.7	Onderzoek naar effectiviteit	131
10.8	Onderzoek naar doelmatigheid	132
10.9	Regionale samenwerking	133
	LITERATUURLIJST	137
	BIJLAGEN	143

VOORWOORD

Onderzoek op het terrein van de Basisgezondheidszorg neemt op het NIPG/TNO een belangrijke plaats in. Niet alleen binnen de sector Gezondheidszorg en Epidemiologie, maar ook binnen de sectoren die zich specifiek bezighouden met Jeugdgezondheidszorg, Bedrijfsgezondheidszorg en met de Preventieve Gezondheidszorg voor Ouderen.

Het primaire product van basisgezondheidszorg is preventie.

Door het nemen van preventieve maatregelen wordt beoogd de volksgezondheidsproblematiek in positieve zin te beïnvloeden.

Anders dan in de curatieve gezondheidszorg, doet zich bij de preventieve gezondheidszorg niet een autonome zorgvraag voor.

Daarom zal juist preventie door de overheid moeten worden aangeboden en gestimuleerd, vanuit een inzicht in en verantwoordelijkheid voor de volksgezondheid.

De totstandbrenging van een sluitend netwerk van basisgezondheidsdiensten vormt daarbij een van de structurele randvoorwaarden. Daarnaast dient in een samenspel tussen overheid, veld en onderzoekers gestalte te worden gegeven aan een verdere inhoudelijke vormgeving van de taken van de basisgezondheidsdiensten.

Het onderzoek naar de uitvoering van de Algemene Gezondheidszorg binnen basisgezondheidsdiensten (1984) vormde daartoe een eerste aanzet.

De in het voorliggende rapport gepresenteerde beschrijving van de GVO-situatie bij basisgezondheidsdiensten vormt een verdere uitwerking.

Bij de uitvoering van dit onderzoek is veel steun verkregen van de begeleidingscommissie. Ook de medewerking van de basisgezondheidsdiensten in het bijzonder van de GVO-functionarissen is als zeer positief en stimulerend ervaren.

Met dit onderzoek waarbij de GVO-situatie bij basisgezondheidsdiensten in beeld is gebracht, hoopt het NIPG/TNO een bijdrage te leveren aan de verdere ontwikkeling van de basisgezondheidsdiensten in het algemeen en de gezondheidsvoorlichting- en opvoeding in het bijzonder.

Dr. A. Dijkstra,
(onderdirecteur).

Leden en plaatsvervangende leden van de BEGELEIDINGSCOMMISSIE

Ministerie van WVC

Ing. F.B. Kars - AGZ (voorzitter)

Mr. J.H. Halm - AGZ (tot december 1985)

E.G. de Kievit - AGZ (vanaf december 1985)

Mw. Dr. R.R.R. Huysman-Rubingh, jeugdarts - GHI

F. Wafelbakker, arts (plv.) - GHI

Vereniging Nederlandse Gemeenten

Mw. Drs. M.F.T. Schrijver

Mw. Ir. H. Klingenberg (plv.)

Vereniging van Directeuren van Basisgezondheidsdiensten

M.J.A.M. van Bakel, arts

M.A.C. Klomp, arts (plv.)

Mw. Ir. M. van Houten

Dr. W.F.M. de Haes (plv.)

Landelijk Centrum Dienstverlening GVO

Drs. R. Jonkers

LIJST VAN AFKORTINGEN

AGGZ	Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
AGZ	Algemene GezondheidsZorg
AMB	AMBulancevervoer
AMvB	Algemene Maatregel van Bestuur
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BaGD	BasisGezondheidsDienst
BGZ	BedrijfsGezondheidsZorg
B en W	Burgemeester en Wethouders
CAD	Consultatiebureau voor Alcohol en Drugs
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CPA	Centrale Post Ambulancevervoer
DGD	Districts GezondheidsDienst
DIR	DIRectie
EHBO	Eerste Hulp Bij Ongelukken
FTFP	Full-Time FormatiePlaats
GGD	Geneeskundige GezondheidsDienst
GG en GD	Gemeentelijke Geneeskundige- en GezondheidsDienst
GGZ	Geestelijke GezondheidsZorg
GHI	Geneeskundige Hoofdinspectie
GVO	GezondheidsVoorlichting en -Opvoeding
JGZ	JeugdGezondheidsZorg
LCD-GVO	Landelijk Centrum Dienstverlening-GVO
LOGO	Landelijk Overleg GVO in het Onderwijs
NIPG	Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheids- zorg
NLO	Nieuwe Leraren Opleiding
NVGVO	Nederlandse Vereniging voor GVO
PABO	Pedagogische Academie Basis Onderwijs
RIAGG	Regionaal Instituut Ambulante Geestelijke Gezond- heidszorg
SWV-GVO	Samenwerkingsverband GVO
TBC	TuBerCulose
TGVO	Tand GezondheidsVoorlichting en -Opvoeding
TNO	Toegepast Natuurwetenschappelijk Onderzoek
VDB	Vereniging van Directeuren Basisgezondheidsdiensten
VNG	Vereniging van Nederlandse Gemeenten
WBO	Wet op het Basis Onderwijs
WGR	Wet Gemeenschappelijke Regelingen
WVC	Welzijn Volksgezondheid en Cultuur
WVG	Wet Voorzieningen Gezondheidszorg

LIJST VAN GEHANTEERDE BEGRIPPEN

GVO - Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding, een werksoort gericht op het bevorderen van een verantwoorde besluitvorming ten aanzien van gezondheidsvragen. De term GVO wordt breed gehanteerd, dat wil zeggen dat overal waar GVO staat in principe 'preventie en GVO' kan worden gelezen.

GVO-functionaris - Persoon wiens takenpakket uitsluitend uit gezondheidsvoorlichting en -opvoeding bestaat. Elders ook wel GVO-er of GVO-consulent genoemd.

GVO-functie - Verzameling van taken op het gebied van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding.

Interne GVO - Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding uitgevoerd als onderdeel van de werkzaamheden van medewerkers binnen de eigen instelling.

Externe GVO - Onderdeel van GVO gericht op het ontwikkelen van GVO-aspecten in het werk van werkers in gezondheidszorg, welzijns-werk en onderwijs of gericht op publieksgroepen zoals zelfhulp- en patiëntengroepen buiten de eigen organisatie.

Beleidsontwikkeling en -advisering GVO - Het inbouwen van GVO elementen in de beleidsadvisering van de dienst.

Beleidsonderbouwend onderzoek GVO - Het uitvoeren en rapporteren over onderzoek ten behoeve van GVO-activiteiten.

Samenwerking en afstemming GVO - Het inhoudelijk en/of geografisch op elkaar afstemmen van GVO-activiteiten, verricht vanuit verschillende instellingen, werksoorten.

SAMENVATTING

Op verzoek van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (WVC) is door het Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg - TNO (NIPG/TNO) een studie uitgevoerd naar gezondheidsvoorlichting en opvoeding (GVO) bij basisgezondheidsdiensten. Het doel van het onderzoek was het verzamelen en analyseren van gegevens over de structuur en het functioneren van GVO bij basisgezondheidsdiensten, teneinde inzicht te krijgen in:

- a. de middelen waarmee en de condities waaronder de GVO-functie in het verleden tot ontwikkeling is gebracht;
- b. de wijze waarop en de middelen waarmee momenteel aan de GVO-functie gestalte wordt gegeven;
- c. de mogelijkheden tot het verrichten van verder onderzoek, specifiek gericht op de effecten van GVO.

De verzamelde informatie is erop gericht uiteindelijk een bijdrage te leveren aan de volgende aandachtspunten van zowel het ministerie van WVC als de Vereniging van Directeuren van Basisgezondheidsdiensten:

- de stimulering van de opzet en ontwikkeling van GVO bij basisgezondheidsdiensten, gezien tegen de achtergrond van de functie van basisgezondheidsdiensten zoals neergelegd in de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg en de desbetreffende richtlijnen;
- de bevordering van de kwaliteit en effectiviteit van de GVO bij basisgezondheidsdiensten;
- de vaststelling van een voor een goede taakuitvoering van GVO noodzakelijk te achten personeelsbezetting bij basisgezondheidsdiensten, zowel naar kwaliteit als naar kwantiteit, rekening houdend met specifieke locale structuren en behoeften;
- de bestaande lacunes in de kennis over de effecten van GVO.

De motivering voor uitvoering van het onderzoek kwam voort uit vragen van zowel het departement als de basisgezondheidsdiensten, teneinde een empirisch onderbouwde besluitvorming voor de ontwik-

keling van de GVO-functie bij basisgezondheidsdiensten mogelijk te maken.

Het onderzoek sluit aan bij de nota 'Ontwikkeling van GVO bij basisgezondheidsdiensten' waarin het standpunt van de Vereniging van Directeuren Basisgezondheidsdiensten is neergelegd, voorbereid door het landelijk overleg van GVO-functionarissen bij basisgezondheidsdiensten (februari 1984).

Laatstgenoemde nota heeft bij de opzet en uitvoering van het onderzoek gefunctioneerd als een belangrijk referentiepunt.

De materiaalverzameling ten behoeve van het onderzoek is uitgevoerd van januari tot juli 1985 en omvatte 5 onderdelen, te weten:

- literatuur en documentenonderzoek
- verwerking van CBS-statistieken
- schriftelijke enquêtering van alle basisgezondheidsdiensten
- mondelinge interviewing bij alle basisgezondheidsdiensten die één of meer GVO-consulenten in dienst hadden
- telefonische enquêtering van een aantal andere organisaties op het terrein van de GVO.

Ter voorbereiding van de te houden schriftelijke en mondelinge enquêtes is de literatuur bestudeerd die specifiek betrekking heeft op de GVO in de Nederlandse situatie, zoveel mogelijk toegespitst op basisgezondheidsdiensten. Eveneens is een aantal documenten bestudeerd zoals jaarverslagen, nota's over GVO, beleidsnotities e.d.

Wat betreft de groei van het aantal basisgezondheidsdiensten in Nederland kan vermeld worden dat het aantal basisgezondheidsdiensten geleidelijk is toegenomen tot momenteel (medio 1985) 65. Het aantal regionaal werkende diensten overtreft inmiddels het aantal lokaal werkende diensten. Het aantal diensten dat aan het onderzoek heeft meegewerkt bedroeg 64. Van 61 diensten waren CBS-gege-

vens beschikbaar over personeel en financiën.

Uit deze gegevens blijkt dat het aantal personeelsleden per basisgezondheidsdienst sterk varieert; van minder dan vijf full-time formatieplaatsen tot meer dan duizend full-time formatieplaatsen; 45% van de arbeidsplaatsen wordt ingenomen door de vier grootste delijke diensten.

Vanaf 1982 kent het aantal bezette arbeidsplaatsen bij basisgezondheidsdiensten een terugloop. Met name wordt dit veroorzaakt door de overdracht van de SPD-functie aan de RIAGG's.

Vanaf 1982 zijn de kosten van de basisgezondheidsdiensten rond 4% gedaald, dit hangt met name samen met de hierboven genoemde personeelsvermindering. De gemeenten nemen meer dan 50% van de kosten voor hun rekening.

Er is een duidelijke samenhang tussen dienstgrootte en de aanwezigheid van een GVO-functionaris. 33% van de basisgezondheidsdiensten heeft één of meer functionarissen in dienst. In grote, midden en kleine diensten bedraagt dat percentage respectievelijk 50%, 32% en 14%.

Wat betreft de ontwikkeling van GVO bij basisgezondheidsdiensten blijkt dat het aantal basisgezondheidsdiensten met één of meer GVO-functionarissen sinds de start van de eerste afdeling in 1968 een groei kent tot 26 per 31-12-1985. Ook het aantal GVO-ers werkzaam bij basisgezondheidsdiensten groeit.

Nu per 1 juli 1985 de aangepaste stimuleringsregeling basisgezondheidsdiensten van kracht is geworden is een snellere groei in de komende tijd te verwachten.

De aanstelling van de eerste GVO-functionarissen gebeurde in het verleden veelal in verband met een specifiek probleem (uitblijven van fluoridering, alcohol- en drugsproblematiek). In de laatste jaren zijn meer algemene redenen de aanleiding, zoals de wens tot versterking van de collectieve preventie.

De eerstbenoemde GVO-functionarissen bij de basisgezondheidsdiensten zijn qua discipline heterogeen. Relatief sterk vertegenwoordigd zijn de gedragswetenschappen en huishoudwetenschappen. Met name de laatste jaren komen ook onderwijsdisciplines vaker voor.

Bij de start van de GVO in een basisgezondheidsdienst is het belangrijk dat de dienst er in slaagt een evenwicht te vinden tussen enerzijds de opzet van gestructureerde activiteiten en anderzijds het inspelen op ad hoc vragen vanuit het veld.

De omvang van de huidige afdelingen GVO varieert van een halve tot acht formatie-plaatsen (op full-time basis). De helft van de GVO-afdelingen bestaat uit één formatie-plaats.

Bijna de helft van de afdelingen GVO maakt gebruik van tijdelijk personeel (doorgaans op projectbasis) en/of vrijwilligers.

Het organisatorisch onderbrengen van de GVO-functie als stafafdeling, zelfstandige lijnafdeling dan wel als onderdeel van AGZ, wordt met name bepaald door de personeelsomvang van de dienst als totaal en van de afdeling GVO. Bij kleine en middelgrote diensten is de GVO-functie doorgaans ondergebracht bij de AGZ, in de wat grotere diensten als een stafachtige afdeling.

Als de GVO-functionaris(sen) is (zijn) ondergebracht bij de afdeling JGZ, dan blijft de GVO-ondersteuning sterk(er) beperkt tot JGZ.

Enkele diensten hebben/hadden een aparte begeleidingscommissie ten behoeve van de GVO, dit bergt het gevaar in zich dat er onduidelijkheid kan ontstaan in verband met de dubbele verantwoordelijkheid van de GVO-functionaris, zowel naar de begeleidingscommissie als naar de directie van de dienst.

Vanuit de praktijk van de GVO bij basisgezondheidsdiensten is niet een duidelijke optimale schaalgrootte aan te geven. Dit is sterk afhankelijk van de visie en de invulling van de GVO door de basisgezondheidsdienst.

In de praktijk wordt bij de opzet van een GVO-functie nogal eens

onderschat dat naast loon- en huisvestingskosten van de GVO-functionaris, rekening moet worden gehouden met een kostenpost voor administratie en onder meer de ontwikkeling en verstrekking van GVO-materialen, de uitvoering en evaluatie van projecten en de opzet van een documentatiecentrum.

Vanuit de afdelingen GVO bestaat een sterke voorkeur om met betrekking tot de hierboven genoemde kostenposten te werken vanuit een specifiek GVO-budget. Bij 50% van de GVO-afdelingen beschikt met reeds over een dergelijk budget.

Als belangrijkste financieringsbron voor de GVO wordt de gemeente genoemd. Daarnaast heeft een aantal diensten een GVO-functie gerealiseerd op basis van regionale werkgelegenheids/stimuleringsregelingen. (Op het moment van het onderzoek was de stimuleringsregeling basisgezondheidsdiensten nog niet van kracht).

De in de nota 'Ontwikkeling van GVO bij basisgezondheidsdiensten' weergegeven visie over GVO wordt door alle GVO-afdelingen in grote lijnen onderschreven.

Vervolgens wordt ingegaan op de te ontscheiden deeltaken van de GVO bij basisgezondheidsdiensten:

- Interne GVO, activiteiten gericht op de medewerkers van de eigen dienst;
- Externe GVO, activiteiten gericht op de werkers van organisatie buiten de eigen dienst en op groepen uit de bevolking;
- Beleidsadvisering, beleidsonderbouwend onderzoek, samenwerking en afstemming en andere activiteiten met een meer voorwaardenscheppend karakter.

Interne GVO vormt, ook qua tijdsbesteding, een belangrijke deeltaak (gemiddeld 26% van de totaal te besteden tijd). In de kleinere afdelingen is het tijdsbeslag hiervoor percentueel gezien het hoogst.

Door de afdelingen JGZ worden de meeste GVO-activiteiten onderno-

men. Bij BGZ en AMB het minst, terwijl AGZ een tussenpositie in neemt. Veelal gaat het bij de functionele afdelingen om individuerichte GVO-activiteiten, in mindere mate om schriftelijke GVO, het werken met groepen en projectmatige- en thematische activiteiten.

Het accent van de ondersteuningsactiviteiten van GVO-ers bij basisgezondheidsdiensten wat betreft interne GVO ligt momenteel op de terreinen van projectontwikkeling, consultatie, documentatie en levering voorlichtingsmateriaal.

De ondersteuning door GVO-afdelingen van de eigen dienst is naar de JGZ het meest ontwikkeld, naar AMB en BGZ het minst; AGZ neemt een tussenpositie in. Vooral ten aanzien van de BGZ worden lacunes ervaren.

Het oordeel van de functionele afdelingen over de uit de eigen dienst verkregen ondersteuning is over het algemeen vrij positief. Wel worden er op praktisch alle onderscheiden terreinen wensen tot intensivering van de ondersteuning geuit. Naast versterking van de GVO in het algemeen, worden met name activiteiten genoemd als deskundigheidsbevordering en evaluatie.

Een aantal functionele afdelingen ontvangt door het ontbreken van een GVO-afdeling in de eigen dienst ondersteuning van buiten de eigen dienst. Het betreft hier vooral collega basisgezondheidsdiensten, samenwerkingsverbanden GVO en categorale instellingen. Met uitzondering van de afdelingen AMB geeft rond 80% van de functionele afdelingen aan van plan te zijn om de GVO uit te bouwen. Hierbij wordt met name gedacht aan projectmatige- en thematische activiteiten.

Als knelpunten om de GVO te versterken worden door zowel de functionele afdelingen als de GVO-functionarissen een gebrek aan tijd en geld genoemd. Daarnaast wordt door de GVO-ers ook de afwachtende houding van de afdelingen als een knelpunt ervaren.

Externe GVO vormt de qua tijdsbesteding belangrijkste deeltaak (gemiddeld 39% van de bestede tijd). In de grotere afdelingen ligt het gemiddelde tijdsbeslag aan externe GVO zelfs boven de 50%.

Het accent van de ondersteunings-activiteiten wat betreft externe GVO ligt met name op GVO-projectontwikkeling, documentatie, levering voorlichtingsmateriaal en consultatie.

Onderwijs is de belangrijkste doelgroep bij de externe GVO.

Hieraan wordt 51% van de externe GVO-tijd besteed (20% van de totale tijd). Dit hoge tijdsbeslag wordt onder meer veroorzaakt door de invoering van de Wet op het Basisonderwijs en het daarin geformuleerde 'Bevorderen van Gezond Gedrag'.

De welzijnszorg en de eerste lijns gezondheidszorg zijn eveneens belangrijke groepen waarop externe GVO-activiteiten zijn gericht; het betreft respectievelijk 15% en 10% van de externe GVO-tijd.

Veel van de externe GVO-activiteiten zijn niet primair voorziening gericht, maar zijn projectmatig van aard, naast onderwijsprojecten zijn dit met name projecten gericht op migranten en ouderen.

Plannen om de externe GVO-activiteiten te intensiveren worden met name genoemd ten aanzien van: de eerste lijn, onderwijs, zelfhulp- en patiëntengroepen en projectgebonden activiteiten.

De belemmeringen hiervoor zijn tijd- en geldgebrek.

Aan beleidsadvisering wordt gemiddeld rond 8% van de totale tijd besteed. Het betreft in hoofdzaak beleidsadvisering aan de gemeente en onderwijsorganisaties. Er zijn nauwelijks verschillen qua percentage bestede tijd tussen grotere en kleinere afdelingen GVO. Door 58% van de GVO-functionarissen wordt melding gemaakt van afstemming op het terrein van de beleidsadvisering met de gemeentesecretarie.

Beleidsadviezen betreffen met name GVO-beleid/planning, takenpakket van de GVO bij een BaGD en onderwerpen als alcohol en drugs, roken en GVO in het onderwijs.

Ruim 50% van de afdelingen GVO wenst meer systematisch betrokken te worden bij de beleidsadvisering van de gemeente op het terrein van de volksgezondheid.

Beleidsonderbouwend onderzoek vergt gemiddeld rond 8% van de totaal te besteden tijd; veelal wordt geprobeerd onderzoek te laten uitvoeren door het inzetten van stagiaires van universiteiten en andere opleidingen. Er is wat betreft het percentage bestede tijd geen verschil tussen grotere en kleinere GVO-afdelingen.

De meestgenoemde vormen van onderzoek door GVO-afdelingen betreffen behoeftepeilingen, inventarisaties, beschrijving probleemsituaties en eenvoudig evaluatie-onderzoek.

Effect-evaluatie onderzoek is in de laatste drie jaar door drie afdelingen GVO uitgevoerd; procesevaluatie onderzoek door twee afdelingen GVO. De wenselijkheid van het uitvoeren van dergelijk onderzoek wordt wel erkend, maar een gebrek aan tijd en geld vormen hiervoor een belangrijke belemmering.

Bij 10 afdelingen GVO wordt melding gemaakt van samenwerking met een epidemioloog, geheel of gedeeltelijk werkend voor de eigen dienst.

Samenwerking en afstemming kost gemiddeld rond 13% van de totaal te besteden tijd. Het betreft veelal samenwerking met grote netwerken aan contacten gericht op de realisering van GVO-activiteiten.

Samenwerking met andere GVO-functionarissen is het sterkst met de regionale samenwerkingsverbanden GVO. Bij 10 afdelingen GVO werd melding gemaakt van de oprichting/start van een regionaal samenwerkingsverband.

Naast de vijf onderscheiden deeltaken geeft een merendeel van de GVO-afdelingen aan rond 10% van de tijd te besteden aan zaken als overleg/staf en de eigen deskundigheidsbevordering.

GVO-afdelingen bij basisgezondheidsdiensten participeren in twee

landelijke en diverse regionale overlegsituaties, onder meer om te komen tot afstemming van GVO-activiteiten (beleidsvoorbereiding op landelijk en regionaal niveau) en ter bevordering van de eigen deskundigheid.

Bij de planning van GVO-formatieplaatsen lijkt het reëel per functionaris rekening te houden met rond 0.1 formatieplaats ten behoeve van eigen deskundigheidsbevordering, landelijk overleg en interne overhead.

Bij de bestaande landelijke overlegsituaties vormt het gebrek aan een regeling ten behoeve van onder meer de secretariële en inhoudelijke ondersteuning een belangrijk knelpunt.

De door de functionele afdelingen van de basisgezondheidsdiensten meestgenoemde andere instellingen die ondersteuning geven bij GVO-activiteiten zijn de regionale samenwerkingsverbanden GVO, het Stedelijk Orgaan GVO Den Haag en collega basisgezondheidsdiensten. Vier samenwerkingsverbanden GVO en het Stedelijk Orgaan verrichten een breed scala aan ondersteunende werkzaamheden ten behoeve van functionele afdelingen bij basisgezondheidsdiensten die geen eigen GVO-afdeling hebben.

De personeelsinzet blijft daarbij doorgaans beperkt tot rond 0,1 formatieplaats, hetgeen wél als onvoldoende wordt ervaren.

Naar de mening van op één na alle samenwerkingsverbanden GVO zou elke basisgezondheidsdienst eigen GVO-functionaris(sen) in dienst moeten hebben.

Een samenwerkingsverband GVO wordt door zowel de samenwerkingsverbanden zelf als door GVO-ers bij basisgezondheidsdiensten niet gezien als een substituut voor een GVO-functie bij een basisgezondheidsdienst.

Vanuit de basisgezondheidsdiensten bestaat een duidelijke voorkeur voor de nieuwe samenwerkingsverbanden waarbij het samenwerkingsverband wordt aangehaakt bij de bestaande instellingen (meestal de BaGD-en) en de medewerkers worden gedétacheerd bij de deelnemende

instellingen.

Naar de mening van de basisgezondheidsdiensten ligt de taak van de samenwerkingsverbanden GVO in hoofdzaak op coördinerende en stimulerende activiteiten.

De schaalgrootte van de regionale samenwerkingsverbanden GVO 'past' in slechts enkele provincies en grote steden. In het merendeel van de gevallen lijkt de gekozen schaal van 500.000 inwoners slecht te passen op de huidige regionalisatie-ontwikkelingen, zoals tot uiting komend in WVG, WGR en de vorming van basisgezondheidsdiensten.

Met behulp van gegevens verkregen van GVO-functionarissen is een 'tussenbalans' opgemaakt met betrekking tot GVO en de te voorziene ontwikkelingen. Door GVO-functionarissen wordt de deeltaak interne GVO het meest genoemd (39%) als taak waaraan relatief meer tijd besteed zou dienen te worden.

De invulling van het werk van de GVO-afdelingen naar de onderscheiden deeltaken verschilt zeer sterk van afdeling tot afdeling. Wat betreft de ondersteunende activiteiten door GVO-functionarissen bij basisgezondheidsdiensten wordt de meeste tijd (21%) besteed aan projectontwikkeling.

Een belangrijke cluster van activiteiten is het voorzien van personen en instellingen van GVO-materialen.

Taken waaraan naar de mening van de directies onvoldoende wordt toegekomen zijn met name: onderzoek, interne GVO en externe GVO. Door 75% van de diensten die momenteel nog geen GVO-functionaris hebben, worden plannen genoemd hierin te voorzien.

De meestgenoemde motieven om een GVO-functionaris aan te trekken zijn: de behoefte aan GVO-ondersteuning door de eigen afdelingen en het feit dat GVO wordt gezien als onderdeel van het takenpakket van een BaGD.

Als de plannen van de directies om een GVO-functionaris aan te

trekken kunnen worden gerealiseerd, dan moet - vooral gezien het van kracht worden van de stimuleringsregeling basisgezondheidsdiensten per 1 juli 1985 - rekening worden gehouden met een snelle groei van het aantal basisgezondheidsdiensten met een GVO-functionaris (in de komende 2 à 3 jaar al 16 diensten).

De personele bezetting van een GVO-functie bij een BaGD zou naar de mening van de GVO-functionarissen bij voorkeur dienen te bestaan uit meer dan één functionaris, waarbij qua discipline de voorkeur uit gaat naar een combinatie van personen op academisch- en h.b.o.-niveau. Ook een voldoende secretariële ondersteuning wordt als belangrijk ervaren.

Voor de start van de GVO-functionaris is het van belang dat de dienst zich realiseert dat een groot aantal faciliteiten nodig is om een goede start te kunnen maken met de GVO. Het gaat hierbij om faciliteiten zoals personeel, ruimten, financiën, audiovisuele hulpmiddelen, randapparatuur en op het immateriële vlak - maar daarom niet minder belangrijk - een GVO-beleid in de dienst.

In het laatste hoofdstuk worden op basis van de onderzoeksresultaten aanbevelingen geformuleerd. Deze hebben betrekking op:

- ontwikkeling van GVO bij basisgezondheidsdiensten;
- organisatorische vormgeving;
- schaalgrootte;
- personeelsbezetting;
- financiering;
- uitvoering van de deeltaken GVO;
- onderzoek naar effectiviteit;
- onderzoek naar doelmatigheid;
- regionale samenwerking.

1. INLEIDING

Op verzoek van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (WVC) is door het Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg - TNO (NIPG/TNO) een studie uitgevoerd naar gezondheidsvoorlichting en opvoeding (GVO) bij basisgezondheidsdiensten. Het doel van het onderzoek was het verzamelen en analyseren van gegevens over de structuur en het functioneren van GVO bij basisgezondheidsdiensten, teneinde inzicht te krijgen in:

- a. de middelen waarmee en de condities waaronder de GVO-functie in het verleden tot ontwikkeling is gebracht;
- b. de wijze waarop en de middelen waarmee momenteel aan de GVO-functie gestalte wordt gegeven;
- c. de mogelijkheden tot het verrichten van verder onderzoek, specifiek gericht op de effecten van GVO.

De verzamelde informatie is erop gericht uiteindelijk een bijdrage te leveren aan de volgende aandachtspunten van zowel het ministerie van WVC als de Vereniging van Directeuren van Basisgezondheidsdiensten:

- de stimulering van de opzet en ontwikkeling van GVO bij basisgezondheidsdiensten, gezien tegen de achtergrond van de functie van basisgezondheidsdiensten zoals neergelegd in de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg en de desbetreffende richtlijnen;
- de bevordering van de kwaliteit en effectiviteit van de GVO bij basisgezondheidsdiensten;
- de vaststelling van een voor een goede taakuitvoering van GVO noodzakelijk te achten personeelsbezetting bij basisgezondheidsdiensten, zowel naar kwaliteit als naar kwantiteit, rekening houdend met specifieke locale structuren en behoeften;
- de bestaande lacunes in de kennis over de effecten van GVO.

De motivering voor uitvoering van het onderzoek kwam voort uit vragen van zowel het departement als de basisgezondheidsdiensten, teneinde een empirisch onderbouwde besluitvorming voor de ontwik-

keling van de GVO-functie bij basisgezondheidsdiensten mogelijk te maken.

Het onderzoek sluit aan bij twee direct in elkaars verlengde liggende beleidslijnen van het ministerie van WVC, vermeld in een nota aan de Tweede Kamer (Volksgezondheidsbeleid bij beperkte middelen, 1983), namelijk:

- een benadrukken van de rol van GVO bij de bevordering van de volksgezondheid, onder meer gericht op voeding, verslaving, lichaamsbeweging en het gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen;
- de wens de basisgezondheidsdiensten - met name de collectieve preventie - te versterken.

Het onderzoek sluit tevens aan bij de nota 'Ontwikkeling van GVO bij basisgezondheidsdiensten' waarin het standpunt van de Vereniging van Directeuren Basisgezondheidsdiensten is neergelegd, voorbereid door het landelijk overleg van GVO-functionarissen bij basisgezondheidsdiensten (februari 1984).

Laatstgenoemde nota heeft bij de opzet en uitvoering van het onderzoek gefunctioneerd als een belangrijk referentiepunt.

Voor lezers buiten de sfeer van de basisgezondheidsdiensten is een algemene beschouwing over het belang van GVO uit deze nota (1.1 - 1.4) als bijlage 1 in dit rapport opgenomen.

1.1 GVO bij andere organisaties/sectoren

Alvorens in te gaan op de GVO bij basisgezondheidsdiensten wordt in deze paragraaf een schets gegeven van expliciete GVO-functies of -afdelingen bij andere organisaties*.

* Bron: Landelijk Centrum Dienstverlening-GVO, januari 1986.

Bij de kruisverenigingen werd in het begin van de zestiger jaren de eerste specifieke GVO-consulent op landelijk niveau aangesteld. Thans zijn in deze sector ca. 40 GVO full-time functieplaatsen, waarop ruim 50 GVO-medewerkers zijn aangesteld. Het grootste gedeelte daarvan is werkzaam bij de provinciale kruisverenigingen. Het werkgebied kan zich soms beperken tot een bepaald district. In een aantal provincies zijn in het kader van een project de laatste jaren een aantal GVO-functionarissen ingezet op lokaal niveau.

In de ambulante geestelijke gezondheidszorg hebben vrijwel alle RIAGG's een preventie-afdeling of -functionaris. Eind 1984 kende deze sector ca. 125 full-time functieplaatsen, bemand door ca. 175 preventiewerkers. Daarnaast werd vanuit de curatieve sector van de RIAGG's een bijdrage van 40-100 full-time eenheden aan de RIAGG-preventie geleverd. Op basis van het Financieel Overzicht Gezondheidszorg zal het aantal full-time functieplaatsen voor preventie in die sector naar verwachting nog toenemen tot 177 in 1987.

Op het specifieke terrein van de alcohol- en drugszorg kennen de CAD's eveneens preventie-afdelingen. In totaal zijn er ca. 36 full-time functieplaatsen voor preventiewerkers bij de 18 bestaande consultatiebureau's.

Specifieke voorlichting voor uiteenlopende onderwerpen wordt geboden door een groot aantal landelijke categoriale instellingen. Een aantal grotere van hen heeft medewerkers in dienst waarvan de taak volledig of voor een aanzienlijk deel gericht is op GVO.

Op regionaal, provinciaal dan wel grootstedelijk niveau functioneren inmiddels 20 samenwerkingsverbanden voor GVO. Ongeveer 60 GVO-functionarissen bezetten gezamenlijk de ca. 45 full-time functieplaatsen in deze sector.

1.2 Opzet van het rapport

In hoofdstuk 2 zal allereerst worden ingegaan op de opzet en de uitvoering van het onderzoek zoals dat van september 1984 tot juni 1985 zijn beslag heeft gekregen.

In hoofdstuk 3 zal een aantal algemene personele en financiële gegevens over de op het moment van het onderzoek functionerende basisgezondheidsdiensten worden gepresenteerd.

In hoofdstuk 4 wordt ingegaan op de ontwikkeling van de GVO-functie bij basisgezondheidsdiensten en wordt een globale beschrijving gegeven van de huidige situatie wat betreft personeel, organisatie en financiering. Daarnaast zal worden ingegaan op de voorziene ontwikkelingen op dit terrein zoals ze tot uiting kwamen in een enquête onder de directies van de basisgezondheidsdiensten.

In de hoofdstukken 5 t/m 7 wordt uitvoerig ingegaan op de 5 onderscheiden deeltaken voor de GVO zoals deze zijn onderscheiden in de nota ontwikkeling van GVO bij basisgezondheidsdiensten.

In hoofdstuk 8 wordt ingegaan op de GVO zoals die door andere instellingen wordt gegeven ten behoeve van basisgezondheidsdiensten; met name de regionale samenwerkingsverbanden GVO.

In hoofdstuk 9 wordt een balans opgemaakt van de huidige stand van zaken voor de GVO bij basisgezondheidsdiensten.

Tot slot zullen in hoofdstuk 10 algemene conclusies en aanbevelingen worden geformuleerd.

De materiaalverzameling ten behoeve van het onderzoek is uitgevoerd in 5 fasen, te weten:

- literatuur en documentenonderzoek;
- verwerking van CBS-statistieken;
- schriftelijke enquêtering van alle basisgezondheidsdiensten;
- mondelinge interviewing bij alle basisgezondheidsdiensten die één of meer GVO-consulenten in dienst hadden;
- telefonische enquêtering van een aantal andere organisaties op het terrein van de GVO.

In dit hoofdstuk zal nader op de uitvoering worden ingegaan, alsmede op de respons van de betrokken organisaties.

2.1 Literatuur en documentenonderzoek

Ter voorbereiding van de te houden schriftelijke en mondelinge enquêtes is de literatuur bestudeerd die specifiek betrekking heeft op de GVO in de Nederlandse situatie, zoveel mogelijk toegespitst op basisgezondheidsdiensten (zie literatuuroverzicht). Eveneens is een aantal documenten bestudeerd zoals jaarverslagen, nota's over GVO, beleidsnotities e.d.

2.2 Verzameling en verwerking CBS-statistieken

Ter vermindering van onnodige belasting van basisgezondheidsdiensten is in overleg met het CBS besloten wat betreft de algemene personele en financiële gegevens van de basisgezondheidsdiensten te volstaan met de beschikbare CBS-statistieken personeelsgegevens en exploitatiegegevens.

Gegevens over de jaren 1979 t/m 1981 waren op het NIPG al voorhan-

den, de bij het CBS gevraagde aanvullingen betreffen de jaren 1982 en 1983. Om van deze gegevens gebruik te kunnen maken is aan elke afzonderlijke basisgezondheidsdienst een machtiging gevraagd, welke in alle gevallen ook is verkregen. Gegevens van recentere datum waren op het moment van het onderzoek niet beschikbaar. De CBS-gegevens zijn aansluitend op de aanwezige informatie verwerkt en in het bestand over de basisgezondheidsdiensten opgenomen.

2.3 Schriftelijke enquête

Met behulp van de beschikbare literatuur en documenten is de schriftelijke enquête voor de basisgezondheidsdiensten opgesteld bestaande uit 6 onderdelen, welke gericht waren op:

- 1 directie;
- 2 jeugdgezondheidszorg;
- 3 bedrijfsgezondheidszorg;
- 4 algemene gezondheidszorg;
- 5 ambulancevervoer;
- 6 gezondheidsvoorlichting en -opvoeding.

Onderdeel 1 omvatte vragen over het al of niet aanwezig zijn van GVO-functionarissen in de dienst, de organisatiestructuur met betrekking tot de GVO-functie, de uitvoering van de 5 GVO-deeltaken (interne GVO, externe GVO, beleidsadvisering, beleidsonderbouwend onderzoek en samenwerking en afstemming) en eventuele plannen tot uitbouw of realisatie van de GVO-functie (bijlage 2).

Dit onderdeel 1 was gericht aan de directeur van de basisgezondheidsdienst. Deze werd verzocht de onderdelen 2 t/m 5 te verspreiden binnen de dienst.

Deze onderdelen 2 t/m 5 waren gericht op de hoofden van de respectievelijke afdelingen en hadden een identieke opzet (bijlage 3).

Deze onderdelen waren opgezet met het doel inzicht te verkrijgen

in de GVO-situaties van de onderscheiden taakgebieden van de basisgezondheidsdiensten, alsmede de behoefte aan en verkregen ondersteuning ten behoeve van de GVO-activiteiten.

Onderdeel 6 was specifiek gericht op de GVO-functionarissen bij basisgezondheidsdiensten en omvatte vragen naar achtergrondkenmerken van de GVO-functionarissen, samenwerkingsrelaties met andere GVO-ers en preventiewerkers en de tijdsbesteding ingedeeld naar verschillende invalshoeken (bijlage 4).

Ook de retournering van de enquêtes verliep via de directie.

De schriftelijke enquête is eerst in drie basisgezondheidsdiensten (verschillend in omvang en GVO-situatie) uitgetest en op basis van de ervaringen en het ontvangen commentaar bijgesteld. Vervolgens zijn de enquêtes bij alle op dat moment functionerende basisgezondheidsdiensten (64) uitgezet.

2.4 Mondelinge interviews

Op basis van de gegevens van de schriftelijke enquête werden mondelinge interviews gehouden bij de basisgezondheidsdiensten die één of meer GVO-consulent(en) in dienst hadden. In principe werd het interview gehouden met de GVO-consulent(en), in twee gevallen was dat niet mogelijk daar er op het moment van het onderzoek een tijdelijke vacature was voor een GVO-consulent. In die beide gevallen is ervoor gekozen de directie te verzoeken om medewerking en ons te informeren over de GVO-functie in de dienst.

Ook ten behoeve van het mondelinge interview werden eerst drie proefinterviews gehouden alvorens het definitieve interviewschema op te stellen.

Het mondelinge interview was gericht op het verkrijgen van informatie over:

- historische schets van de ontwikkeling van de GVO-functie;
- personeelsformatie en taakomschrijving;

- interne GVO;
- externe GVO;
- samenwerking en afstemming;
- beleidsonderbouwend onderzoek;
- beleidsadvisering;
- kwaliteitsbevordering.

Een uitvoeriger lijst met gespreksonderwerpen die voorafgaand aan het interview aan de GVO-functionarissen werd toegezonden is als bijlage toegevoegd (bijlage 5).

Na het houden van de interviews is naar alle geïnterviewden een terugrapportage gestuurd waarbij de geïnterviewden in staat werden gesteld eventuele feitelijke onvolkomenheden te corrigeren en binnen de organisatie (bijvoorbeeld met de directie) door te spreken. Tijdens en na het interview werden mogelijke relevante stukken en/of notities verzameld, zodat er per GVO-afdeling een set aan informatie werd opgebouwd.

2.5 Andere organisaties

Op basis van de gegevens uit de schriftelijke enquêtes en de mondelinge interviews werd besloten een aantal andere instellingen op het terrein van de GVO bij het onderzoek te betrekken. Het doel hiervan was primair om de GVO-situatie bij basisgezondheidsdiensten te kunnen completeren.

Een aantal basisgezondheidsdiensten had namelijk te kennen gegeven voor ondersteuning van GVO-activiteiten gebruik te maken van niet bij de eigen dienst werkzame GVO-consulenten.

De hierbij meest frequent genoemde instellingen waren naast collega basisgezondheidsdiensten de acht op dat moment functionerende regionale samenwerkingsverbanden GVO en het stedelijk orgaan GVO in Den Haag. Bij al deze genoemde instellingen zijn basisgezondheidsdiensten vrij direct bestuurlijk betrokken.

Besloten werd deze instellingen vragen voor te leggen over:

- de (bestuurlijke) betrokkenheid van de basisgezondheidsdiensten;
- de aard en intensiteit van de gevraagde en geboden ondersteuning op het terrein van de GVO;
- de eventuele taakafbakening met GVO-functionarissen werkzaam bij basisgezondheidsdiensten.

De vragen werden schriftelijk aan de betreffende instellingen opgestuurd waarna de instellingen telefonisch werden benaderd voor de beantwoording hiervan.

2.6 De respons

Wat betreft de medewerking van de basisgezondheidsdiensten was dit 100%. Alle 64 basisgezondheidsdiensten hebben dus aan dit onderzoek meegewerkt, hoewel de informatie niet in alle gevallen geheel compleet was. Waar mogelijk is daarin voorzien door telefonisch te vragen om aanvulling van de informatie.

Ook de gevraagde andere instellingen die bij het project werden betrokken hebben hun volledige medewerking gegeven, zodat ook hier gesproken kan worden van een respons van 100%.

Een overzicht van de medewerking aan de diverse onderdelen van het onderzoek wordt hieronder weergegeven.

Basisgezondheidsdiensten

Directie (onderdeel 1)	- 64
Jeugdgezondheidszorg (onderdeel 2)	- 60
Bedrijfsgezondheidszorg (onderdeel 3)	- 60
Algemene Gezondheidszorg (onderdeel 4)	- 62
Ambulancevervoer (onderdeel 5)	- 46
GVO (onderdeel 6)	- 21
Regionaal samenwerkingsverband	- 8

In dit hoofdstuk wordt met behulp van met name personeels- en exploitatiegegevens een schets gegeven van de ontwikkeling van basisgezondheidsdiensten in Nederland. Hierbij wordt aangesloten bij de gegevens die werden verzameld in het kader van het onderzoek 'De uitvoering van algemene gezondheidszorg binnen basisgezondheidsdiensten'. Hierdoor is het mogelijk een aantal gegevens in een tijdreeks van vijf jaar (1979 tot en met 1983) te presenteren. Recentere gegevens dan 1983 waren op het moment van het onderzoek nog niet beschikbaar. De CBS gegevens hebben betrekking op 61 diensten. De andere diensten waren in de desbetreffende jaren nog in oprichting of nog niet in staat de benodigde informatie te leveren.

Daarnaast wordt in dit hoofdstuk ingegaan op mogelijke indelingen van de basisgezondheidsdiensten die in het kader van deze rapportage van belang kunnen zijn.

3.1 Historische ontwikkeling

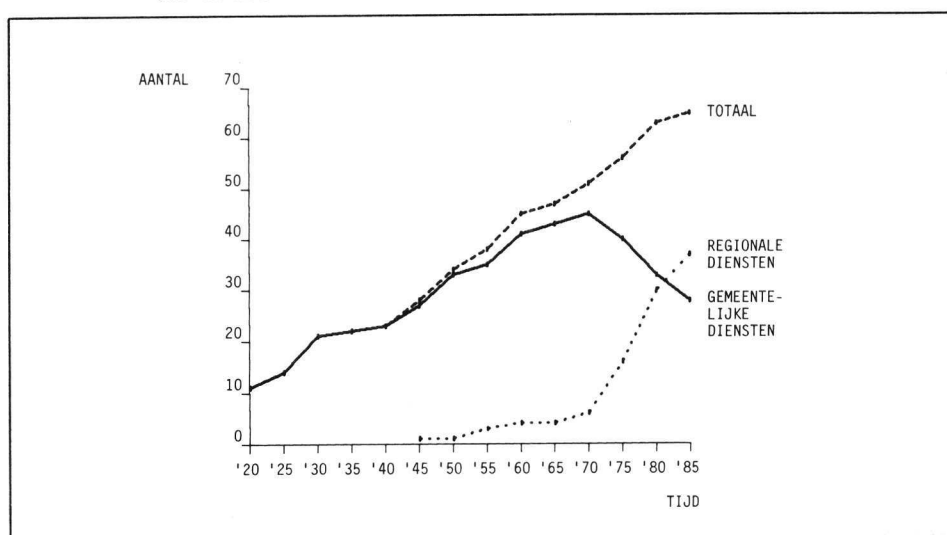
De ontwikkeling van het aantal basisgezondheidsdiensten is weergegeven in grafiek 3.1. Vanaf 1920 is per 5 jaar het aantal gemeentelijke diensten en het aantal regionale diensten weergegeven tot en met 1985.

Het totale aantal basisgezondheidsdiensten is geleidelijk gegroeid

tot 65* in 1985. Het aantal regionale diensten overtreft momenteel het aantal gemeentelijke diensten ruimschoots. Dit komt zowel door

de omzetting van gemeentelijke diensten in regionale diensten als door de oprichting van nieuwe regionale diensten. Deze ontwikkeling zal zich de komende jaren naar het zich laat aanzien nog voortzetten.

Grafiek 3.1 De ontwikkeling van het aantal basisgezondheidsdiensten vanaf 1920, tot en met 1985 naar bestuursvorm



3.2 Personeelsomvang en -opbouw

De omvang van de basisgezondheidsdiensten gemeten in het aantal bezette arbeidsplaatsen op full-time basis varieert sterk. Op basis van de personeelssterkte per 31-12-1983 wordt in grafiek 3.2

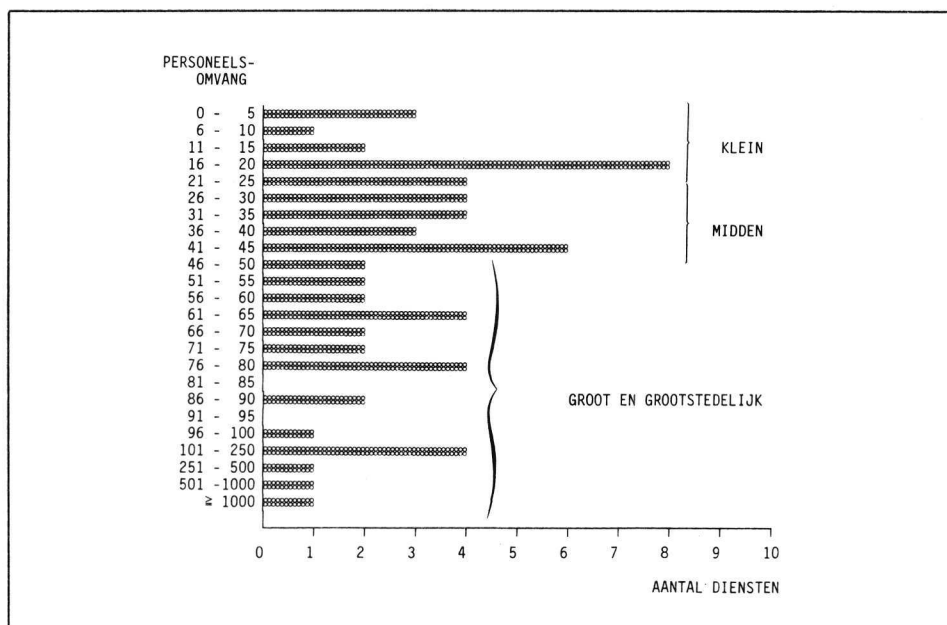
* Zoals al eerder is aangegeven functioneerden er op het moment van het onderzoek 64 basisgezondheidsdiensten, inmiddels is er één nieuw opgerichte dienst bijgekomen.

de frequentie per onderscheiden grootteklasse, oplopend per vijf arbeidsplaatsen, weergegeven.

Ten opzichte van de situatie in 1981 tijdens het onderzoek 'De uitvoering van algemene gezondheidszorg binnen basisgezondheidsdiensten' (in het vervolg aangeduid met AGZ-onderzoek) doen zich slechts kleine verschuivingen voor. Dit vormt de reden om - waar relevant - een identieke indeling in grootteklassen te hanteren als in het AGZ-onderzoek, nl.:

- kleine diensten: ≤ 25 arbeidsplaatsen;
- midden diensten: 26 t/m 50 arbeidsplaatsen;
- grote diensten: ≥ 51 arbeidsplaatsen, waarbij eventueel apart worden onderscheiden;
- grootstedelijke diensten: Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht.

Grafiek 3.2 Aantal basisgezondheidsdiensten gerangschikt naar dienstgrootte uitgedrukt in het totaal aantal bezette arbeidsplaatsen in 1983



In tabel 3.1 wordt het aantal bezette arbeidsplaatsen weergegeven over drie onderscheiden (hoofd)personeelscategorieën (voor meer gedetailleerde gegevens zie bijlage 6).

Tabel 3.1 Het aantal bezette arbeidsplaatsen per ultimo 1979, 1980, 1981, 1982 en 1983 naar personeelscategorie in full-time functieplaatsen

personeelscategorie*	1979	1980	1981	1982	1983
medici/academici	850,7	882,1	925,4	939,4	857,6
medisch hulppersoneel	1893,6	1977,3	2076,9	2076,9	1923,1
ander personeel	1893,1	1938,9	1962,1	1973,0	1842,4
totaal	4637,4	4798,3	4964,4	4989,3	4623,1

* medici/academici omvat de personeelscategorieën 1, 2 en 3, medisch hulppersoneel 4 en 5 en ander personeel 6 en 7 van de in bijlage 3.1 genoemde personeelscategorieën.

Opvallend in bovenstaande tabel is met name de daling van het aantal personeelsleden in 1983. Deze daling moet met name worden gezien in samenhang met de afstoting (overdraging) van een aantal taken op het terrein van de ambulante geestelijke gezondheidszorg, in verband met de RIAGG vorming. Ook in de gegevens van bijlage 3.1 wordt dit weerspiegeld; het aantal personeelsleden is het sterkst afgenomen bij die disciplines die bij uitstek werkzaam waren op het terrein van de ambulante geestelijke gezondheidszorg. Onderscheiden naar de eerder genoemde grootte-klassen klein, midden, groot en grootstedelijk, dan blijkt dat 45% van de arbeidsplaatsen wordt ingenomen door de 4 grootstedelijke diensten (tabel 3.2).

De 18 kleine diensten nemen 6% van de arbeidsplaatsen in.

Vergeleken met de gegevens uit het AGZ-onderzoek is de gemiddelde grootte van de kleine en midden diensten iets toegenomen evenals het totaal aantal bezette arbeidsplaatsen in beide dienstgrootteklassen samen.

Tabel 3.2 Verdeling van het totaal personeelsbestand in 1983 uitgedrukt in full-time arbeidsplaatsen naar dienstgrootteklasse

dienstgrootteklasse		<u>full-time arbeidsplaatsen</u>		grootte gemiddeld	standaard deviatie
		absoluut	%		
klein	(n=18)	277,3	6,0	15,4	7,1
midden	(n=19)	691,4	15,0	36,4	6,6
groot	(n=20)	1572,4	34,0	78,6	33,1
grootstedelijk	(n= 4)	2082,0	45,0	520,5	392,0
totaal	(n=61)	4623,1	100,0	75,8	151,1

3.3 Financiën

De kosten van de basisgezondheidsdiensten van 1979 t/m 1983 worden weergegeven in tabel 3.3 onderscheiden naar personeelskosten en overige kosten zoals huisvesting, apparatuur en dergelijke.

Tabel 3.3 De personeels- en overige kosten van de basisgezondheidsdiensten in 1979, 1980, 1981, 1982 en 1983, absoluut en geïndexeerd (1979=100)

	absoluut (x f 1000,-)					geïndexeerd				
	1979	1980	1981	1982	1983	'79	'80	'81	'82	'83
personeelskosten	312.724	334.349	342.144	345.828	332.172	100	107	109	111	106
overige kosten	98.496	113.270	122.254	126.947	124.215	100	115	124	129	126
totale kosten	411.220	447.619	464.398	472.775	456.390	100	109	113	115	111

In samenhang met de daling van het aantal personeelsleden dalen eveneens de kosten van de basisgezondheidsdiensten met $\pm$ 16 miljoen gulden. Het sterkst daalt de post personeelskosten, bij de post overige kosten is de daling minder sterk.

In overeenstemming met de eerdergenoemde gegevens zijn ook de gegevens over de financiering van de basisgezondheidsdiensten (tabel

3.4). In 1983 is er sprake van een vrij sterke daling van de financiering uit de AWBZ, veroorzaakt door de al eerder genoemde RIAGG vorming.

De gemeente neemt met meer dan 50% van de financiering het grootste deel voor haar rekening. De gemeentelijke bijdrage varieert over de jaren 1979 t/m 1983 van 51% tot 55%.

Een vrij constante verhoging vindt plaats bij de post bijdragen van particulieren, vanaf 1979 is deze bijdrage jaarlijks rond 10% gestegen.

Tabel 3.4 De financiering van de basisgezondheidsdiensten naar financieringsbron in 1979, 1980, 1981, 1982 en 1983 (absoluut en in %)

	absoluut (x f 1000,-)					in %				
	1979	1980	1981	1982	1983	'79	'80	'81	'82	'83
gemeente*	226.919	238.322	238.366	258.188	238.543	55,2	53,2	51,3	54,6	52,3
rijk/provincie	25.286	27.161	30.187	30.355	36.662	6,1	6,1	6,5	6,4	8,0
particulieren	21.695	23.563	29.192	32.379	35.755	5,3	5,3	6,2	6,8	7,8
ziekenfonds	77.714	86.075	91.273	90.469	88.197	18,9	19,2	19,7	19,2	19,3
AWBZ	32.361	39.902	41.165	39.240	14.384	7,9	8,9	8,9	8,3	3,2
overige bronnen	27.245	32.596	34.215	22.144	42.848	6,6	7,3	7,4	4,7	9,4
totaal	411.220	447.619	464.398	472.775	456.389	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

*gemeente = gemeentelijke bijdrage + eventuele negatieve saldi

Uitgesplitst naar dienstgrootte (tabel 3.5) blijkt dat er zich tussen de dienstgrootteklassen aanzienlijke verschillen voordoen. Met name in de kleine diensten is de gemeentelijke bijdrage relatief hoog, namelijk bijna 75%. Deels is dit hoge percentage te verklaren uit het praktisch geheel ontbreken in deze categorie van inkomsten uit het ambulancevervoer (ziekenfonds en particulieren).

Tabel 3.5 De financiering van de basisgezondheidsdiensten naar financieringsbron en dienstgrootte in procenten (1983)

financieringsbron	dienstgrootte				
	klein(18)	midden(19)	groot(20)	grootstedelijk(4)	totaal(61)
gemeente	74,9	59,4	49,1	49,2	52,3
rijk/provincie	10,7	6,4	6,3	9,5	8,0
particulieren	4,5	9,8	11,5	4,9	7,8
ziekenfonds	4,5	21,3	28,8	13,8	19,3
AWBZ	0,0	0,0	0,0	6,9	3,2
overige bronnen	5,4	3,1	4,3	15,7	9,4
totaal	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

3.4 De aanwezigheid van een GVO-functionaris naar dienstgrootte

Zoals uit de gegevens gepresenteerd in dit hoofdstuk blijkt, zijn er aanzienlijke verschillen tussen basisgezondheidsdiensten naar omvang, uitgedrukt in het aantal formatieplaatsen.

Uit het AGZ-onderzoek bleek dat verschillen die zich tussen diensten voordoen in belangrijke mate samenhangen met de indeling in dienstgrootte. Waar relevant zal met de indeling in dienstgrootte rekening worden gehouden.

De volgende indeling zal daarbij worden gehanteerd

- kleine: 21 diensten (18 diensten + 3 pas opgerichte diensten die tot deze grootteklasse behoren);
- midden: 19 diensten;
- groot: 24 diensten.

De aanwezigheid van een GVO-functionaris naar dienstgrootte wordt in tabel 3.6 weergegeven.

Tabel 3.6 De aanwezigheid van een GVO-functionaris in de basisgezondheidsdiensten naar dienstgrootte.

GVO-functionaris	Dienstgrootte			totaal
	klein	midden	groot	
Wel aanwezig	3	6	12	21
Niet aanwezig	18	13	12	43
Totaal	21	19	24	64

Het percentage diensten dat een of meer GVO-functionaris(sen) in dienst heeft naar dienstgrootteklasse is repectievelijk:

klein 14%;

midden 32%;

groot 50%.

Er is dus een duidelijke samenhang tussen aanwezigheid van een GVO-functionaris en dienstgrootte.

3.5 Samenvatting

Het aantal basisgezondheidsdiensten is geleidelijk toegenomen tot momenteel (medio 1985) 65. Het aantal regionaal werkende diensten overtreft inmiddels het aantal lokaal werkende diensten.

Het aantal personeelsleden per basisgezondheidsdienst varieert sterk; van minder dan vijf full-time formatieplaatsen tot meer dan duizend full-time formatieplaatsen. 45% van de arbeidsplaatsen wordt ingenomen door de vier grootstedelijke diensten.

Vanaf 1982 kent het aantal bezette arbeidsplaatsen bij basisgezondheidsdiensten een terugloop. Met name wordt dit veroorzaakt door de overdracht van de SPD-functie aan de RIAGG's.

Vanaf 1982 zijn de kosten van de basisgezondheidsdiensten rond 4% gedaald, dit hangt met name samen met de hierboven genoemde personeelsvermindering. De gemeenten nemen meer dan 50% van de kosten voor hun rekening.

Er is een duidelijke samenhang tussen dienstgrootte en de aanwezigheid van een GVO-functionaris. 33% van de basisgezondheidsdiensten heeft één of meer functionarissen in dienst. In grote, midden en kleine diensten bedraagt dat percentage respectievelijk 50%, 32% en 14%.

4. START EN ONTWIKKELING VAN GVO BIJ BASISGEZOND- HEIDSDIENSTEN

In dit hoofdstuk wordt allereerst ingegaan op de start en ontwikkeling van GVO bij basisgezondheidsdiensten.

Vervolgens wordt een schets gegeven van de huidige situatie van de GVO wat betreft personeel, organisatie en financiering.

Hierbij zal met name gebruik worden gemaakt van de tijdens de schriftelijke enquêtes en mondelinge interviews verzamelde informatie.

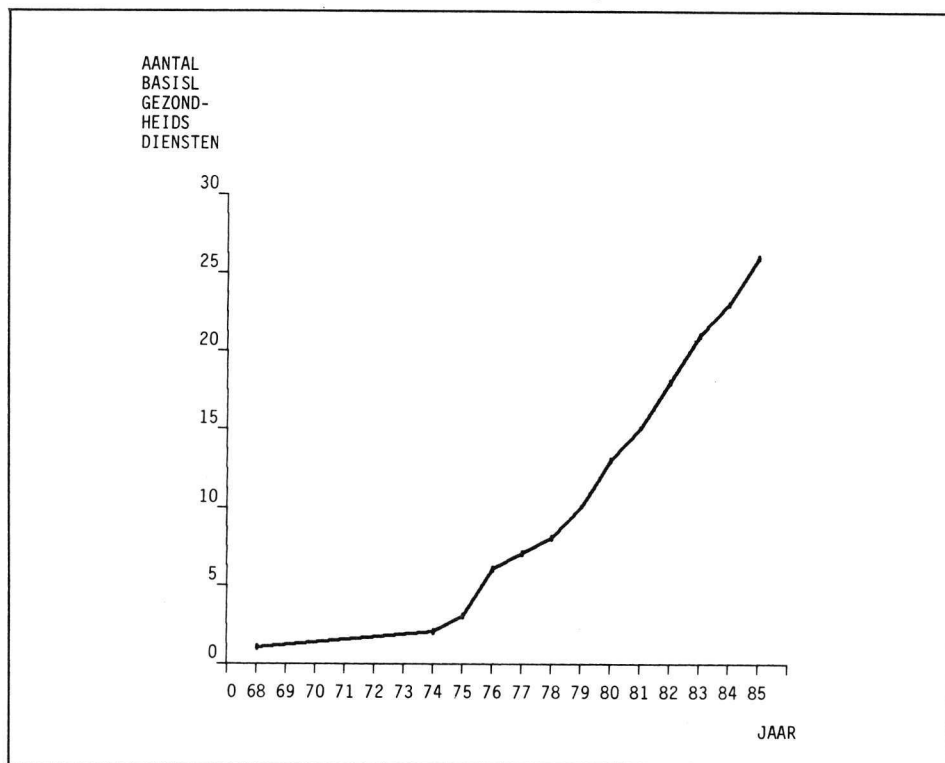
Tot slot zal in dit hoofdstuk de indeling in deeltaken worden weergegeven zoals die in de nota 'Ontwikkeling van GVO bij basisgezondheidsdiensten' staat vermeld.

4.1 Start en ontwikkeling

De eerste GVO-functionaris die bij een basisgezondheidsdienst werd aangesteld was een sociaal-geneeskundige die in 1968 als zodanig werd benoemd bij de GG en GD Rotterdam. Gedurende een aantal jaren was Rotterdam de enige dienst met een afdeling GVO. Vanaf 1974 kent het aantal basisgezondheidsdiensten met een (of meer) GVO-functionarissen een gestage groei.

In grafiek 4.1 wordt deze groei in beeld gebracht.

Grafiek 4.1 Groei van het aantal basisgezondheidsdiensten met één of meer GVO-functionarissen in dienst vanaf 1968 (peildatum 31-12)*



* Op het moment van het onderzoek waren er 21 diensten met één of meer GVO-functionarissen. Eind 1985 waren dat er inmiddels 26. Met name op basis van de per 1 juli 1985 aangepaste stimuleringsregeling basisgezondheidsdiensten.

Op het moment van uitvoering van het onderzoek waren er 21 diensten die één of meer GVO functionarissen in dienst hadden (inclusief 2 diensten die op het moment van het onderzoek een vacature hadden, maar die in het verleden een GVO-functionaris in dienst hadden en bezig waren een nieuwe GVO-functionaris aan te trekken). In kaart 4.1 wordt de spreiding weergegeven van basisgezondheidsdiensten over Nederland, waarbij is aangegeven welke basisgezondheidsdiensten begin 1985 één of meer GVO-functionarissen in dienst hadden.

Kaart 4.1 Basisgezondheidsdiensten met één of meer GVO-functionaris(sen) (situatie 31-12-1985)



Parallel aan de groei van het aantal basisgezondheidsdiensten met een GVO-functionaris groeide ook het aantal GVO-functionarissen dat in totaal in dienst was van de basisgezondheidsdiensten. Dat aantal bedroeg in 1979 - 19,1 (op basis van full-time functie plaatsen); in 1981 - 24,2; in 1983 - 35,9 en medio 1985 - 38,6. Het initiatief voor de start van de GVO-functie bij basisgezondheidsdiensten kwam in het merendeel van de gevallen (13) van de directie of een afdeling van de dienst, in 7 gevallen van de gemeenteraad en in één geval van een werkgroep. Er is geen samenhang

tussen het jaartal van starten en de wijze waarop het initiatief voor de GVO-functie tot stand kwam.

Er is wel enige samenhang tussen de reden voor het aantrekken van een GVO-functionaris en het jaartal van starten (tabel 4.1). Met name bij de diensten waar de benoeming vanaf 1980 dateert wordt als reden niet een specifiek probleem of vraag opgegeven, maar een in algemene termen vervatte reden, tot uitdrukking komend in bijvoorbeeld de wens tot versterking van de preventie of anticiperen op de nieuwe wetgeving.

Bij de eerstbenoemde (t/m 1979) GVO-ers ging het relatief vaak om specifieke problemen zoals alcohol/drugs of TGVO (in verband met het niet doorgaan van fluoridering van het drinkwater).

Tabel 4.1 Reden voor aanstelling van een GVO-functionaris naar tijdstip van benoeming

Reden voor aanstelling GVO-er	t/m 1979	1980 en later	totaal
specifiek probleem	6	2	8
versterking GVO	4	9	13
totaal	10	11	21

Qua opleiding vormen de in de 21 basisgezondheidsdiensten als eerste GVO-functionaris aangestelde personen een heterogeen gezelschap.

De volgende disciplines zijn vertegenwoordigd:

- sociale geneeskunde;
- sociale psychologie;
- sociologie;
- politicologie;
- andragologie;
- huishoudwetenschappen;
- humane voeding;
- marktkunde;

- diëtetiek;
- nieuwe leraren opleiding (nlo);
- pedagogische academie basisonderwijs (pabo);
- verpleegkunde.

De 21 eerstbenoemde GVO-functionarissen bij basisgezondheidsdiensten komen in totaal dus voort uit 12 verschillende disciplines. Enerzijds hangt dit ongetwijfeld samen met het tot voor kort ontbreken van een gerichte opleiding voor GVO-functionaris in Nederland.

Anderzijds houdt het ook verband met een eventuele gegeven specifieke vraagstelling, bijvoorbeeld over voedingsvoorlichting.

In tabel 4.2 worden de disciplines (in hoofdcategorieën) van de eerstbenoemde GVO-ers weergegeven waarbij de diensten naar jaartal van starten in derden zijn opgedeeld.

Zoals blijkt zijn er bij het eerste zevental diensten relatief veel functionarissen uit de sfeer van de gedragswetenschappen.

Het tweede zevental kent relatief veel afgestudeerden van de landbouwhogeschool Wageningen. Het 'jongste' zevental kent meer GVO-functionarissen uit de sfeer van het onderwijs.

Tabel 4.2 De discipline van de eerstbenoemde GVO-ers (in hoofdcategorieën) naar volgorde van aanstelling

discipline	1e zevental	2e zevental	3e zevental	totaal
gedragwetenschappen	4	1	-	5
huishoudwetenschappen (LH)	1	4	1	6
NLO/Pabo	-	-	4	4
diversen	2	2	2	6
	7	7	7	21

De start van de GVO in een dienst wordt naar de mening van de GVO-functionarissen in belangrijke mate bepaald door de hiervoor besproken factoren, te weten:

- de redenen van de dienst of het bestuur om een GVO-functionaris aan te trekken;
- de discipline van de eerst-aangestelde GVO-functionaris.

Andere factoren die naar de mening van de GVO-ers van belang zijn voor de start van de GVO zijn:

- het bestaan of eventueel het ontbreken van een visie van de dienst op GVO;
- de houding ten opzichte van GVO zowel binnen als buiten de dienst;
- het bestaan van concrete vragen in het veld;
- de nieuwe wet- en regelgeving, met name de wet op het basisonderwijs (WBO) en de wet voorzieningen gezondheidszorg (WVG).

Eerdergenoemde factoren bepalen mede de onderwerpen, doelgroepen en contacten waarop de beginnende GVO-functionaris zich in eerste instantie richt.

Ondanks de heterogeniteit van de GVO-ers qua opleiding en de verschillende vraagstelling van waaruit is gestart, worden de volgende onderwerpen frequent genoemd als onderwerp waarmee werd gestart:

- alcohol en drugs (9 maal genoemd);
- tandverzorging (7);
- voeding (6).

Meest genoemde doelgroep waarop de activiteiten primair werden gericht vormen: het onderwijs en/of de jeugdgezondheidszorg.

Voorafgaand of parallel aan deze activiteiten worden vaak oriënterende gesprekken (zowel intern als extern) genoemd als noodzakelijke eerste activiteiten. Dit om prioriteitstelling en taakuitvoering af te stemmen op de behoeften en problemen van de regio.

Postieve en negatieve ervaringen bij de start van de GVO

Als positief wordt door de GVO-ers ervaren:

- beginnen met een zo concreet mogelijk onderwerp, teneinde de GVO-werkwijze zichtbaar te maken;
- aansluiten bij de activiteiten van de eigen dienst;
- ingaan op vragen die op je af komen.

Als negatief wordt door de GVO-ers ervaren:

- ontbreken van een GVO-visie in de dienst;
- druk om je direct waar te maken;
- overladen taak, tekort aan menskracht;
- opgelegde beperkingen bij keuze onderwerp/doelgroep.

Rode draad in de antwoorden naar positieve en negatieve ervaringen bij de start van de GVO vormt de spanning die bestaat tussen enerzijds de noodzaak om te komen tot de opzet van gestructureerde activiteiten en anderzijds het (moeten) inspelen op (vaak ad hoc) vragen vanuit het veld.

Daarnaast speelt in een aantal diensten vrij sterk dat activiteiten concreet gestalte dienen te krijgen, zichtbaar moeten zijn.

Als middelen voor dit laatste worden genoemd:

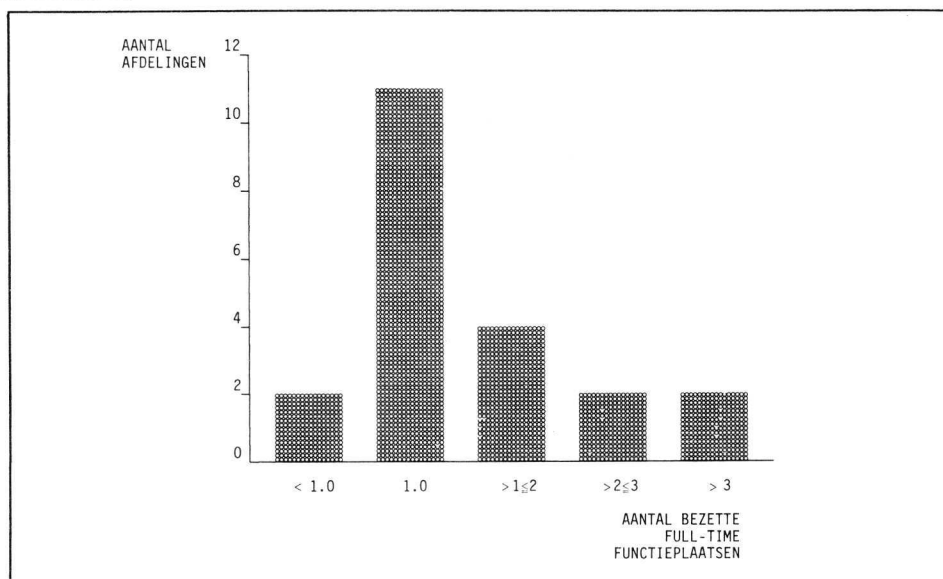
- opzetten en bijhouden van een documentatiecentrum;
- opzetten en uitvoeren van (voorbeeld)projecten;
- ontwikkelen van GVO-materialen.

4.2 De huidige personeelsbezetting van de GVO-afdelingen

De omvang van de huidige afdelingen GVO varieert van één half-timer tot acht full-time bezette formatieplaatsen. In grafiek 4.2 wordt de variatie in afdelingsgrootte in beeld gebracht, waarbij geen rekening is gehouden met functionarissen aangesteld op projectbasis, vrijwilligers en stagiaires.

Zoals blijkt bestaat de helft van de GVO-afdelingen (11) uit één formatieplaats. In 4 gevallen wordt die ene plaats bezet door twee part-timers.

Grafiek 4.2 De omvang van de afdelingen GVO in full-time functieplaatsen*)



*) niet meegeteld zijn medewerkers aangesteld op projectbasis, vrijwilligers en stagiaires. Wel meegeteld zijn bestaande incidentele-vacatures.

Bij de GVO-afdelingen van basisgezondheidsdiensten zijn in totaal 51 personen werkzaam, die 38,6 formatieplaatsen bezetten. Van deze 51 functionarissen werken er 27 in part-time dienstverband; de meesten met een aanstelling voor .5 of .6 full-time formatieplaats.

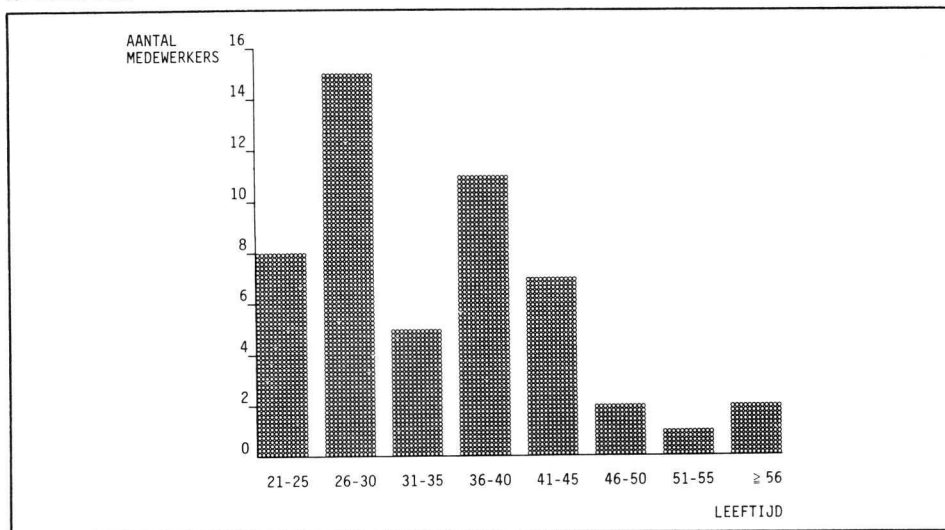
Naar sexe onderscheiden zijn er 37 vrouwen en 14 mannen in de GVO bij basisgezondheidsdiensten werkzaam.

De leeftijdsopbouw wordt in grafiek 4.3. gegeven.

Zoals blijkt vallen de meeste functionarissen werkzaam aan de GVO in de leeftijdsklassen 21-25 jaar en 26-30 jaar. Daarmee samenhangend blijkt ook dat het merendeel vrij kort (minder dan 5 jaar)

werkzaam in de GVO. Slechts 8 van de 51 functionarissen werken al 10 jaar of langer aan GVO.

Grafiek 4.3 De leeftijdsopbouw van de medewerkers van de afdelingen GVO



De disciplines van de 51 medewerkers aan de afdelingen GVO worden hieronder weergegeven ingedeeld naar omvang van de afdelingen GVO.

Tabel 4.3 De disciplines van de GVO-ers (medio 1985) naar afdelingsgrootte

disciplines	afdelingsgrootte		totaal
	klein (≤ 1.0)	groot (> 1.0)	
gedragswetenschappen	2	6	8
huishoudwetenschappen (IH)	3	6	9
pabo/nlo/m.o. pedagogiek	6	4	10
(para)medisch	3	6	9
administratief/secretariaat	1	9	10
overige	-	5	5
totaal	15	36	51

De huidige 51 GVO-ers zijn uit 17 verschillende opleidingen afkomstig, in tabel 4.3 zijn deze tot 6 groepen samengenomen.

Naast medewerkers in vaste dienst hebben 6 afdelingen GVO ook medewerkers op projectbasis in dienst, variërend in aantal van 1 tot zelfs 6 functionarissen. Daarnaast werken nog 4 afdelingen met vrijwilligers.

Als voordeel hiervoor geldt uiteraard dat projecten op basis van tijdelijk personeel of vrijwilligers realiseerbaar worden.

Als bezwaar wordt met name genoemd het beslag dat door de tijdelijke medewerkers wordt gelegd op het vaste personeel (begeleiding, training) en het gebrek aan continuïteit. Vooral als GVO op een specifiek deelterrein veel contacten met andere personen en instellingen vraagt is een zekere mate van continuïteit een belangrijke voorwaarde.

4.3 De organisatie-structuur van de afdelingen GVO

Wat betreft de organisatie-structuur van de basisgezondheidsdiensten ten aanzien van de GVO-functie zijn er drie hoofdvarianten te onderscheiden (figuur 4.1).

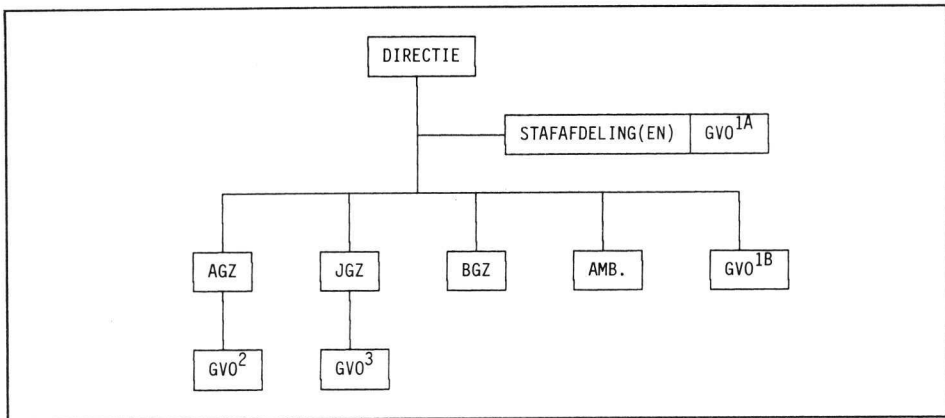
In de eerste plaats is er de constructie dat de GVO-functie apart is ondergebracht. Dit kan zowel zijn in de vorm van een lijnafdeling als van een stafafdeling (1A en 1B). In de praktijk worden er in het functioneren geen verschillen ervaren tussen het functioneren als lijnafdeling en stafafdeling.

Ook als men als lijnafdeling is geschetst in de organisatie, dan worden er tal van stafachtige - ondersteunende - werkzaamheden voor de andere afdelingen van de dienst verricht. Anderzijds kent ook elke stafafdeling GVO eigen, zelfstandige (externe) werkzaamheden.

Nauw verwant aan de bovengenoemde organisatiestructuur, is die waarbij de GVO-functionaris is ondergebracht bij de afdeling AGZ

(2). Afdelingen AGZ hebben naast enkele specifieke taken zoals infectieziektenbestrijding en sociaal-medische advisering van oudsher een aantal taken in de faciliterende sfeer ten behoeve van de andere afdelingen. Naast GVO betreft dit bijvoorbeeld epidemiologie en beleidsadvisering.

Figuur 4.1 De drie hoofdvarianten met betrekking tot de organisatie van de GVO-functie in een basisgezondheidsdienst



Redenen om in de organisatie-structuur de GVO-functie onder te brengen volgens variant 1A, 1B of 2 zijn met name gelegen in de personeelsomvang van zowel de dienst als totaal en van de afdeling GVO. Vooral in de kleinere diensten wordt variant 2 voorgestaan, in de grotere diensten 1A of 1B.

Anders is de situatie over het algemeen als de GVO-functie is ondergebracht bij de afdeling JGZ. GVO-ondersteuning blijft dan sterker beperkt tot de JGZ, naar taakgebieden als AGZ, BGZ en AMB liggen dan doorgaans weinig of geen contacten.

In tabel 4.4 wordt de frequentie van het voorkomen van de onderscheiden varianten weergegeven naar personeelsomvang van de afdeling, waarbij zijn onderscheiden afdelingen met meer dan één bezette full-time functieplaats en afdelingen met één bezette full-time functieplaats of kleiner.

Tabel 4.4 De wijze van organisatie van de GVO-functie naar omvang van de afdeling GVO

	≤1 fp	>1 fp	totaal
Aparte stafachtige afdeling	3	7	10
Ondergebracht bij AGZ	7	-	7
Ondergebracht bij JGZ	3	1	4
	13	8	21

Duidelijk blijkt uit deze tabel dat kleine afdelingen GVO overwegend bij AGZ of JGZ zijn ondergebracht, de grotere afdelingen als een aparte afdeling.

De GVO-functionarissen zijn doorgaans verantwoording schuldig aan de directie van de dienst, het hoofd van de afdeling AGZ of JGZ of GVO (indien de GVO-afdeling een eigen hoofd heeft). Van de wat grotere afdelingen hebben er 6 een als zodanig benoemd hoofd.

In twee gevallen is er sprake van een aparte begeleidingscommissie waaraan de GVO-functionarissen verantwoording schuldig zijn. Naast de voordelen die bij deze laatste constructie bij de start van de GVO-functionaris worden ervaren, zoals de relatief goede entree in de instellingen die in de begeleidingscommissie zijn vertegenwoordigd, wordt de dubbele verantwoordelijkheid - zowel naar de commissie als naar de directie - op den duur als belemmerend voor een goed functioneren ervaren. Enkele diensten die deze constructie hebben gekend zijn daarvan dan ook teruggekomen.

In plaats daarvan werken praktisch alle GVO-ers sterk met en vanuit werkgroepen die per onderwerp/probleemgebied/thema zijn geformeerd.

4.4 Schaalgrootte

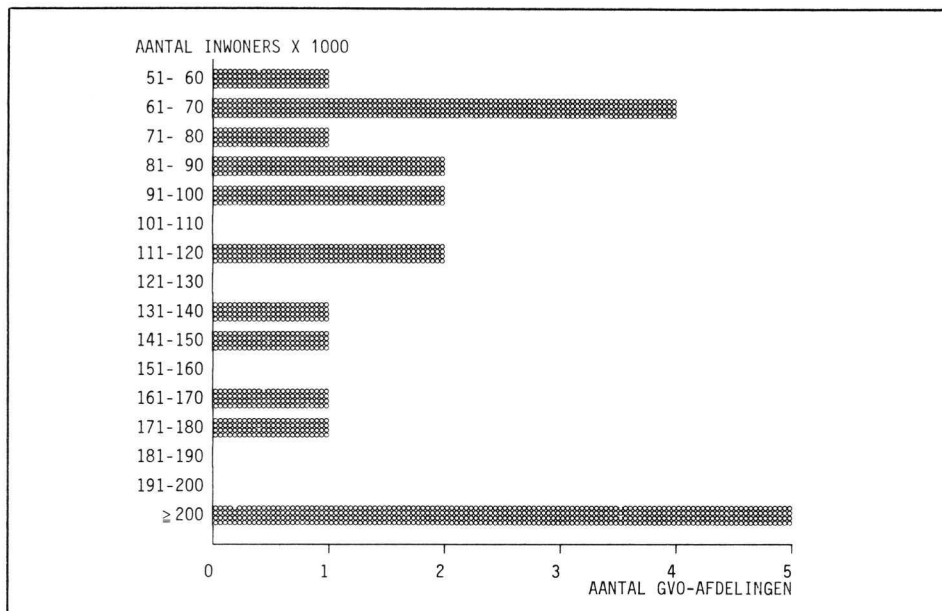
De schaalgrootte van de huidige GVO-afdelingen bij basisgezondheidsdiensten uitgedrukt in het aantal verzorgde inwoners loopt in praktisch alle gevallen parallel met het verzorgingsgebied van de basisgezondheidsdienst in totaal.

Slechts in enkele gevallen wijken de verzorgingsgebieden van de GVO en de dienst van elkaar af. Dit komt dan bijvoorbeeld omdat de contacten van de GVO zich wat verder uitstrekken dan het formele verzorgingsgebied of omdat een aantal gemeenten nog geen GVO afneemt.

De huidige schaalgrootte varieert van 61.000 verzorgde inwoners tot 680.000 verzorgde inwoners. Gemiddeld over de 21 afdelingen is het aantal verzorgde inwoners 220.000.

Het aantal verzorgde inwoners per full-time GVO-functionaris per GVO-afdeling wordt weergegeven in grafiek 4.4.

Grafiek 4.4 Het aantal verzorgde inwoners per full-time GVO-er per GVO-afdeling



Het aantal verzorgde inwoners per GVO-functionaris varieert van 50.000 tot 600.000.

In laatstgenoemd geval hangt dit echter duidelijk samen met de aanwezigheid van een regionaal samenwerkingsverband GVO.

Welke schaalgrootte optimaal is, is moeilijk te beantwoorden; vanuit de GVO wordt een aantal problemen aangedragen.

Kenmerkende illustraties hiervoor zijn onder meer:

"Bij het uitsluitend intern werken is de schaalgrootte qua inwonersaantal van weinig belang".

"Aard en omvang van het werkgebied en de beschikbare middelen bepalen in belangrijke mate de wijze van werken".

"Bij GVO kun je nauwelijks spreken van te groot- of te kleinschalig, GVO kent een sterk elastische vraag, de mogelijkheden zijn bijna onbeperkt".

"Een belangrijke basis voor het GVO-werk is het om alle belangrijke ontwikkelingen te volgen en de relevante personen te kennen, bij de huidige schaalgrootte is dat in belangrijke mate realiseerbaar".

Problemen die worden genoemd met de gegeven schaalgrootte betreffen met name de onmogelijkheid om met de gegeven arbeidskracht de taak voldoende inhoud te geven, vooral gezien in het licht van de in de nota Ontwikkeling van GVO bij basisgezondheidsdiensten geformuleerde vijf deeltaken.

Problemen met een te kleine schaal worden genoemd in samenhang met het feit dat andere instellingen waarmee men te maken heeft zoals schoolbegeleidingsdiensten, RIAGG's, CAD's en dergelijke op een andere - vaak grotere - schaal werken; dit belemmert het opbouwen van goede samenwerkingsrelaties.

4.5 De kosten en financiering van de GVO

Wat betreft de kosten en financiering van GVO bij basisgezondheidsdiensten is de informatie-verzameling vrij globaal gebleven omdat het voor de betreffende diensten moeilijk bleek de post GVO duidelijk te isoleren van de andere kostenposten.

De kosten van GVO bij basisgezondheidsdiensten zijn in hoofdzaak afhankelijk van drie factoren:

- loonkosten van de GVO;
- huisvestingskosten, verwarming, afschrijving inrichting en dergelijke;
- materiaalkosten.

De loonkosten per GVO-functionaris zijn afhankelijk van het opleidingsniveau en de ervaring van de desbetreffende functionaris. Globaal kunnen deze kosten worden geschat op f 60.000,- à f 100.000,- (salariskosten inclusief sociale lasten).

De tweede post betreft huisvestingskosten en dergelijke. Onder verwijzing naar het AGZ-onderzoek worden deze gesteld op 35% van de loonkosten.

Het totaal aan kosten voor beide eerstgenoemde posten komt daarmee gemiddeld genomen op zo'n f 110.000,- (f 80.000 + 35%). Hierbij is

bovendien nog geen rekening gehouden met eventuele kosten voor secretariële ondersteuning.

Bij de GVO-functie dient echter expliciet rekening te worden gehouden met extra kosten voor onder meer de ontwikkeling van GVO-materialen, de verstrekking van GVO-materialen, de uitvoering of opzet van projecten, de opzet van een documentatiecentrum, de aanschaf van audio-visuele middelen etc.

Van de 21 afdelingen GVO hebben er 12 voor dergelijke kosten een budget, variërend in omvang van f 2.000,- - f 72.000,-.

De gemiddelde omvang van het eigen budget bedraagt f 37.000,-.

Bij kleine afdelingen (≤ 1 fp) rond de f 20.000,- in de grotere afdelingen (> 1 fp) rond de f 50.000,-.

De beschikking over een eigen budget wordt door de GVO-functionarissen unaniem als positief en wenselijk ervaren, omdat zo de noodzakelijke investeringen zo planmatig mogelijk kunnen verlopen. Voorwaarde is echter wel dat het budget niet te beperkt moet zijn. In kleine diensten, die voor de dienst in z'n totaliteit een vrij gering budget hebben, levert de realisatie van een deelbudget een aantal praktische problemen op, zoals het te klein worden van de deelbudgetten voor het doen van noodzakelijke investeringen.

Als belangrijkste financieringsbron wordt door de GVO-ers de gemeente genoemd. Voor GVO bij basisgezondheidsdiensten bestaat geen aparte financieringsregeling. Wel is in de stimuleringsregeling basisgezondheidsdiensten van 1 juli 1985 GVO expliciet opgenomen.

Op de tijdens het onderzoek geldende regel dat de gemeente de GVO uit de algemene middelen financiert zijn echter een aantal uitzonderingen, te weten:

- in de noordelijke provincies zijn de GVO-ers aangetrokken op basis van de zogenaamde ISP subsidies (Integraal StructuurPlan Noorden des Lands);
- in Limburg is de aanstelling van de GVO-ers gerealiseerd in het kader van het extra arbeidsplaatsenplan quartaire sector PNL-gebied;

- bij 6 afdelingen GVO wordt deels gewerkt met medewerkers op projectbasis die geheel of gedeeltelijk worden gefinancierd door externe subsidies zoals bijvoorbeeld het preventiefonds, het ziekenfonds, de provincie of het ministerie van WVC;
- in enkele gevallen is een medewerker aangetrokken op basis van werkverruimende maatregelen.

Als bezwaar bij de beide laatstgenoemde mogelijkheden wordt echter door de GVO-ers het gebrek aan continuïteit genoemd. Vooral als het werk met zich meebrengt dat een netwerk aan relaties moet worden opgebouwd en onderhouden, dan geldt het gebrek aan continuïteit als een groot probleem. Dit nog afgezien van de tijd die de vaste formatie van een afdeling moet investeren in de begeleiding en training van de projectmedewerkers.

4.6 De nota 'Ontwikkeling van GVO bij basisgezondheidsdiensten'

De GVO bij basisgezondheidsdiensten uitgedrukt in aantal basisgezondheidsdiensten met een of meer GVO-functionarissen en het totaal aantal GVO-ers werkzaam bij basisgezondheidsdiensten kent sinds 1974 een gestage groei.

Voor de inhoudelijke gedachtevorming met betrekking tot de GVO-functie bij basisgezondheidsdiensten is de voorbereiding en het verschijnen van de nota 'Ontwikkeling van GVO bij basisgezondheidsdiensten' (februari 1984) van belang.

De daarin gepresenteerde taakomschrijving omvat vijf deeltaken, te weten: interne GVO, externe GVO, beleidsadvisering, beleidsonderzoek en samenwerking en afstemming.

Unaniem zijn de GVO-ers van oordeel dat de in de nota gepresenteerde visie met betrekking tot GVO bij basisgezondheidsdiensten in grote lijnen de juiste is. In recente locale nota's over GVO

en/of taakomschrijvingen wordt dan ook frequent gebruik gemaakt van de in de nota gepresenteerde visie.

Opmerkingen die naar aanleiding van de nota door de GVO-ers bij basisgezondheidsdiensten worden gemaakt betreffen de volgende aspecten:

- De gepresenteerde taakbeschrijving in de nota bergt het gevaar in zich van een normatieve opstelling. Bij het concreet gestalte geven aan de deeltaken dient ook rekening te worden gehouden met lokale (regionale) structuren en situaties. Er moet in geen geval een concurrentie-positie tussen GVO-ers werkzaam vanuit verschillende instellingen ontstaan, er is werk genoeg.
- De deeltaken zijn theoretisch zinvol te onderscheiden, maar in de praktijk worden de deeltaken praktisch altijd in samenhang met elkaar vervuld.
- Voor een beginnende GVO-er is het totale pakket aan deeltaken veel te zwaar; vooral als er maar één GVO-functionaris is benoemd.
- Door de beperkte personele en financiële middelen is vooral voor de kleinere afdelingen nauwelijks gestalte te geven aan de deeltaken beleidsadvisering en onderzoek.
- Een belangrijk deel van de werkzaamheden van een GVO-er wordt gevormd door praktisch onbenoembare activiteiten in de algemene voorwaardenscheppende sfeer. Deze zijn in de deeltaken niet of nauwelijks onder te brengen.
- Bij de grotere diensten/afdelingen spelen ook aspecten als algemeen beheer/management een rol, deze komen als zodanig niet in de deeltaken naar voren.

Rekening houdend met de gemaakte opmerkingen wordt in de volgende drie hoofdstukken ingegaan op de onderscheiden deeltaken van de GVO bij basisgezondheidsdiensten.

De drie deeltaken met een meer voorwaardenscheppend karakter, namelijk samenwerking, beleidsadvisering en onderzoek zullen in één

hoofdstuk worden behandeld. Schematisch is dit als volgt weer te geven (schema 4.1):

Schema 4.1 De deeltaken GVO

Interne GVO	GVO activiteiten gericht op de medewerkers van de eigen dienst	hoofdstuk 5
Externe GVO	GVO activiteiten gericht op de werkers van organisatie buiten de eigen dienst of groepen uit de bevolking	hoofdstuk 6
Voorwaardenschappende activiteiten		hoofdstuk 7
	beleidsadvisering	
	beleidsonderbouwend onderzoek	
	samenwerking en afstemming	
	overige voorwaardenschappende activiteiten	

4.7 Samenvatting

Het aantal basisgezondheidsdiensten met één of meer GVO-functionarissen kent sinds de start van de eerste afdeling in 1968 een groei tot 26 per 31-12-1985.

Nu per 1 juli 1985 de aangepaste stimuleringsregeling basisgezondheidsdiensten van kracht is geworden is een snellere groei in de komende tijd te verwachten (zie ook hoofdstuk 9).

De aanstelling van de eerste GVO-functionarissen gebeurde in het verleden veelal in verband met een specifiek probleem (uitblijven van fluoridering, alcohol- en drugsproblematiek). In de laatste jaren zijn meer algemene redenen de aanleiding, zoals de wens tot versterking van de collectieve preventie.

De eerstbenoemde GVO-functionarissen bij de basisgezondheidsdiensten zijn qua discipline heterogeen. Relatief sterk vertegenwoor-

digd zijn de gedragswetenschappen en huishoudwetenschappen. Met name de laatste jaren komen ook onderwijsdisciplines vaker voor.

Bij de start van de GVO in een basisgezondheidsdienst is het belangrijk dat de dienst er in slaagt een evenwicht te vinden tussen enerzijds de opzet van gestructureerde activiteiten en anderzijds het inspelen op ad hoc vragen vanuit het veld.

De omvang van de huidige afdelingen GVO varieert van een halve tot acht formatie-plaatsen (op full-time basis). De helft van de GVO-afdelingen bestaat uit één formatie-plaats.

Bijna de helft van de afdelingen GVO maakt gebruik van tijdelijk personeel (doorgaans op projectbasis) en/of vrijwilligers.

Het organisatorisch onderbrengen van de GVO-functie als stafafdeling, zelfstandige lijnafdeling dan wel als onderdeel van AGZ, wordt met name bepaald door de personeelsomvang van de dienst als totaal en van de afdeling GVO.

Als de GVO-functionaris(sen) is (zijn) ondergebracht bij de afdeling JGZ, dan blijft de GVO-ondersteuning sterk(er) beperkt tot JGZ. Als de GVO-functie is bedoeld voor de algemene ondersteuning op het terrein van de GVO in de dienst, dan verdient deze constructie niet de voorkeur.

Het werken met aparte begeleidingscommissies ten behoeve van de GVO bergt het gevaar in zich dat er onduidelijkheid kan ontstaan in verband met de dubbele verantwoordelijkheid van de GVO-functionaris, zowel naar de begeleidingscommissie als naar de directie van de dienst.

Vanuit de praktijk van de GVO bij basisgezondheidsdiensten is niet een duidelijke optimale schaalgrootte aan te geven. Dit is sterk afhankelijk van de visie en de invulling van de GVO door de basisgezondheidsdienst.

In de praktijk wordt bij de opzet van een GVO-functie nogal eens onderschat dat naast loon- en huisvestingskosten van de GVO-functionaris, rekening moet worden gehouden met een kostenpost voor administratie en onder meer de ontwikkeling en verstrekking van GVO-materialen, de uitvoering en evaluatie van projecten en de opzet van een documentatiecentrum.

Vanuit de afdelingen GVO bestaat een sterke voorkeur om met betrekking tot de hierboven genoemde kostenposten te werken vanuit een specifiek GVO-budget. Bij 50% van de GVO-afdelingen beschikt met reeds over een dergelijk budget van gemiddeld f 37.000,-.

Als belangrijkste financieringsbron voor de GVO wordt de gemeente genoemd. Daarnaast heeft een aantal diensten een GVO-functie gerealiseerd op basis van regionale werkgelegenheids/stimuleringsregelingen. (Op het moment van het onderzoek was de aangepaste stimuleringsregeling basisgezondheidsdiensten nog niet van kracht).

De in de nota 'Ontwikkeling van GVO bij basisgezondheidsdiensten' weergegeven visie over GVO wordt door alle GVO-afdelingen in grote lijnen onderschreven.

Aandacht voor het gedrag van mensen en de invloed daarvan op hun gezondheid is een essentieel onderdeel van het normale werk van de medewerkers van een basisgezondheidsdienst. De ontwikkeling en uitvoering van GVO behoort dan ook te zijn ingebouwd in het werk van de medewerkers.

Ter stimulering en begeleiding van deze GVO-activiteiten kunnen GVO-functionarissen een belangrijke functie vervullen. Deze taak van GVO-functionarissen wordt in de nota 'Ontwikkelingen van GVO bij basisgezondheidsdiensten' benoemd als 'interne GVO'.

Kort samengevat zou men kunnen stellen dat interne GVO die GVO-activiteiten van GVO-functionarissen betreft die gericht zijn op de medewerkers van de eigen dienst.

Dit hoofdstuk handelt over de interne GVO en de GVO-activiteiten van met name de taakgebieden jeugdgezondheidszorg (JGZ), bedrijfsgezondheidszorg (BGZ), algemene gezondheidszorg (AGZ) en ambulancevervoer (AMB). De taakgebieden jeugd tandzorg (JTZ) en geestelijke gezondheidszorg (GGZ) blijven verder buiten beschouwing omdat het slechts om enkele diensten gaat die die taken uitvoeren.

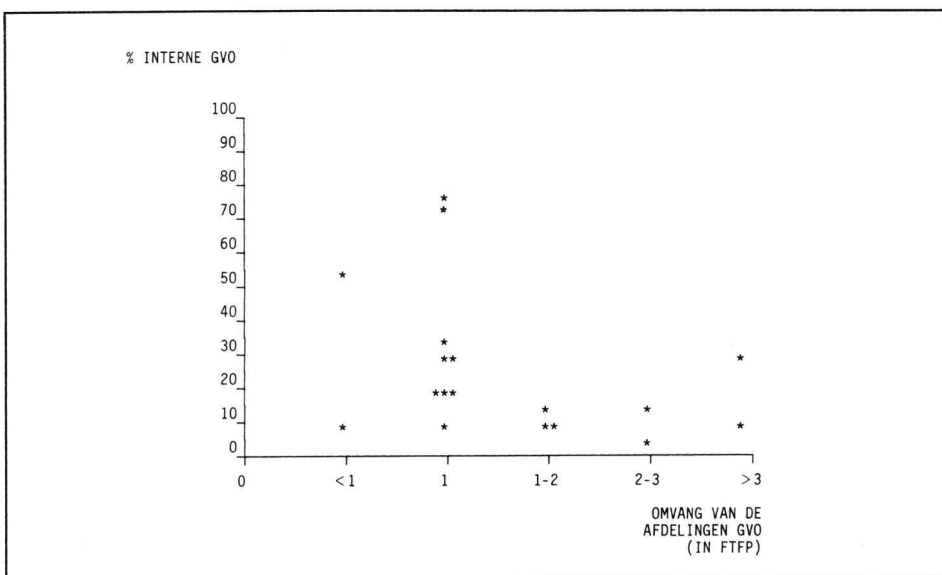
Enerzijds wordt een beschrijving gegeven van de GVO die in het werk van de genoemde afdelingen is ingebouwd en de daarvoor als gewenst aangegeven en ontvangen ondersteuning van GVO-functionarissen. Anderzijds wordt ingegaan op de activiteiten van de GVO-functionarissen ter stimulering en ondersteuning van de GVO-activiteiten van de diverse taakgebieden.

5.1 De tijdsinvestering^{*}

Alle afdelingen GVO besteden tijd aan de deeltaak interne GVO. Deze tijdsinvestering varieert per GVO-afdeling van 5% - 75% en is gemiddeld over de afdelingen 26,4%.

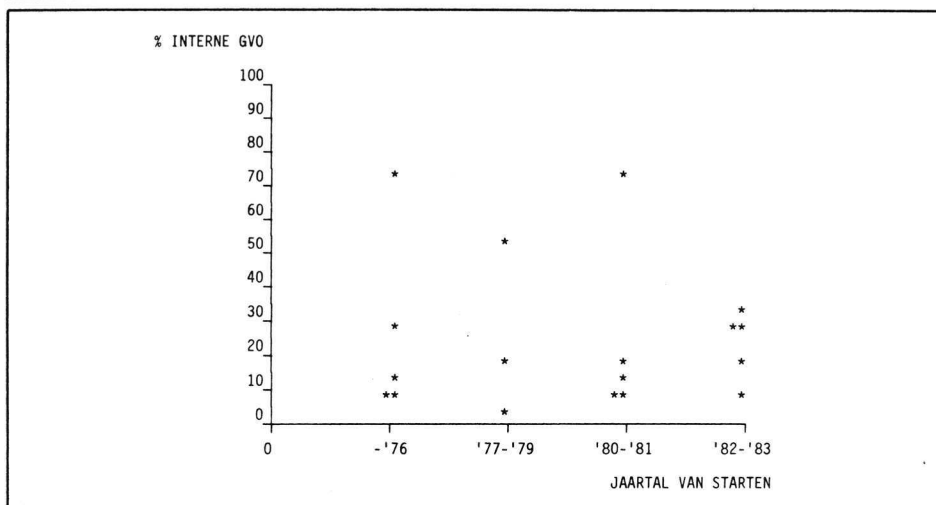
In figuur 5.1 en 5.2 wordt met behulp van puntenwolken weergegeven de aan interne GVO bestede tijd per afdeling GVO naar respectievelijk afdelingsgrootte en jaar van starten van de GVO.

Figuur 5.1 % Interne GVO naar omvang van de afdelingen GVO (n = 18)



^{*} Bij deze en volgende gegevens over de tijdsbesteding gaat het om 18 afdelingen GVO. Voor 3 afdelingen was het in verband met vacatures niet mogelijk schattingen van de geïnvesteerde tijd te geven.

Figuur 5.2 % Interne GVO naar jaartal van start van de afdelingen GVO (n = 18)



In de kleine afdelingen GVO (≤ 1.0 formatieplaats) is de gemiddelde tijdsinvestering aan interne GVO 34,5%, bij de wat grotere afdelingen 17,9%.

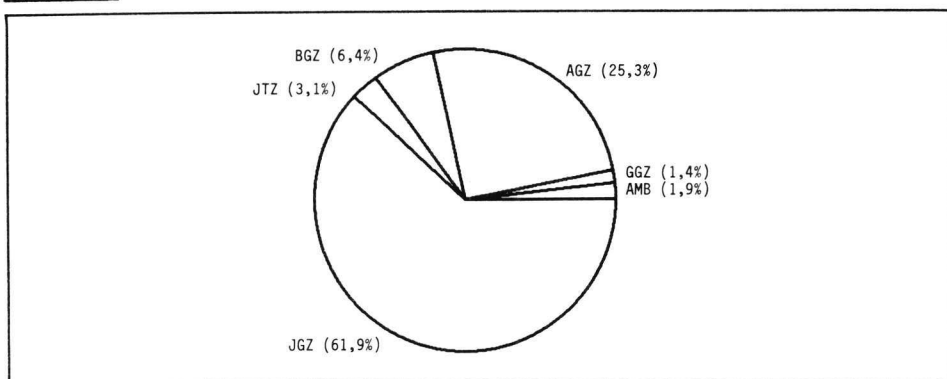
Bij de indeling naar jaartal van starten doen zich tussen de individuele afdelingen grote verschillen voor, maar hierin is geen systematiek te onderkennen.

De verdeling van de tijd besteed aan interne GVO over de taakgebieden van basisgezondheidsdiensten - gemiddeld over de afdelingen - wordt weergegeven in figuur 5.3, waarbij het totaal aan interne GVO op 100% is gesteld.

Zoals blijkt is de tijdsinvestering grotendeels gericht op de afdeling JGZ en AGZ.

Voor de taakgebieden JGZ, AGZ, BGZ en AMB wordt in de volgende paragrafen nader op de inhoud ingegaan.

Figuur 5.3 De procentuele verdeling van de interne GVO-activiteiten naar taakgebied



5.2 Jeugdgezondheidszorg

Aan de schriftelijke enquête gericht op de afdelingen JGZ van de basisgezondheidsdiensten is door 60 afdelingen meegewerkt. Voor zover was na te gaan waren dat alle afdelingen JGZ van basisgezondheidsdiensten.

De invulling gebeurde in de meeste gevallen door het hoofd van de afdeling.

Alle 60 afdelingen geven aan dat tijdens de individuele contacten GVO een belangrijk deel of vaak deel uitmaakt van het werk.

Op één afdeling na geven alle afdelingen JGZ aan ook schriftelijk GVO te geven, 16 vaak (27%), 43 soms (72%), hetgeen zowel gebeurt door de verspreiding van folders als door het publiceren in (school)kranten en dergelijke.

Groepsgewijze GVO wordt in 11 afdelingen JGZ (18%) (practisch) nooit gedaan en in 34 afdelingen (57%) een paar maal per jaar. Bij 15 afdelingen (25%) betreft dit een maandelijks tot zelfs dagelijkse activiteit.

Groepen waar het in concreto om gaat zijn met name:

- ouders (ouderavonden, koffieochtenden);
- leerlingen, zowel van het basis- als het voortgezet onderwijs;

- buitenlandse moeders - migranten;
- leerkrachten, leerlingen pedagogische academies.

Thematisch aan GVO werken zeggen 26 afdelingen JGZ (43%) te doen.

De meest genoemde onderwerpen zijn hierbij:

- voeding (8 maal genoemd);
- veiligheid (7);
- voorbereiding PGO (7);
- alcohol/drugs (6);
- hoofdluis (4);
- invoering GVO in het basisonderwijs (4);
- dikke kinderen (3);
- seksuele opvoeding (3).

Andere één maal genoemde onderwerpen zijn: geboortebeperking, hygiëne van de schoolgebouwen, tandverzorging, migranten, vuurwerk, besmettelijke ziekten en kinderziekten, brandwonden, verstandig sporten, relationele vorming, gezondheidsmap, kind en echtscheiding, vergiftiging bij kleuters en communicatie.

Nagegaan is of er een samenhang bestaat tussen de mate waarin de afdelingen JGZ aan GVO werken en twee andere variabelen, te weten:

- de grootte van de basisgezondheidsdienst;
- de aanwezigheid van een GVO-functionaris in de dienst.

Tussen beide genoemde variabelen en de GVO-activiteiten doen zich geen significante verbanden* voor.

Er is wel een lichte samenhang tussen de aanwezigheid van een GVO'er en:

- de frequentie waarmee groepsgewijze GVO wordt gegeven;

* criterium hiervoor is dat de kans dat een verband op toeval berust kleiner is dan 5%.

- het thematisch aan GVO werken.

De twee laatstgenoemde activiteiten worden vaker gedaan in diensten met een eigen GVO-functionaris, in geen van beide gevallen is het verband echter significant.

Voor de uitvoering van de GVO-activiteiten geven alle 60 afdelingen JGZ aan behoefte te hebben aan ondersteuning door gespecialiseerde GVO-ers. De JGZ-afdelingen geven 17 maal (28%) aan deze behoefte soms te hebben, 34 maal (57%) vaak en 9 maal (15%) altijd.

Tussen de behoefte aan ondersteuning, dienstgrootte of aanwezigheid van een GVO-er in de eigen dienst bestaat geen verband.

In totaal geven 29 afdelingen aan ondersteuning te krijgen; 14 van de GVO-ers binnen de eigen dienst, 14 van GVO-ers buiten de eigen dienst en 1 van beide.

Genoemde instellingen buiten de eigen dienst zijn:

- regionale samenwerkingsverbanden GVO (8 maal genoemd);
- andere basisgezondheidsdiensten (8);
- een aantal categorale en landelijke instellingen die incidenteel worden genoemd, zoals: de inspectie voor de volksgezondheid, ivoren kruis, landelijk centrum dienstverlening GVO, voorlichtingsbureau voor de voeding, vereniging tegen kindermishandeling, bureau voorlichting buitenlanders.

Om na te gaan of de ondersteuning door GVO-ers momenteel als voldoende wordt ervaren, is aan de JGZ hierover een vraag voorgelegd. Hierbij zijn negen deelterreinen onderscheiden waarop ondersteuning kan plaatsvinden.

De ervaring van de JGZ met betrekking tot de verkregen ondersteuning vanuit de eigen dienst wordt weergegeven in tabel 5.1.

Tabel 5.1 Het oordeel van de afdelingen JGZ over de door de GVO van de eigen dienst geboden ondersteuning

ondersteunende deelactiviteiten	oordeel over ondersteuning			wn nvt	totaal*
	+	±	-		
beleidsontwikkeling	7	5	1	2	15
consultatie	10	1	2	2	15
deskundigheidsbevordering	4	3	4	4	15
GVO projectontwikkeling	7	3	1	4	15
GVO projectuitvoering	6	2	2	5	15
evaluatie/onderzoek	3	4	2	6	15
levering voorlichtingsmateriaal	11	-	1	3	15
documentatie	10	-	2	3	15
administratieve ondersteuning	3	2	2	8	15

+ = voldoende; ± = twijfel; - = onvoldoende

wn/nvt = weet niet, niet van toepassing

*Alleen die afdelingen JGZ zijn hierbij betrokken die in de enquête te kennen hebben gegeven GVO-ondersteuning vanuit de eigen dienst te verkrijgen.

Ondersteunende activiteiten vanuit de eigen dienst die het meest frequent als voldoende worden aangemerkt zijn: consultatie, levering voorlichtingsmateriaal en documentatie. Weinig als voldoende worden ervaren: deskundigheidsbevordering, evaluatie/onderzoek en administratieve ondersteuning. In laatstgenoemde gevallen is echter het aantal afdelingen dat weet niet/niet van toepassing heeft ingevuld vrij groot. Mogelijke verklaringen zijn hiervoor dat er geen ervaring is met dergelijke vormen van ondersteuning of dat er weinig behoefte aan dergelijke ondersteunende activiteiten bestaat.

De ondersteuning van buiten de eigen dienst toont globaal genomen hetzelfde patroon, zij het dat de ondersteuning in sterkere mate als onvoldoende wordt ervaren.

In de mondelinge enquête bij de GVO-ers is de vraag voorgelegd in welke mate ondersteuning wordt gegeven aan de afdelingen JGZ. Hierbij zijn dezelfde negen deelterreinen onderscheiden als in de schriftelijke enquête bij de JGZ.

De antwoorden van de GVO worden weergegeven in tabel 5.2.

Tabel 5.2 De door de GVO aangegeven intensiteit van ondersteuning op negen deelterreinen ten behoeve van de afdelingen JGZ

ondersteunende deelactiviteiten	intensiteit ondersteuning			totaal*
	000	00	0	
beleidsontwikkeling	2	7	10	19
consultatie	6	10	3	19
deskundigheidsbevordering	4	6	9	19
GVO projectontwikkeling	9	7	3	19
GVO projectuitvoering	3	5	11	19
evaluatie/onderzoek	3	4	12	19
levering voorlichtingsmateriaal	5	8	6	19
documentatie	4	8	7	19
administratieve ondersteuning	-	2	17	19

000 = vaak/gestructureerd

00 = incidenteel/ad hoc

0 = niet/nauwelijks

*Bij 2 diensten was deze vraag (nog) niet te beantwoorden.

Meest genoemde activiteiten die frequent worden uitgevoerd ten behoeve van de JGZ zijn: GVO project ontwikkeling, consultatie, levering voorlichtingsmateriaal en documentatie.

Als activiteiten die door de JGZ afdelingen als onvoldoende worden ervaren en waaraan de GVO-functionarissen weinig toekomen ten behoeve van de JGZ zijn: deskundigheidsbevordering en evaluatie/onderzoek. Over deze beide taken lijkt eenstemmigheid te bestaan.

plannen

Van de afdelingen JGZ geven er 35 (58%) aan in de toekomst meer aan GVO te willen gaan werken, 5 afdelingen (8%) willen anders dan tot nog toe aan GVO gaan werken en 12 (20%) meer en anders.

De inhoud van de plannen betreft met name het volgende:

- mogelijke komst van een GVO-er (10 maal genoemd);
- projectmatig en thematisch aan GVO werken (18);

Genoemde thema's zijn: onderwijs, voeding, veiligheid, migranten, GVO tijdens het periodiek geneeskundig onderzoek PGO, GVO ter voorbereiding van het PGO, verstandig sporten, houding, overblijven op school, ongevallen in en om school, medisch hygiënische aspecten van het schoolgebouw, hoofdluis en bedplassen;

- inspelen op de ontwikkelingen met betrekking tot de wet op het basisonderwijs (WBO); opstelling schoolwerkplan-onderdeel 'bevorderen van gezond gedrag' (10);
- integratie van TGVO in het werk van de JGZ (6).

Vanuit de GVO worden de volgende wensen en plannen genoemd met betrekking tot de GVO bij de afdelingen JGZ:

- versterken ondersteuning en samenwerking algemeen (11);
- meer projectmatig gaan werken (8).

Daarnaast wordt enkele keren de wens geuit de afdelingen JGZ sterker te betrekken bij de ontwikkelingen rond de WBO, met name 'bevorderen van gezond gedrag'.

Knelpunten voor realisatie van de plannen en wensen zijn met name een gebrek aan tijd, personeel en geld. Daarnaast worden door de GVO-ers genoemd de verwachtingen van de afdelingen JGZ bij de komst van een GVO-er en de houding van de JGZ die soms als te afhoudend wordt ervaren.

5.3 Bedrijfsgezondheidszorg

In totaal 60 afdelingen BGZ hebben meegewerkt aan de schriftelijke enquête. Voor zover was na te gaan waren dat alle afdelingen BGZ van basisgezondheidsdiensten. De invulling gebeurde in de meeste gevallen door het hoofd van de afdeling.

Van de 60 afdelingen geven er 40 (67%) aan dat GVO een belangrijk deel of vaak deel uitmaakt van het werk tijdens de individuele contacten. Voor 18 afdelingen BGZ (30%) maakt GVO soms deel uit van het werk tijdens de individuele contacten en voor 2 afdelingen (3%) nooit.

Schriftelijke GVO geven 5 afdelingen (8%) vaak, 39 afdelingen (65%) soms en 16 afdelingen (27%) nooit. De meest gebruikelijke wijzen waarop de schriftelijke GVO wordt uitgevoerd door de BGZ zijn: het verspreiden van foldermateriaal (28) en het publiceren van artikelen in personeelsbladen en dergelijke (15).

Groepsgewijze GVO wordt door 55 afdelingen (92%) nooit tot een paar maal per jaar gegeven. De andere 5 afdelingen (8%) doen dit vaker, doorgaans wekelijks tot maandelijks.

Groepen waarom het bij groepsgewijze GVO doorgaans gaat zijn:

- werknemers die werken met toxische stoffen;
- werknemers in een lawaaiige omgeving;
- werknemers waarbij de rug sterk wordt belast;
- groepen rond reanimatie en EHBO;
- mensen die met pensioen gaan.

Thematisch werken zeggen 16 afdelingen BGZ (27%) te doen.

Meestgenoemde thema's zijn:

- lawaai-gehoorbescherming (7);
- voeding (4);
- rugbelasting (4);
- veiligheid (3);
- alcohol en werk (3).

Daarnaast worden genoemd: EHBO, bedrijfszelfbescherming, beroepskleding, gezond ouder worden.

Nagegaan is of er verband bestaat tussen de intensiteit waarmee bovengenoemde vormen van GVO worden uitgevoerd en de variabelen dienstgrootte en aanwezigheid van een GVO-er in de eigen dienst. Dit blijkt niet het geval.

Voor de uitvoering van GVO activiteiten geven 37 afdelingen BGZ (67%) aan 'soms' behoefte te hebben aan ondersteuning door gespecialiseerde GVO-ers. In 3 afdelingen (15%) wordt aangegeven 'altijd' behoefte aan ondersteuning van GVO zijde te hebben, 8 van de afdelingen (15%) 'vaak' en 7 van de afdelingen (13%) nooit.

Ondersteuning krijgen van GVO-ers doen 12 afdelingen BGZ (20%); 9 van de GVO-ers binnen de eigen dienst en 3 van GVO-ers buiten de eigen dienst. In deze laatste gevallen gaat het om een samenwerkingsverband GVO, een gemeentelijk bureau GVO en een EHBO vereniging.

Gevraagd naar de ondersteuning vanuit de eigen dienst, dan blijkt in de eerste plaats dat de meeste afdelingen BGZ de vraag niet of slechts ten dele konden invullen (tabel 5.3).

Tabel 5.3 Het oordeel van de afdelingen BGZ over de door de GVO van de eigen dienst geboden ondersteuning

ondersteunende deelactiviteiten	oordeel over ondersteuning			wn nvt	totaal*
	+	±	-		
beleidsontwikkeling	1	1	1	6	9
consultatie	1	1	2	5	9
deskundigheidsbevordering	1	2	1	5	9
GVO projectontwikkeling	2	1	2	4	9
GVO projectuitvoering	1	-	4	4	9
evaluatie/onderzoek	-	-	3	6	9
levering voorlichtingsmateriaal	-	1	5	3	9
documentatie	1	1	3	4	9
administratieve ondersteuning	1	-	1	7	9

+ = voldoende; ± = twijfel; - = onvoldoende

wn/nvt = weet niet, niet van toepassing

*Alleen die afdelingen BGZ zijn hierbij betrokken die in de schriftelijke enquête te kennen hebben gegeven GVO-ondersteuning vanuit de eigen dienst te verkrijgen.

De ondersteuning wordt slechts in enkele gevallen als voldoende ervaren. Als meest frequent onvoldoende worden genoemd levering van voorlichtingsmateriaal, GVO-project uitvoering, evaluatie/onderzoek. Zoals al eerder is opgemerkt is de antwoord-categorie

weet niet/niet van toepassing het meest ingevuld. Dit komt waarschijnlijk voort uit het feit dat de meeste afdelingen BGZ nog slechts heel beperkte ervaringen hebben met ondersteuning vanuit de GVO. In overeenstemming met dit gegeven is de informatie van de GVO-ers over de aangeboden ondersteuning aan de BGZ (tabel 5.4).

Tabel 5.4 De door de GVO aangegeven intensiteit van ondersteuning op negen deel-terreinen ten behoeve van de afdelingen BGZ

ondersteunende deelactiviteiten	intensiteit ondersteuning			totaal*
	000	00	0	
beleidsontwikkeling	-	2	15	17
consultatie	1	6	10	17
deskundigheidsbevordering	-	-	17	17
GVO projectontwikkeling	1	2	14	17
GVO projectuitvoering	-	1	16	17
evaluatie/onderzoek	-	-	17	17
levering voorlichtingsmateriaal	1	5	11	17
documentatie	1	4	12	17
administratieve ondersteuning	-	1	16	17

000 = vaak/gestructureerd

00 = incidenteel/ad hoc

0 = niet/nauwelijks

*Bij 4 diensten was deze vraag (nog) niet te beantwoorden.

In weinig gevallen is er sprake van enige structurele of zelfs incidentele ondersteuning aan de afdelingen BGZ.

Naast de eigen beperkte menskracht van de GVO worden als hoofdredenen hiervoor aangegeven:

- het vaak aanzienlijke verloop op de afdelingen BGZ, waardoor aan ondersteuning moeilijk een structureel karakter is te geven;
- de afwachtende houding van de afdelingen BGZ ten aanzien van GVO-activiteiten.

plannen

Van de afdelingen BGZ geven er 39 (66%) aan in de toekomst meer aan GVO te willen gaan werken, ook geven 5 afdelingen BGZ aan anders dan tot nog toe aan GVO te gaan werken.

Meestgenoemd wordt hierbij het meer groepsgewijs willen werken aan voorlichting met betrekking tot met name de volgende onderwerpen: veiligheid, lawaai, rugbelasting en toxische stoffen.

Daarnaast is er een aantal diensten dat aan het bestuderen is op welke wijze GVO het best kan worden ingebouwd in het werk. Gedeeltelijk gebeurt dit laatste in verband met de invoering van de Arbe wet (wet op de arbeidsomstandigheden).

Door de GVO-ers wordt in 10 gevallen de wens geuit de ondersteuning naar de BGZ te willen intensiveren.

Meestgenoemde wensen en plannen ten aanzien van de GVO bij BGZ zijn:

- intensivering ondersteuning algemeen;
- versterking samenwerking;
- versterking thematisch werken.

Als knelpunten voor de realisatie van deze wensen geldt echter het tijdsgebrek van zowel van de kant van de GVO als van de BGZ en de reeds eerder genoemde factoren zoals het verloop op de afdelingen BGZ en de houding van de BGZ.

5.4 Algemene gezondheidszorg

Door 62 afdelingen AGZ is de schriftelijke enquête over de GVO situatie ingevuld. Voor zover was na te gaan waren dat alle afdelingen AGZ van basisgezondheidsdiensten, waarbij opgemerkt dient te worden dat bij diensten die meerdere subafdelingen AGZ hebben de beantwoording is omgewerkt tot één afdeling. De invul-

ling gebeurde in de meeste gevallen door het hoofd van de afdeling of diens plaatsvervanger.

Tijdens de individuele contacten maakt GVO in 92% van de afdelingen deel uit van het werk. In 36 afdelingen (58%) een belangrijk deel of vaak wel, in 21 afdelingen soms (34%). Bij 5 afdelingen (8%) maakt GVO dus (practisch) nooit deel uit van het werk tijdens de individuele contacten.

Schriftelijke GVO geven 29 afdelingen AGZ (33%) vaak, 27 afdelingen (44%) soms en 14 afdelingen (23%) nooit. De meestgenoemde vormen voor het geven van schriftelijke GVO zijn het verspreiden van folders (45 maal genoemd) en het publiceren van artikelen in kranten en dergelijke (18 maal genoemd).

Groepsgewijze GVO wordt in 31 afdelingen AGZ (50%) praktisch nooit gegeven, in 19 afdelingen (31%) slechts een paar maal per jaar. In 12 afdelingen AGZ (19%) is dit een vaker voorkomende activiteit, variërend van maandelijks tot bijna dagelijks.

Groepen die daarbij in concreto worden genoemd zijn:

- (basis)onderwijs (15 maal genoemd);
- verpleegkundigen in opleiding (9);
- jongeren in vormingscentra/club- en buurthuizen (8);
- gezondheidszorgwerkers (6);
- bejaarden (5);
- risicogroepen geslachtsziekten (4);
- reanimatiecursussen (3);
- EHBO-cursussen (3);
- politie (3).

Thematische aan GVO werken wordt door 26 afdelingen AGZ (42%) vermeld. Meestgenoemde thema's zijn hierbij:

- geslachtsziekten (9);
- hepatitis B (4);
- alcohol/drugs (4);

- sexuele voorlichting (3);
- bevolkingsonderzoek (3).

Daarnaast worden nog onder meer genoemd: infectieziekten, stress, veiligheid in huis, voeding, wonen voor bejaarden, aids, vakantie en hygiëne, sport, prostitutie, zelfhulp en mantelzorg, vergiftigingen, gezond ouder worden en medicijnen.

Nagegaan is of er verband bestaat tussen de intensiteit waarmee eerdergenoemde vormen van GVO worden uitgevoerd en de variabelen dienstgrootte en aanwezigheid van een GVO-er in de eigen dienst.

In twee gevallen blijkt er een significant verband te bestaan, namelijk tussen:

- schriftelijke GVO en dienstgrootte ($p = .01$);
- groepsgewijze GVO en dienstgrootte ($p = .01$).

In grote diensten wordt frequenter aangegeven te werken aan schriftelijke en groepsgewijze GVO. Ook bestaat er een lichte samenhang tussen thematisch aan GVO werken en dienstgrootte, deze is echter niet significant.

Bij de uitvoering van GVO-activiteiten geven 54 afdelingen AGZ aan behoefte te hebben aan ondersteuning (92%); 5 altijd (8%), 21 vaak (36%) en 28 soms (47%). Door drie afdelingen is deze vraag niet ingevuld.

Naar eigen opgave krijgen 28 afdelingen AGZ (45%) ondersteuning. 13 van binnen de eigen dienst, 13 van buiten de eigen dienst en 2 zowel van binnen als buiten de eigen dienst.

Als GVO ondersteunende instellingen buiten de eigen dienst worden genoemd:

- regionale samenwerkingsverbanden GVO (7);
- andere basisgezondheidsdiensten (7);
- landelijke categorale instellingen (2);
- AGGZ-instellingen (1);
- stedelijk orgaan GVO.

De ondersteuning zoals die wordt ervaren vanuit de eigen dienst wordt weergegeven in tabel 5.5.

Tabel 5.5 Het oordeel van de afdelingen AGZ over de door de GVO van de eigen dienst geboden ondersteuning

ondersteunende deelactiviteiten	oordeel over ondersteuning			wn nvt	totaal*
	+	±	-		
beleidsontwikkeling	8	-	1	6	15
consultatie	9	1	1	4	15
deskundigheidsbevordering	6	-	1	8	15
GVO projectontwikkeling	9	1	-	5	15
GVO projectuitvoering	6	2	1	6	15
evaluatie/onderzoek	5	2	-	8	15
levering voorlichtingsmateriaal	8	1	1	5	15
documentatie	8	3	-	4	15
administratieve ondersteuning	3	1	1	10	15

+ = voldoende; ± = twijfel; - = onvoldoende

wn/nvt = weet niet, niet van toepassing

*Alleen die afdelingen AGZ zijn hierbij betrokken die in de schriftelijke enquête te kennen hebben gegeven GVO ondersteuning vanuit de eigen dienst te verkrijgen.

Zoals blijkt worden consultatie en GVO project ontwikkeling het meest als voldoende ervaren, direct gevolgd door beleidsontwikkeling, levering voorlichtingsmateriaal en documentatie.

Opvallend is de hoge frequentie van het gebruik van de antwoordcategorieën weet niet/niet van toepassing. Met name bij deskundigheidsbevordering, evaluatie/onderzoek en administratieve ondersteuning. Ook hier is de meest waarschijnlijke verklaring dat er weinig ervaring bestaat met deze vormen van ondersteuning.

In overeenstemming hiermee zijn de antwoordpatronen zoals die door de GVO-ers zelf zijn gegeven ten aanzien van de door hen aan de AGZ gegeven ondersteuning.

De meest frequent genoemde vormen van ondersteuning zijn: consultatie, GVO project ontwikkeling, levering voorlichtingsmateriaal en documentatie. Wat betreft evaluatie/onderzoek is opvallend dat dit enerzijds een taak is die relatief door veel GVO-ers genoemd wordt als een taak die structureel/vaak wordt uitgevoerd en anderzijds door relatief veel GVO-ers die deze taak niet/nauwelijks uitvoeren ten behoeve van de AGZ (tabel 5.6).

Tabel 5.6 De door de GVO aangegeven intensiteit van ondersteuning op negen deelterreinen ten behoeve van de afdelingen AGZ

ondersteunende deelactiviteiten	intensiteit ondersteuning			totaal
	000	00	0	
beleidsontwikkeling	2	5	12	19
consultatie	5	4	10	19
deskundigheidsbevordering	2	3	14	19
GVO projectontwikkeling	5	5	9	19
GVO projectuitvoering	1	4	14	19
evaluatie/onderzoek	4	1	14	19
levering voorlichtingsmateriaal	4	5	10	19
documentatie	4	4	11	19
administratieve ondersteuning	-	3	16	19

000 = vaak/gestructureerd

00 = incidenteel/ad hoc

0 = niet/nauwelijks

plannen

Gevraagd naar plannen bij de afdelingen AGZ om in de toekomst meer/minder/anders aan GVO te gaan werken, dan geven 41 afdelingen (67%) aan meer aan GVO te willen gaan doen, 1 afdeling (2%) anders en 5 afdelingen (8%) meer en anders.

De inhoud van de plannen omvatten in hoofdzaak:

- de mogelijke komst van een GVO-functionaris (11 maal genoemd, waarbij het in twee gevallen expliciet om TGVO-ers gaat);
- sterker groepsgericht en projectmatig GVO activiteiten op te zetten en uit te voeren (11);
- aanpakken van AGZ-werkterreinen die tot nu toe niet voldoende gestalte hebben gekregen (18).

Met name worden hierbij genoemd: alcohol/drugsproblematiek, infectieziektenbestrijding, seksueel misbruik, bevolkingsonderzoek, geslachtsziekten, bejaardenproblematiek, eerste en tweede lijn. Vanuit de GVO wordt 7 maal expliciet melding gemaakt van plannen om de ondersteuning naar AGZ te intensiveren. De plannen betreffen met name het versterken van de onderlinge samenwerking en de opzet

van projecten. De onderwerpen sluiten aan bij de door de afdelingen AGZ genoemde onderwerpen.

Belangrijke knelpunten voor de realisatie van de plannen liggen echter zowel bij de AGZ als bij de GVO op het gebrek aan tijd en geld.

Van GVO zijde wordt ook de afwachtende houding van de AGZ als een knelpunt ervaren.

5.5 Ambulancevervoer

In totaal hebben 46 afdelingen ambulancevervoer (AMB) aan de schriftelijke enquête naar de GVO-situatie meegewerkt. Voor zover was na te gaan waren dat alle afdelingen AMB bij basisgezondheidsdiensten. De invulling gebeurde doorgaans door het hoofd van de afdeling of diens plaatsvervanger.

Van de 46 afdelingen AMB geven er 9 (20%) aan dat GVO praktisch nooit deel uitmaakt van het werk tijdens de individuele contacten; 24 afdelingen (52%) antwoorden soms en 13 afdelingen (28%) vaak of een belangrijk deel.

Schriftelijke GVO wordt door de afdelingen AMB relatief weinig gegeven: slechts 1 afdeling (2%) doet dit vaak en 16 afdelingen (35%) soms. Van de afdelingen AMB doen 29 (63%) dit praktisch nooit.

De gebruikelijke wijze waarop schriftelijke GVO wordt gegeven zijn: het verstrekken van folders, stickers en dergelijke.

Meestgenoemde onderwerpen zijn hierbij een juist gebruik van de Centrale Post Ambulancevervoer (CPA), vergroting bekendheid alarmnummer en PR-achtige activiteiten over het ambulancevervoer.

Groepsgewijze GVO wordt door 36 afdelingen (78%) gegeven. 28 afdelingen (61%) doen dat maandelijks tot enkele malen per jaar, de andere 8 afdelingen (17%) wekelijks tot zelfs dagelijks.

Groepen waarom het met name gaat zijn:

- (basis)onderwijs (21 maal genoemd);
- EHBO-verenigingen (21);
- politie en brandweer (17);
- leerling verpleegkundigen (14);
- bedrijven (4);
- rode kruis korpsen (3);
- diverse gemeentelijke diensten (3);
- nieuwe inwoners van de gemeente (3);
- gezinsverzorgsters (3).

Thematisch wordt er door 17 afdelingen AMB (17%) aan GVO gewerkt.

De thema's die daarbij het meest frequent worden genoemd zijn:

- functioneren AMB en CPA (10)
- reanimatie (8).

Daarnaast nog tal van onderwerpen, waaronder: rampenbestrijding, inenting reizigers buitenland, huisongevallen, brandwonden, kind en ziekenhuis, EHBO en veiligheid.

Samenhang tussen de mate waarin wordt aangegeven aan GVO te werken en de achtergrondvariabelen dienstgrootte en aanwezigheid van een GVO-er in de dienst is er niet.

Behoeftte aan ondersteuning bij de GVO activiteiten door een gespecialiseerde GVO-er hebben 24 afdelingen (57%) niet. 16 afdelingen AMB (38%) geven aan soms behoefte aan ondersteuning te hebben, slechts 2 afdelingen (5%) geven aan die behoefte vaak te hebben.

Ondersteuning krijgen doen slechts 5 afdelingen AMB, 4 (9%) van binnen de eigen dienst en 1 afdeling (2%) van buiten de eigen dienst, namelijk van de hartstichting en een regionaal samenwerkingsverband GVO.

De vraag of de verkregen ondersteuning voldoende is per onderscheiden ondersteunende activiteit is door de afdelingen AMB nauwelijks beantwoord (tabel 5.7).

Tabel 5.7 Het oordeel van de afdelingen AMB over de door de GVO van de eigen dienst geboden ondersteuning

ondersteunende deelactiviteiten	oordeel over ondersteuning			wn nvt	totaal*
	+	±	-		
beleidsontwikkeling	-	-	-	4	4
consultatie	-	-	-	4	4
deskundigheidsbevordering	-	-	-	4	4
GVO projectontwikkeling	1	-	-	3	4
GVO projectuitvoering	1	-	-	3	4
evaluatie/onderzoek	-	-	-	4	4
levering voorlichtingsmateriaal	1	-	-	3	4
documentatie	-	-	-	4	4
administratieve ondersteuning	-	-	-	4	4

+ = voldoende; ± = twijfel; - = onvoldoende

wn/nvt = weet niet, niet van toepassing

*Alleen die afdelingen AMB zijn hierbij betrokken die in de schriftelijke enquête te kennen hebben gegeven GVO-ondersteuning vanuit de eigen dienst te verkrijgen.

Duidelijk speelt het gebrek aan ervaring met GVO ondersteuning hierbij een rol.

Deze gegevens stemmen overeen met de antwoorden van de GVO-ers.

De ondersteuning ten behoeve van het AMB is nog minimaal (tabel 5.8).

Van de 14 diensten met een afdeling AMB waarin een GVO-er werkzaam is, wordt slechts in enkele gevallen ondersteuning gegeven. Deze ondersteuning is dan over het algemeen nog op incidentele/ad hoc basis. Slechts in één dienst zijn er wat meer gestructureerde contacten in verband met project ontwikkeling, levering voorlichtingsmateriaal en documentatie.

Tabel 5.8 De door de GVO aangegeven intensiteit van ondersteuning op negen deelterreinen ten behoeve van de afdelingen AGZ

ondersteunende deelactiviteiten	intensiteit ondersteuning			totaal*
	000	00	0	
beleidsontwikkeling	-	-	14	14
consultatie	-	4	10	14
deskundigheidsbevordering	-	2	12	14
GVO project/ontwikkeling	1	2	11	14
GVO project/uitvoering	-	-	14	14
evaluatie/onderzoek	-	-	14	14
levering voorlichtingsmateriaal	1	2	11	14
documentatie	1	2	11	14
administratieve ondersteuning	-	-	14	14

000 = vaak/gestructureerd

00 = incidenteel/ad hoc

0 = niet/nauwelijks

*Bij 7 diensten was deze vraag (nog) niet te beantwoorden of niet van toepassing.

plannen

Van de afdelingen AMB geven er 36 (76%) aan geen plannen te hebben om anders of meer aan GVO te willen gaan werken.

6 afdelingen geven aan er meer aan te willen gaan doen, 2 anders en 1 meer en anders.

De inhoud van die plannen betreft:

- samenstellen van een voorlichtingsfilm of diaserie (3 maal genoemd);
- thematisch aan GVO gaan werken (2);
- uitbreiding van de bestaande activiteiten (3).

Ook vanuit de GVO wordt enkele keren weergegeven (4 maal) dat men de ondersteuning naar het ambulancevervoer zou willen intensiveren. Deze plannen zijn echter nog weinig uitgewerkt.

Als algemeen knelpunt voor realisatie van deze plannen wordt zowel door de afdelingen AMB als door de GVO een gebrek aan tijd, personeel en geld genoemd.

5.6 Samenvatting

Interne GVO vormt, ook qua tijdsbesteding, een belangrijke deeltaak (gemiddeld 26% van de totaal te besteden tijd). In de kleinere afdelingen is het tijdsbeslag hiervoor percentueel gezien het hoogst.

Door de afdelingen JGZ worden de meeste GVO-activiteiten ondernomen. Bij BGZ en AMB het minst, terwijl AGZ een tussenpositie in neemt. Veelal gaat het bij de functionele afdelingen om individuerichte GVO-activiteiten, in mindere mate om schriftelijke GVO, het werken met groepen en projectmatige- en thematische activiteiten.

De ondersteuning door GVO-afdelingen van de eigen dienst is naar de JGZ het meest ontwikkeld, naar AMB en BGZ het minst; AGZ neemt een tussenpositie in. Vooral ten aanzien van de BGZ worden lacunes ervaren.

Het oordeel van de functionele afdelingen over de uit de eigen dienst verkregen ondersteuning is over het algemeen vrij positief. Wel worden er op praktisch alle onderscheiden terreinen wensen tot intensivering van de ondersteuning geuit. Naast versterking van de GVO in het algemeen, worden met name activiteiten genoemd als deskundigheidsbevordering en evaluatie.

Een aantal functionele afdelingen ontvangt door het ontbreken van een GVO-afdeling in de eigen dienst ondersteuning van buiten de eigen dienst. Het betreft hier vooral collega basisgezondheidsdiensten, samenwerkingsverbanden GVO en categorale instellingen.

Het accent van de ondersteuningsactiviteiten van GVO-ers bij basisgezondheidsdiensten wat betreft interne GVO ligt momenteel op

de terreinen van projectontwikkeling, consultatie, documentatie en levering voorlichtingsmateriaal.

Met uitzondering van de afdelingen AMB geeft rond 80% van de functionele afdelingen aan van plan te zijn om de GVO uit te bouwen. Hierbij wordt met name gedacht aan projectmatige- en thematische activiteiten.

Als knelpunten om de GVO te versterken worden door zowel de functionele afdelingen als de GVO-functionarissen een gebrek aan tijd en geld genoemd. Daarnaast wordt door de GVO-ers ook de afwachtende houding van de afdelingen als een knelpunt ervaren.

Naast basisgezondheidsdiensten vervult een groot aantal professionele werkers en vrijwilligers zowel binnen als buiten de gezondheidszorg een functie op het terrein van de GVO.

In de nota 'Ontwikkeling van GVO bij basisgezondheidsdiensten' staat vermeld dat de externe GVO-taak van de basisgezondheidsdienst vooral is gericht op materiaal-, methodiek- en deskundigheidsontwikkeling ten behoeve van deze professionele werkers en vrijwilligers.

In de deeltaak externe GVO zijn twee hoofd-werkterreinen te onderscheiden:

- a. werkers in de gezondheidszorg, welzijnswerk en onderwijs; die organisaties die geen eigen GVO-functionaris in dienst hebben;
- b. publieksgroepen, zoals zelfhulp- en patiëntengroepen.

In dit hoofdstuk zal nader worden ingegaan op de invulling van deze deeltaak zoals die in de praktijk gestalte heeft gekregen. Onder meer komen daarbij aan de orde: de aan externe GVO bestede tijd, de groepen waarop de activiteiten worden gericht en de aard van de gegeven ondersteuning.

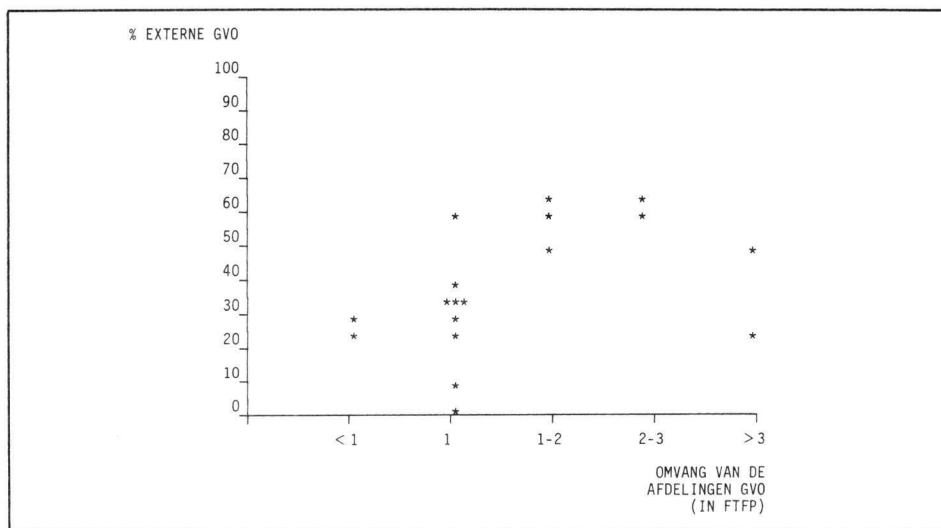
Tot slot van dit hoofdstuk zal worden ingegaan op de door de GVO-ers genoemde plannen ten aanzien van de externe GVO in de zin van intensivering van bepaalde activiteiten, het bereik van nieuwe doelgroepen en de eventuele knelpunten voor de realisering van deze plannen.

6.1 De tijdsinvestering aan externe GVO

Qua geïnvesteerde tijd is externe GVO de omvangrijkste deeltaak. Gemiddeld over de afdelingen GVO wordt er 39% van de tijd besteed aan externe GVO.

In figuur 6.1 en 6.2 wordt met behulp van een puntenwolk de beste-
de tijd weergegeven naar respectievelijk grootte van de afdelingen
GVO en jaartal van starten van de GVO in de dienst.

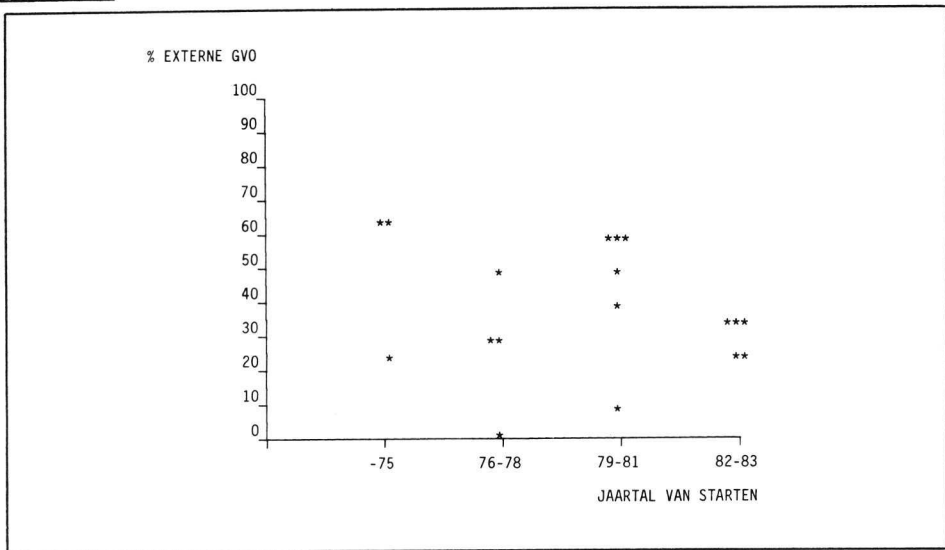
Figuur 6.1 % Externe GVO naar afdelingsgrootte van de GVO (n = 18)



Bij de indeling naar grootte van de afdelingen GVO blijken zich
aanzienlijke verschillen voor te doen. In de kleine afdelingen
(≤ 1 fp) is de gemiddelde tijdsinvestering aan externe GVO 29,5%;
in de grotere afdelingen GVO (> 1 fp) 53,6%.

Ingedeeld naar jaartal van starten van GVO in de dienst doen zich
geen grote verschillen voor. Opvallend is echter het verschijnsel
dat de 'jongste' afdelingen GVO qua tijdsinvestering aan externe
GVO dicht bij elkaar liggen. De tijdsinvestering aan externe GVO
is nader uitgesplitst naar 7 onderscheiden doelgroepen, zoals die
in tabel 6.1 zijn weergegeven.

Figuur 6.2 % Externe GVO naar jaartal starten van GVO in de dienst (n = 18)



Tabel 6.1 Verdeling van de tijd besteed aan externe GVO naar onderscheiden doelgroepen, zowel in % van de externe tijd als van de totale tijd (n = 18)

Onderscheiden doelgroepen	% van de externe tijd	over de totale tijd		
		gemiddelde %	minimum	maximum
eerste lijns gezondheidszorg	10,5	4,1	0	18
tweede lijns gezondheidszorg	2,6	1,0	0	6
overige gezondheidszorg	2,8	1,1	0	6
welzijnszorg	14,6	5,7	0	24
onderwijs	51,6	20,1	0	42
gemeenten	7,2	2,8	0	22
zelfhulp en patiëntengroepen	5,1	2,0	0	11
anders	5,6	2,2	0	13
totaal externe GVO	100,0	39,0	0	65

*Gemiddeld over de 18 afdelingen.

De hoeveelheid tijd die aan het onderwijs wordt besteed is hoog; meer dan de helft van de tijd besteed aan externe GVO.

Gepercentageerd op de totale tijd kost het onderwijs meer dan 20% van de tijd. Daarnaast wordt ook veel tijd besteed aan de welzijnszorg en de eerste lijn.

Een overzicht van in concreto genoemde instellingen en personen waarop de GVO-activiteiten zijn gericht worden gegeven in overzicht 6.1, waarbij de frequentie wordt weergegeven waarmee de diverse instellingen en personen zijn genoemd.

Overzicht 6.1 Instellingen en personen binnen de onderscheiden 7 externe doelgroepen die door de GVO-ers in concreto werden genoemd

Eerste lijns gezondheidszorg	wijkverpleegkundigen	5
	huisartsen	2
	tandartsen	2
	apothekers	1
Tweede lijns gezondheidszorg	CAD	2
	RIAGG	1
	specialisten	1
	ziekenhuizen	1
Overige gezondheidszorg	sportgezondheidszorg	2
	consultatiebureau zuigelingen	1
	ziekenfonds	1
	consultatiebureau tbc	1
	bedrijfsgezondheidsdienst	1
Welzijnszorg	buurt- en clubhuiswerk	5
	bejaardenwerk	5
	algemeen maatschappelijk werk	4
	gezinszorg	2
	sociale werkplaats	1
Onderwijs	(basis)scholen	10
	schooladviesdiensten/onderwijsbegeleidingsdiensten	10
	pedagogische academie basisonderwijs	4
	onderwijsinspectie	1
	open school	1
Gemeenten	niet nader benoemd	-
Zelfhulp en patiënten groepen	patiëntengroepen	3
	ouderen	1
	buitenlanders	1

Anders	publieksactiviteiten	3
	vrijwilligers	2
	werkgroepen	2
	reinigingsdienst	1
	patiënten winkel	1
	vrouwenhuizen	1
	VOS cursussen	1
	politie	1
	peuterspeelzalen	1
	biologisch centrum	1

Aan de frequenties zoals die in overzicht 6.1 zijn weergegeven moeten geen absolute waarden worden toegekend. Veeleer wil het een indicatie geven van de veelheid aan instellingen en personen waarmee GVO-functionarissen in hun dagelijkse praktijk mee te maken hebben.

6.2 Aard van de ondersteuning

De vraag aan de GVO functionarissen naar de geboden ondersteuning is gesteld over de externe GVO in z'n totaliteit. In tabel 6.2 wordt weergegeven de intensiteit van de ondersteuning per onderscheiden ondersteunende deelactiviteit.

Het accent lijkt duidelijk te liggen op GVO-project ontwikkeling, documentatie en levering voorlichtingsmateriaal.

Niet of nauwelijks wordt administratieve ondersteuning gegeven.

Ook evaluatie/onderzoek wordt in weinig afdelingen gedaan als ondersteunende activiteit voor de externe groeperingen.

In de hierna volgende paragraaf zal nader op de ondersteuning worden ingegaan onderscheiden per doelgroep, deze zal echter meer beschrijvend van aard zijn.

Tabel 6.2 De door de GVO aangegeven intensiteit van ondersteuning op negen deel-
terreinen ten behoeve van de externe GVO

ondersteunende deelactiviteiten	intensiteit ondersteuning			totaal*
	000	00	0	
beleidsontwikkeling	4	7	7	18
consultatie	5	11	2	18
deskundigheidsbevordering	4	9	5	18
GVO projectontwikkeling	10	8	-	18
GVO projectuitvoering	4	7	7	18
evaluatie/onderzoek	3	4	11	18
levering voorlichtingsmateriaal	6	8	4	18
documentatie	7	8	3	18
administratieve ondersteuning	-	3	15	18

000 = vaak/gestructureerd

00 = incidenteel/ad hoc

0 = niet/nauwelijks

*Bij drie diensten waren deze gegevens (nog) niet te leveren.

6.3 Externe doelgroepen en projecten

In deze paragraaf wordt ingegaan op de werkzaamheden van de GVO-functionarissen ten behoeve van de onderscheiden doelgroepen en projecten die onderwerp zijn van de externe GVO.

Eerst zullen de eerdergenoemde doelgroepen worden behandeld tot slot twee specifieke doelgroepen, namelijk ouderen en migranten.

De eerstelijns gezondheidszorg

Externe GVO gericht op de eerste lijn wordt door 11 GVO-afdelingen (61%) genoemd als een activiteit die tijd vraagt. Deze tijdsinvestering varieert van 1% - 30% van de externe GVO.

Gemiddeld over de 11 afdelingen is de tijdsinvestering 13%.

Bij zowel afdelingen die een laag percentage als een hoog percentage van de tijd besteden aan de eerste lijn, gaat het om in hoofdzaak 3 soorten activiteiten, namelijk:

- stimuleren van de eerste lijn tot een meer preventieve benadering;
- coördineren, trekken van of deelnemen aan werkgroepen en dergelijke, bijvoorbeeld rond versterking van de samenwerking binnen de eerste lijn of de samenwerking eerste lijn - tweede lijn;
- inschakeling van de eerste lijn op projectmatige basis, bijvoorbeeld rond migranten of geneesmiddelengebruik.

Meestgenoemde ondersteunende activiteiten zijn: consultatie, levering voorlichtingsmateriaal en documentatie.

Verschillen die zich tussen GVO afdelingen voordoen betreffen met name de intensiteit waarmee men zich richt op de eerder genoemde activiteiten. Het varieert van een vrij passieve rol (ontwikkelingen volgen) tot een zeer actieve (trekkende) rol.

Door 5 afdelingen GVO wordt de wens geuit de activiteiten naar de eerste lijn te intensiveren, meestal gaat het daarbij om projectmatige activiteiten.

De tweedelijns gezondheidszorg

Externe GVO gericht op de tweede lijn wordt slechts door 4 afdelingen GVO (22%) genoemd als een activiteit die tijd vraagt.

De tijdsinvestering varieert van 5% - 10% van de externe GVO en is gemiddeld over deze 4 afdelingen 7%.

Het betreft in twee gevallen activiteiten in het kader van projecten (culturele minderheden, samenwerking eerste lijn - tweede lijn) en in de beide andere gevallen activiteiten op incidentele basis.

Contacten met de tweede lijn zoals bijvoorbeeld de verbetering van de algemene voorlichting in de ziekenhuizen worden niet genoemd.

Bij de afdelingen GVO wordt in twee gevallen melding gemaakt van de wens de externe GVO naar de twee lijn te intensiveren.

In beide gevallen betreft het activiteiten in het kader van een project, namelijk een project Kind en Ziekenhuis en een project samenwerking eerste - tweede lijn.

Overige gezondheidszorg

Externe GVO gericht op de overige gezondheidszorg wordt door 7 afdelingen (39%) genoemd als een activiteit die tijd vraagt.

De tijdsinvestering varieert van 5% - 25% van de externe GVO, gemiddeld over de 7 afdelingen is de tijdsinvestering 9%.

In twee gevallen betreft het activiteiten ten behoeve van de sportgezondheidszorg, in één geval activiteiten ten behoeve van een bedrijfsgeneeskundige dienst. In de andere gevallen betreft het activiteiten ten behoeve van consultatiebureaus voor zuigelingen en kleuters en een consultatiebureau voor de tbc bestrijding.

De ondersteuning betreft over het algemeen consultatie en levering van voorlichtingsmateriaal. Twee afdelingen verlenen een bredere ondersteuning, zoals ook projectontwikkeling en deskundigheidsbevordering.

Door de GVO-ers worden geen wensen geuit de ondersteuning op dit terrein te intensiveren.

Welzijnszorg

Externe GVO gericht op de welzijnszorg wordt door 15 afdelingen GVO (83%) genoemd als een activiteit die tijd vraagt. De tijdsinvestering varieert van 3% - 60% van de externe GVO, gemiddeld over de 15 afdelingen is dit 19%.

Twee groepen binnen de welzijnszorg worden frequent genoemd, namelijk ouderen (gecoördineerd bejaardenwerk en dergelijke) en jongeren buiten het onderwijs (club- en buurthuiswerk).

De meestgenoemde activiteiten betreffen:

- ontwikkeling van GVO materiaal;
- levering van GVO materiaal;
- (meewerken aan) organisatie van thema-middagen en -avonden.

Ten aanzien van de activiteiten ten behoeve van ouderen zal hierop later nader worden ingegaan.

Plannen om de activiteiten ten behoeve van de welzijnszorg te intensiveren worden genoemd door 2 afdelingen GVO.

Onderwijs

Zoals al eerder is besproken wordt door de GVO-functionarissen veel tijd en aandacht gegeven aan het onderwijs. Alle GVO-ers die aan externe GVO werken, verrichten deze werkzaamheden ook ten behoeve van het onderwijs. Het percentage bestede tijd aan onderwijs varieert daarbij van 10% - 95% van de externe GVO, gemiddeld over de 17 betreffende afdelingen is dit 52%.

Als een van de redenen voor het hoge percentage tijd gericht op het onderwijs wordt genoemd de van kracht wordende Wet op het BasisOnderwijs (WBO), en meer specifiek de verplichting om in het schoolwerkplan expliciet de 'bevordering van gezond gedrag' op te nemen.

Ten behoeve van het onderwijs en vaak in samenwerking met onder meer schooladviesdiensten is door een aantal GVO-ers gewerkt aan de totstandkoming van beleidsnotities en nota's over de mogelijke invulling van de paragraaf 'bevordering van gezond gedrag' in schoolwerkplannen.

De activiteiten rond het schoolwerkplan worden door de meeste GVO-ers als van tijdelijke aard gezien, toch verwachten slechts 2 GVO-ers dat het onderwijs na verloop van tijd wat minder tijd zal gaan vragen dan momenteel het geval is.

Naast activiteiten in het kader van het schoolwerkplan worden er namelijk tal van andere activiteiten met betrekking tot het onderwijs uitgevoerd, zowel wat betreft de basisscholen als ook het voortgezet onderwijs.

Als belangrijkste ondersteunende activiteiten ten behoeve van het onderwijs worden genoemd:

- GVO project ontwikkeling;
- GVO materiaal ontwikkeling;
- consultatie;
- levering van voorlichtingsmateriaal;
- onderzoek, met name gericht op de inventarisatie van de wensen van het onderwijs en inventarisatie en selectie vn geschikt les-materiaal;
- meewerken aan themadagen en onderwijsmarkten;
- documentatie, het onderwijs is vaak een van de belangrijkste gebruikers van de documentatiecentra;
- GVO project uitvoering, vaak ook als voorbeeld-functie dus gericht op deskundigheidsbevordering.

Ondanks de hoge percentages van de tijd besteed aan externe GVO die zijn gericht op het onderwijs zijn 10 GVO-afdelingen (59%) van mening dat de huidige tijdsinvestering de wenselijke benadert, 5 GVO-afdelingen (29%) zijn van mening dat het wenselijk zou zijn de tijdsinvestering ten behoeve van het onderwijs te intensiveren.

Over het algemeen worden gebrek aan tijd en mankracht genoemd als de belangrijkste belemmerende factoren.

Gemeenten

Externe GVO gericht op de gemeenten wordt door 8 GVO-afdelingen (47%) genoemd als een activiteit die tijd vraagt. De tijdsinvestering varieert van 1% - 25% van de externe GVO, gemiddeld over de

8 afdelingen is dit 10%.

De werkzaamheden betreffen in hoofdzaak twee activiteiten, namelijk:

- beleidsadvisering;
- verslaglegging van de activiteiten naar de gemeente.

Er bestaan geen plannen om de uitvoering van deze activiteiten te intensiveren.

Inhoudelijk wordt op de beleidsadvisering naar de gemeenten ingegaan in paragraaf 7.1.

Zelfhulp- en patiëntengroepen

Externe GVO gericht op zelfhulp- en patiëntengroepen wordt door 10 afdelingen GVO (59%) genoemd als een activiteit die tijd vraagt.

De tijdsinvestering varieert van 5% - 30% van de externe GVO, gemiddeld over de 10 afdelingen is dit 9%.

Vaakgenoemde doelgroepen zijn hierbij migranten en ouderen. De ondersteuning blijft doorgaans beperkt tot het stimuleren van lokale initiatieven, documentatie en levering van voorlichtingsmateriaal. In één enkel geval is er sprake van daadwerkelijke begeleiding van patiënten-groepen, hetgeen direct blijkt uit een relatief hoog percentage geïnvesteerde tijd in deze onderscheiden externe doelgroep.

Wensen om te komen tot een intensivering van deze activiteiten worden genoemd door 5 GVO-afdelingen.

Open bevolking/publieksvoorlichting

Naast de genoemde 7 doelgroepen was in de enquête de mogelijkheid open gelaten nog andere doelgroepen te noemen. In 8 gevallen werd van die mogelijkheid gebruik gemaakt.

In alle 8 gevallen betrof het een categorie die kan worden aangeduid met 'open bevolking' of 'publiek', dus activiteiten die niet worden gericht op een speciale doelgroep maar op de bevolking in het geheel.

De tijdsinvestering die daarbij wordt genoemd varieert van 5% - 20% van de externe GVO, gemiddeld over de 8 afdelingen is dit 7%.

Vaak betreft het algemene voorlichtingsacties bijvoorbeeld via de (regionale) massa media, al of niet aansluitend bij landelijke acties, zoals anti rookcampagnes en gezonde voeding.

Bij de afdeling met het grootste tijdsbeslag betreft het naast voorlichting via de massa-media ook voorlichting via een 'publieks informatie centrum'.

Projectgebonden activiteiten

Naast en feitelijk ook door de activiteiten voor de verschillende externe doelgroepen heen vindt er een aantal activiteiten plaats die meer projectmatig van aard zijn. Deze vragen vaak contacten en ondersteuning naar meerdere sectoren.

Twee vakergenoemde projecten betreffen 'Ouderen' en 'Migranten'.

Bij momenteel 6 afdelingen GVO wordt gewerkt aan de problematiek van de ouderen. In drie afdelingen is onderzoek uitgevoerd om te inventariseren waar de vraag van ouderen naar uitgaat. Bij 5 afdelingen is zelf of in samenwerking met andere instellingen gewerkt aan het geven van cursussen/themadagen voor ouderen. Het betreft hier een project zoals: 'Wat doe ik voor mijn gezondheid als ik ouder wordt?' en 'Op uw gezondheid'.

Bij 8 afdelingen GVO wordt veel aandacht gegeven aan de migranten-problematiek. Het betreft activiteiten zoals:

- ontwikkeling/uitlening van video-materiaal over vakantie, tbc en zwangerschap;

- verbetering van de communicatie arts - migranten door onder meer ontwikkeling adequate hulpmiddelen;
- ontwikkelen, inventariseren en uitlening van adequaat lesmateriaal voor buitenlandse kinderen;
- geven van groepsvoorlichting aan migranten, met name vrouwen en in buurthuizen.

De activiteiten worden deels zelfstandig opgezet en uitgevoerd, deels ook in samenwerking met de op de desbetreffende terreinen werkzame instellingen.

6.4 Samenvatting

Externe GVO vormt de qua tijdsbesteding belangrijkste deeltaak (gemiddeld 39% van de bestede tijd). In de grotere afdelingen ligt het gemiddelde tijdsbeslag aan externe GVO zelfs boven de 50%.

Onderwijs is de belangrijkste doelgroep bij de externe GVO. Hieraan wordt 51% van de externe GVO-tijd besteed (20% van de totale tijd). Dit hoge tijdsbeslag wordt onder meer veroorzaakt door de invoering van de Wet op het Basisonderwijs en het daarin geformuleerde 'Bevorderen van Gezond Gedrag'.

De welzijnszorg en de eerste lijns gezondheidszorg zijn eveneens belangrijke groepen waarop externe GVO-activiteiten zijn gericht; het betreft respectievelijk 15% en 10% van de externe GVO-tijd.

Veel van de externe GVO-activiteiten zijn niet primair voorziening gericht, maar zijn projectmatig van aard, naast onderwijsprojecten zijn dit met name projecten gericht op migranten en ouderen.

Het accent van de ondersteunings-activiteiten wat betreft externe GVO ligt met name op GVO-projectontwikkeling, documentatie, levering voorlichtingsmateriaal en consultatie.

Plannen om de externe GVO-activiteiten te intensiveren worden met name genoemd ten aanzien van: de eerste lijn, onderwijs, zelfhulp- en patiëntengroepen en projectgebonden activiteiten.

De belemmeringen hiervoor zijn tijd- en geldgebrek.

Veel van de activiteiten van GVO-functionarissen bij basisgezondheidsdiensten hebben een meer voorwaardenscheppend karakter. Bij uitstek geldt dat voor de volgende drie deeltaken die in de nota 'Ontwikkeling van GVO bij basisgezondheidsdiensten' werden genoemd, te weten:

- beleidsadvisering;
- beleidsonderbouwend onderzoek;
- samenwerking en afstemming.

Wat betreft beleidsadvisering gaat het er om te bevorderen dat in het gemeentelijk beleid meer aandacht wordt besteed aan gezondheid en gedrag in relatie met de gezondheid.

Het uitvoeren van beleidsonderbouwend onderzoek vormt een belangrijke voorwaarde, zowel bij de opzet en planning van de GVO-activiteiten alsook bij de kwaliteitscontrôle en effectmeting (evaluatie).

Voor de deeltaak samenwerking en afstemming geldt dat voor de uitvoering van GVO-activiteiten samenwerking met tal van instellingen en personen een absolute voorwaarde is. Daarnaast vraagt afstemming van GVO-activiteiten (coördinatie) vaak aparte aandacht.

In dit hoofdstuk zal nader worden ingegaan op de drie bovengenoemde deeltaken; onder meer wat betreft de tijd die hierin wordt geïnvesteerd, de wijze waarop de deeltaken concreet gestalte krijgen en de door de GVO-functionarissen genoemde plannen en knelpunten bij de uitvoering van deze deeltaken.

Daarna komt een aantal andere activiteiten in de voorwaardenscheppende sfeer aan de orde.

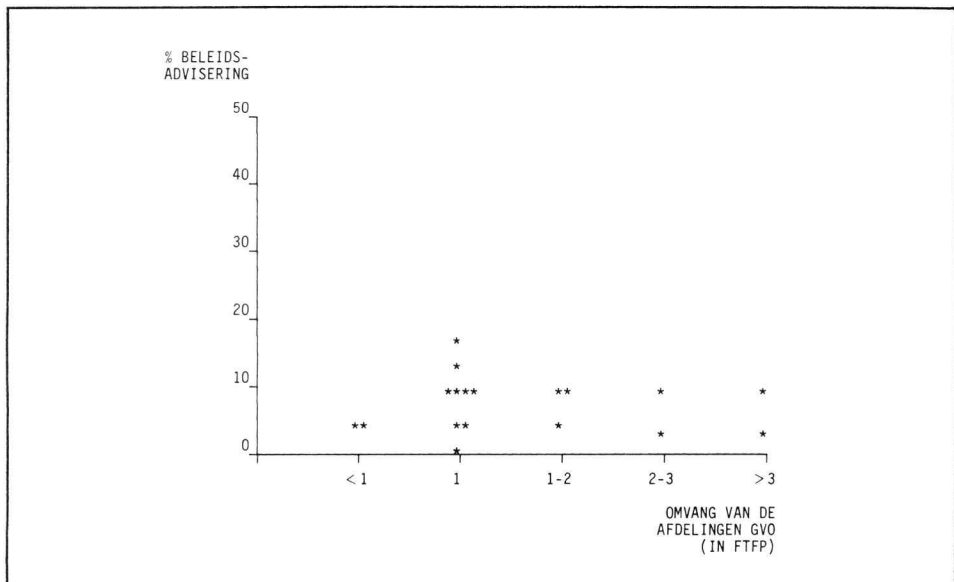
7.1 Beleidsadvisering

Een essentieel onderdeel van het werk van de GVO-functionaris vormt het taakonderdeel beleidsadvisering.

Alle afdelingen besteden hieraan tijd, in omvang variërend van 3% - 15%. De gemiddelde tijdsinvestering bedraagt 8,1%.

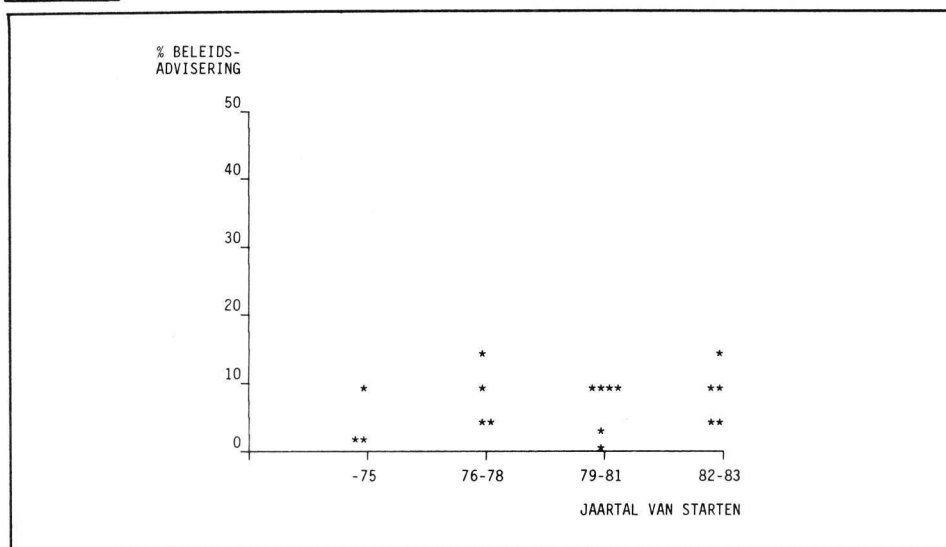
In figuur 7.1 en 7.2 wordt met behulp van een puntenwolk de bestede tijd weergegeven naar respectievelijk grootte van de afdeling GVO en jaartal van starten.

Figuur 7.1 % Beleidsadvisering naar afdelingsgrootte (n = 18)



Bij de indeling naar grootte van de afdelingen GVO blijken zich nauwelijks verschillen voor te doen. In de kleine afdelingen (≤ 1 fp) is de gemiddelde tijdsinvestering 8,2% in de grotere afdelingen (> 1 fp) is het gemiddelde 7,9%.

Figuur 7.2 % Beleidsadvisering naar jaartal van starten (n = 18)



Ook ingedeeld naar jaartal van starten blijken er zich nauwelijks verschillen voor te doen.

Instanties waaraan in de laatste drie jaar beleidsadviezen zijn verstrekt zijn:

- gemeente(raad) via de directie (18 maal genoemd);
- directeur van de dienst (18);
- onderwijs(organisaties) (11);
- afdelingen van de dienst (5);
- hoofd van de afdeling (4);
- buurt- en clubhuiswerk (4);
- werkgroepen (4);
- ouderen(organisaties) (3).

Daarnaast worden nog genoemd: de provinciale raad, kruisvereniging, RIAGG en jeugdtandzorg.

Zoals blijkt bestaat er in praktisch alle gevallen een adviesfunctie naar de gemeente, soms direct naar de secretarie, maar meestal via de directie van de dienst en/of via het hoofd van de afdeling. Bij 11 afdelingen (58%) is er afstemming met de secretarie-afdeling. Gebruikelijk is de constructie dat adviezen van de secretarie waarin GVO-elementen zitten de GVO-functionaris passeren. Als bezwaar geldt hierbij echter in een aantal gevallen dat naar de mening van de GVO-ers de secretarie-medewerkers niet altijd even goed kunnen beoordelen waar sprake is of kan zijn van GVO-elementen. Daarnaast is er vaak wederzijdse afstemming van activiteiten omdat er in werkgroepen en dergelijke wordt samengewerkt.

Bij 7 afdelingen GVO (37%) is de GVO-functionaris van mening dat er geen afstemming is met de secretarie-afdeling.

In 2 gevallen was de vraag niet van toepassing omdat de secretariefunctie was ondergebracht bij de basisgezondheidsdienst.

Door de GVO-functionarissen worden de volgende onderwerpen genoemd waarover beleidsadviezen zijn uitgebracht:

- GVO-beleid/planning (13 maal genoemd);
- takenpakket GVO-afdeling bij een basisgezondheidsdienst (8);
- financiële aspecten rond de GVO, met name met betrekking tot het verkrijgen van een eigen budget en het aantrekken van aanvullende financiering (4);
- preventie-beleid (4).

Naast deze wat meer algemene onderwerpen ook de volgende specifieke onderwerpen:

- alcohol en drugs (13);
- GVO in het onderwijs (8);
- roken (8);
- ouderen (4);
- voeding (4);
- emancipatie (3);

- culturele minderheden (3);
- milieu (2);
- geslachtsziekten (2).

Daarnaast nog onderwerpen zoals: zonnebank, Nederland Oké en veiligheid in de privésfeer.

Wensen en plannen van de afdelingen GVO met betrekking tot beleidsadvisering betreffen met name het feit dat men meer en vooral ook meer systematisch wordt betrokken bij de beleidsadvisering van de gemeente op het terrein van de volksgezondheid. Dit aspect wordt door 10 afdelingen GVO (53%) naar voren gebracht.

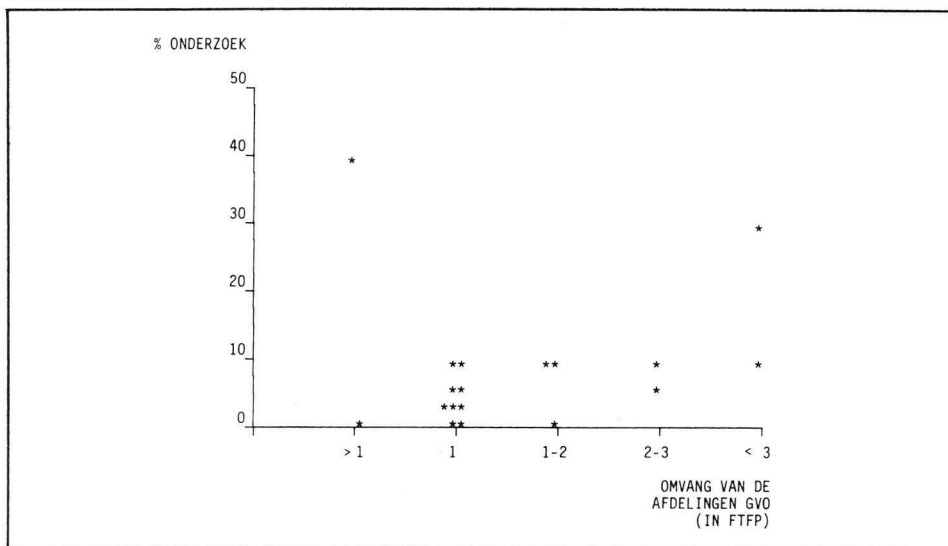
Enkele keren wordt door de afdelingen GVO ook genoemd het plan meer ongevraagd te gaan adviseren. Struikelblokken vormen hiervoor echter het gebrek aan tijd en personeelskracht.

7.2 Beleidsonderbouwend onderzoek

Een tweede deeltaak met een sterk voorwaardenscheppend karakter vormt het uitvoeren van onderzoek ten behoeve van de GVO-activiteiten. De gemiddelde tijdsinvesteringen van de afdelingen GVO is hierbij 8,4%.

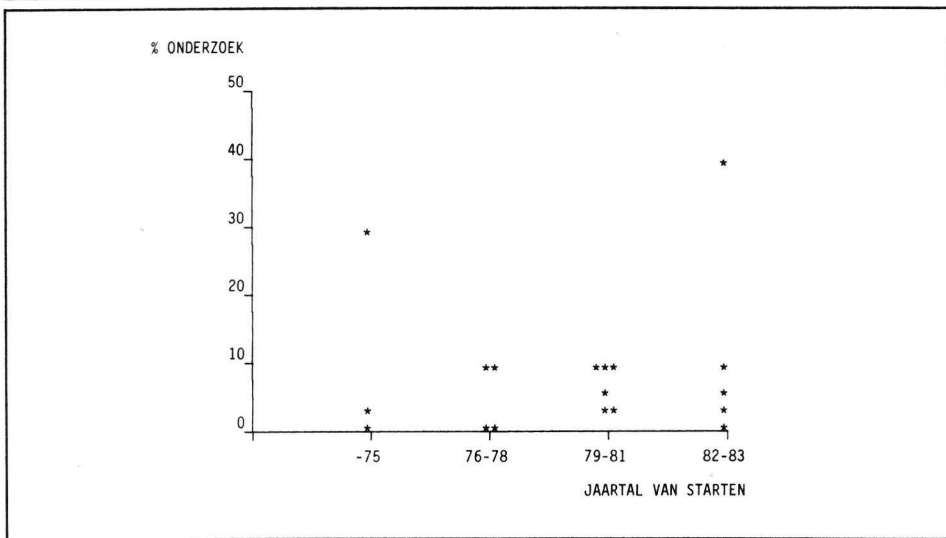
In figuur 7.3 en 7.4 wordt met behulp van een puntenwolk de bestede tijd weergegeven naar respectievelijk grootte van de afdeling GVO en jaartal van starten.

Figuur 7.3 % Onderzoek naar afdelingsgrootte (n = 18)



Bij de indeling naar grootte van de afdelingen GVO blijkt dat er zich tussen grote en kleine afdelingen nauwelijks verschillen voordoen, namelijk 10,3% tegenover 7,2% van de totale tijd. Met name twee afdelingen besteden veel tijd aan deze deeltaak, bij een afdeling hangt dit echter sterk samen met de recente start van de GVO in de dienst en de oriëntatie in de literatuur en het 'veld'.

Figuur 7.4 % Onderzoek naar jaartal van starten (n = 18)



Naar jaartal van starten doen zich nauwelijks verschillen voor met uitzondering van de twee al eerder genoemde afdelingen die flink boven het gemiddelde uitsteken.

4 Afdelingen GVO geven in het geheel geen tijd op voor het doen van onderzoek, het gebrek aan tijd is hiervan doorgaans de reden. Getracht wordt over het algemeen daarin te voorzien door stagiaires en dergelijke de onderzoeken te laten uitvoeren.

Gevraagd naar in de drie afgelopen jaren uitgevoerd onderzoek, dan blijkt in elke afdeling wel enig onderzoek te zijn uitgevoerd al of niet in samenwerking met andere personen en instellingen.

De volgende vormen van GVO-onderzoek worden onderscheiden:

- | | |
|----------------|---|
| Basisonderzoek | <ul style="list-style-type: none"> - literatuuronderzoek; - behoeftepeilingen; - inventarisaties; - beschrijving probleemsituaties. |
|----------------|---|

- Evaluatie-onderzoek
- eenvoudig evaluatie-onderzoek;
 - proces evaluatie-onderzoek;
 - effect evaluatie-onderzoek.

Literatuuronderzoek

Door de GVO-functionarissen wordt nauwelijks apart literatuuronderzoek genoemd. Opgemerkt wordt echter dat elke activiteit wel wordt voorafgegaan door enig - soms ook uitgebreid literatuuronderzoek.

Behoeftepeilingen

Door 12 afdelingen GVO zijn in de laatste drie jaar behoeftepeilingen verricht. Het betreft daarbij de volgende onderwerpen:

- onderwijs - peiling van de behoefte aan GVO in het onderwijs en in het onderwijsvoorrangsbeleid;
- bejaarden - buurtonderzoek onder ouderen, bereidheid om aan cursussen mee te doen, behoefte aan GVO bij ouderen;
- migranten - enquête onder huisartsen over behoefte aan GVO voor migranten;
- intern - in de eigen dienst nagaan wat de behoefte is aan GVO;
- 1e lijn - enquêteren huisartsen over behoefte aan GVO-ondersteuning;
- consultatiebureau voor zuigelingen en kleuters - onderzoek naar satisfactie van ouders;
- algemeen - analyse vraag en aanbod van GVO in de regio.

Inventarisaties

Deze vorm van basisonderzoek is in de laatste drie jaar door 9 afdelingen GVO uitgevoerd, het gaat daarbij om de volgende onderwerpen:

- onderwijs - enquêtes over wat leraren doen aan gezondheidseducatie, aanwezigheid van GVO lesmaterialen in de regio, inventarisatie van knelpunten bij GVO in het onderwijs (enquête onder

GVO-ers);

- voorzieningen voor de opvang van seksueel geweld, voorzieningen die seksuele voorlichting geven, voorzieningen die voorlichtingsactiviteiten uitvoeren op het terrein van de alcohol en drugs;
- intern - aanknopingspunten voor GVO bij JGZ en BGZ, mogelijkheden voor deskundigheidsbevordering JGZ;
- migranten - mogelijkheden voor het geven van schriftelijke voorlichting aan Turken en Marokkanen;
- algemeen - inventarisatie van wie er in de eigen regio aan GVO werken en wat eraan gedaan wordt.

Beschrijving probleemsituaties

Door 6 afdelingen GVO wordt vermeld dat deze vorm van onderzoek in de laatste drie jaar is uitgevoerd. Het betreft de volgende onderwerpen:

- alcohol en drugs - vastlegging van het gebruik van alcohol en drugs bij jongeren, rookgedrag jongeren, rookgedrag in het kader van een ontmoedigingsbeleid, alcoholgebruik door de bevolking;
- geneesmiddelengebruik - vastleggen huidige gebruik;
- ongevallen op school - opzet ongevallenregistratie op de scholen;
- dikke kinderen - voorkomen van obesitas;
- seksueel geweld - voorkomen van seksueel geweld.

De hierboven genoemde onderzoeken zijn deels opgezet om in een later stadium van onderzoek eventuele effecten van maatregelen of activiteiten te kunnen vaststellen. Deels gaat het echter ook om een GVO strategie te kunnen uitzetten (bepaling doelgroepen en dergelijke).

Eenvoudig evaluatie-onderzoek

Bij 11 afdelingen GVO is deze vorm van onderzoek in de laatste drie jaar uitgevoerd. Het gaat daarbij om de volgende onderwerpen:

- ouderen - evaluatie van thema-avonden en cursussen;

- migranten - evaluatie van project voorlichting aan buitenlandse vrouwen;
- onderwijs - evaluatie van GVO voorlichtingsmateriaal zoals wandplaten, lesbrieven, medisch educatief programma, winkelspel;
- geslachtsziekten - gebruik telefonische voorlichting;
- intern - evaluatie van bijscholingsactiviteiten.

Bij enkele diensten wordt de stelregel gehanteerd dat elk project gepaard gaat met een evaluatie. Vaak gaat het daarbij niet om een uitgebreide evaluatie, maar om een op de praktijk gerichte informatieverzameling aan de hand waarvan tot eventuele bijstellingen van materiaal of werkwijze gekomen kan worden. De betiteling van actie-onderzoek zou echter te zwaar zijn.

Proces evaluatie-onderzoek

Slechts twee afdelingen GVO geven aan in de afgelopen 3 jaar dergelijk onderzoek te hebben uitgevoerd.

Het gaat daarbij om een drietal projecten, te weten:

- voorlichting over geslachtsziekten;
- migranten project;
- onderwijsproject.

Effect evaluatie-onderzoek

Drie afdelingen GVO geven aan in de afgelopen drie jaar dergelijke onderzoeken te hebben uitgevoerd. Het gaat daarbij om de volgende onderwerpen:

- geneesmiddelen-paspoort;
- obesitas-project;
- hart- en vaatziekten;
- roken;
- geslachtsziekten;
- belevingsonderzoek baarmoederhalskanker;
- drugsvoorlichting;
- hypertensie.

Een aantal rapporten en verslagen van bij basisgezondheidsdiensten uitgevoerd onderzoek is opgenomen in de literatuurlijst.

Zoals blijkt blijft het onderzoek meestal beperkt tot het zogenaamde basisonderzoek bijvoorbeeld over het bereik van de GVO-activiteiten en de mening van de doelgroepen hierover.

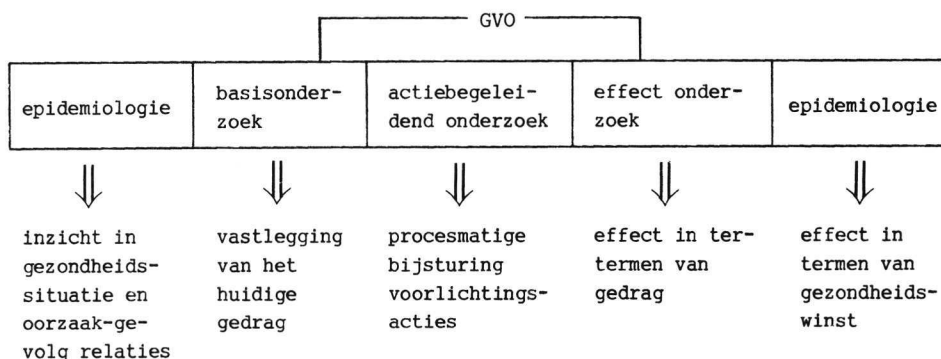
Voor uitgebreider onderzoek ontbreken over het algemeen de financiële en personele middelen.

Voor het uitvoeren van onderzoek is het vaak nodig met anderen samen te werken, dit kan zowel samenwerking binnen de eigen dienst zijn of samenwerking met universiteit of hogeschool.

Bij 10 afdelingen GVO wordt samenwerking met een epidemioloog genoemd, geheel of gedeeltelijk werkend voor de eigen dienst.

De afbakening van epidemiologisch onderzoek en GVO-onderzoek werd door enkele respondenten als volgt weergegeven (schema 7.1).

Schema 7.1 De relatie tussen epidemiologisch- en GVO-onderzoek



Epidemiologisch onderzoek en GVO-onderzoek worden duidelijk als in elkaars verlengde liggend gezien en vullen elkaar op essentiële punten aan.

Naast interne samenwerking wordt er door 8 afdelingen GVO melding gemaakt van samenwerking met universiteit of hogeschool.

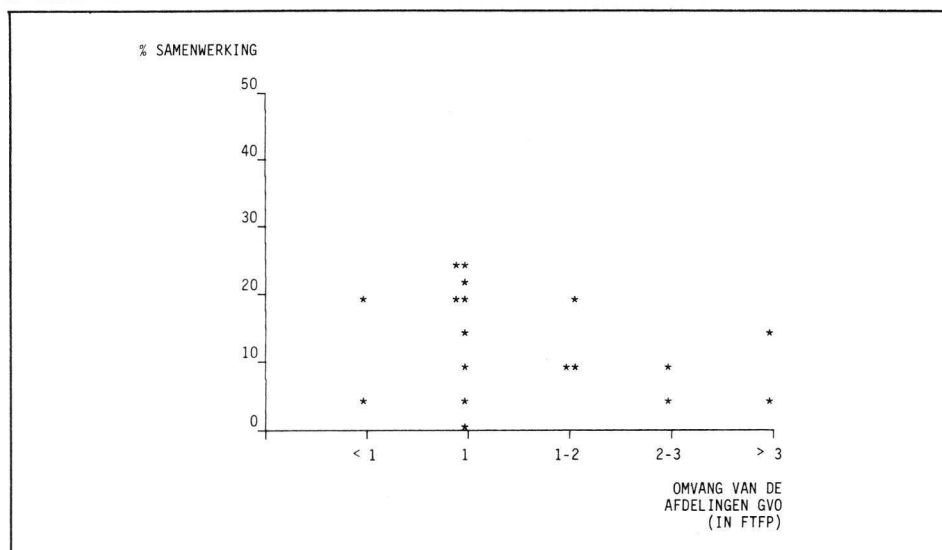
In de meeste gevallen betreft het samenwerking met de Rijks Universiteit Limburg, de Landbouwhogeschool Wageningen of de RK-Universiteit Nijmegen. In de meeste gevallen betekent het dat studenten in de afstudeerfase ten behoeve van hun afstudeerproject een onderzoek uitvoeren in samenwerking met en onder begeleiding van de GVO-functionaris.

7.3 Samenwerking en afstemming

De deeltaak samenwerking en afstemming vraagt gemiddeld een tijdsinvestering van 13,4%. Op één na besteden alle afdelingen GVO hieraan enige tijd, variërend in omvang van 5% - 25%.

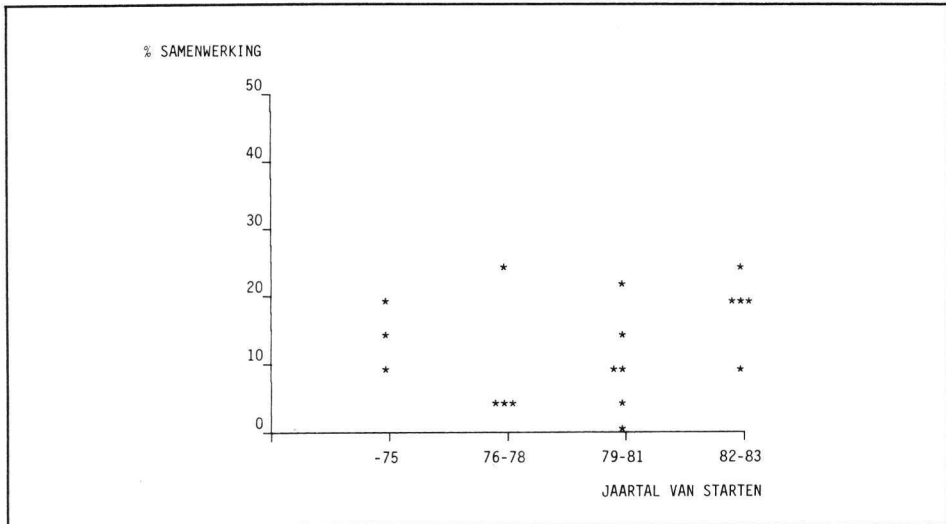
In figuur 7.5 en 7.6 wordt met behulp van een puntenwolk de bestede tijd weergegeven naar respectievelijk grootte van de afdeling GVO en jaartal van starten.

Figuur 7.5 % Samenwerking naar afdelingsgrootte (n = 18)



Gemiddeld blijken er tussen kleinere afdelingen (≤ 1 fp) en grotere afdelingen (> 1 fp) nauwelijks verschillen te bestaan, namelijk 12,5% tegenover 10,7%.

Figuur 7.6 % Samenwerking naar jaartal van starten (n = 18)



Ook naar jaartal van starten zijn de verschillen klein, de diensten die vanaf 1979 zijn gestart besteden 14,3% van de tijd aan samenwerking, de diensten die voor 1979 zijn gestart 12,1%.

Elke GVO-functionaris heeft in het werk te maken met tal van andere instellingen en personen, in de hoofdstukken 5 en 6 over de interne en externe GVO wordt daar al een indruk van gegeven.

Het bleek tijdens de interviews nauwelijks uitvoerbaar per GVO-afdeling inzicht te krijgen in het netwerk aan contacten dat wordt onderhouden. Contacten die echter wel een voorwaarde vormen voor het ondernemen van GVO-activiteiten.

Een belangrijke vorm van samenwerking betreft de samenwerking met andere GVO-functionarissen in de regio. Bij alle 20 afdelingen die de vragen hierover hebben beantwoord zijn in de eigen regio ook

andere GVO-functionarissen werkzaam. Hierbij worden dan eveneens gerekend de functionarissen werkzaam bij RIAGG's en CAD's die doorgaans worden benoemd als preventie-werkers, waarbij GVO vaak een belangrijk onderdeel van het werk uitmaakt.

In tabel 7.1 wordt weergegeven de frequentie waarmee de diverse instellingen werden genoemd en de aangegeven intensiteit van samenwerking door de GVO-afdelingen van de basisgezondheidsdiensten.

Tabel 7.1 Instellingen in de regio met een GVO-functionaris en de aard en intensiteit van samenwerking

instellingen	andere		aard samenwerking											
	instellingen		informatie-uitwisseling						overleg					
	ja	nee	-	±	+	-	±	+	-	±	+	-	±	+
Regionale samenwerkingsverbanden GVO	8	12		2	6		3	5		3	5	5	1	2
Kruiswerk	18*	2		3	7	7		4	7	6		6	8	3
RIAGG	17	3		3	9	5		2	11	4		10	4	3
CAD	19*	1		1	9	8		3	10	5		5	9	4

- = nooit/geen; ± = incidenteel/partieel; + = vaak/volledig.

* Mate van samenwerking 1 x niet ingevuld.

Naast de 4 hierboven genoemde instellingen worden door de GVO-ers ook de volgende instellingen genoemd waarbij GVO-functionarissen werkzaam zijn: schooladviesdienst, gemeente, welzijnsinstellingen, Rutgerstichting, Stichting Hulp aan Drugsverslaafden, Stichting Jeugd tandzorg, Preventie project Drugs. Deze instellingen werden echter slechts één of enkele malen genoemd.

Ten behoeve van de inzichtelijkheid zijn de bovenstaande gegevens omgescoord tot samenwerkingsscores, deze worden in tabel 7.2 weergegeven.

Tabel 7.2 Samenwerkingsscores* met andere instellingen

instellingen	andere instel- lingen	aard samenwerking			
		informatie- uitwisseling	overleg	werkaf- spraken	projecten
Regionale samen- werkingsverbanden GVO	8	88	81	81	31
Kruiswerk	18**	62	56	41	26
RIAGG	17	56	56	29	26
CAD	19**	69	55	47	39

* Samenwerkingsscore $\frac{n_{+2} + n_{+1}}{(n - \text{niet ingev.}) \cdot 2} \times 100$ = minimum 0
maximum 100

** Mate van samenwerking 1x niet ingevuld.

Zoals uit deze tabel blijkt is de samenwerking met de samenwerkingsverbanden het grootst, daar waar het gaat om informatie-uitwisseling, overleg en het maken van werkafspraken. Bij het uitvoeren/opzetten van projecten is de samenwerking met de CAD's het sterkst.

Wensen en plannen met betrekking tot samenwerking en afstemming betreffen in 10 basisgezondheidsdiensten de oprichting van een samenwerkingsverband GVO. Hierop zal in hoofdstuk 8 nader worden ingegaan.

7.4 Overige voorwaardenscheppende activiteiten

Naast de opgave van de tijdsinvestering aan de reeds behandelde deeltaken GVO was in de enquête een rubriek anders open gelaten. 11 Afdelingen GVO maakten gebruik van deze rubriek. Het ging daar-

bij om werkzaamheden die als volgt werden benoemd:

- overleg/staf;
- algemene overhead;
- deskundigheidsbevordering;
- landelijke en regionale overlegsituaties met collega's.

Het percentage hieraan bestede tijd is in het merendeel van de gevallen 10%. Bij enkele afdelingen ging het om activiteiten zoals: financieel beheer, intern overleg, uitvoeren van bestellingen en dergelijke. Het merendeel van de afdelingen doelt op activiteiten die in de sfeer van de eigen deskundigheidsbevordering liggen en in de sfeer van landelijke beleidsadvisering en moeilijk zijn toe te rekenen aan de onderscheiden deeltaken.

Landelijke- en regionale overlegsituaties die (deels) gericht zijn op beleidsvoorbereiding, zijn:

- commissie GVO van de VDB;
- landelijk overleg van GVO-functionarissen bij BaGD'en;
- landelijk overleg GVO in het onderwijs;
- diverse regionale overlegvormen.

Als knelpunt wordt hierbij verscheidene keren genoemd dat er geen financieringsregeling is ten aanzien van voorbereidende en ondersteunende werkzaamheden in het kader van deze overlegsituaties.

Specifiek gevraagd naar activiteiten op het terrein van de deskundigheidsbevordering dan blijken de GVO'ers te participeren aan de volgende activiteiten:

- landelijk overleg van GVO-functionarissen in basisgezondheidsdiensten (18 maal genoemd);
- landelijk overleg van GVO-functionarissen in het basisonderwijs (14);
- landelijk overleg van GVO-functionarissen in het voortgezet onderwijs (5);
- regionaal overleg GVO-functionarissen (12);
- cursussen van het Landelijk Centrum Dienstverlening GVO (16);
- cursussen aan universiteiten/hogescholen (14).

Daarnaast worden frequent genoemd: studiedagen, conferenties, symposia, collegiale contacten in het algemeen, lezen en studie.

De huidige mogelijkheden voor deskundigheidsbevordering worden unaniem als zeer positief en noodzakelijk ervaren.

Wensen die op dit terrein worden uitgesproken betreffen in hoofdzaak een zekere differentiëring van de cursussen voor beginnende GVO-functionarissen en de meer ervaren GVO-functionarissen.

Bij de wat grotere afdelingen lijkt ook momenteel behoefte te ontstaan aan deskundigheidsbevordering op het terrein van financiering en management.

Het geheel aan deskundigheidsbevorderende activiteiten overziend, en dit afzettend tegen het eerder genoemde percentage van 10% van de werkzaamheden, dan lijkt dit percentage zeker niet aan de hoge kant.

7.5 Samenvatting

Aan beleidsadvisering wordt gemiddeld rond 8% van de totale tijd besteed. Het betreft in hoofdzaak beleidsadvisering aan de gemeenten en onderwijsorganisaties. Er zijn nauwelijks verschillen qua percentage bestede tijd tussen grotere en kleinere afdelingen GVO.

Door 58% van de GVO-functionarissen wordt melding gemaakt van afstemming op het terrein van de beleidsadvisering met de gemeentesecretarie.

Beleidsadviezen betreffen met name GVO-beleid/planning, takenpakket van de GVO bij een BaGD en onderwerpen als alcohol en drugs, roken en GVO in het onderwijs.

Ruim 50% van de afdelingen GVO wenst meer systematisch betrokken te worden bij de beleidsadvisering van de gemeente op het terrein van de volksgezondheid.

Beleidsonderbouwend onderzoek vergt gemiddeld rond 8% van de totaal te besteden tijd; veelal wordt geprobeerd onderzoek te laten uitvoeren door het inzetten van stagiaires van universiteiten en andere opleidingen. Er is wat betreft het percentage bestede tijd geen verschil tussen grotere en kleinere GVO-afdelingen.

De meestgenoemde vormen van onderzoek door GVO-afdelingen betreffen behoeftepeilingen, inventarisaties, beschrijving probleemsituaties en eenvoudig evaluatie-onderzoek.

Effect-evaluatie onderzoek is in de laatste drie jaar door drie afdelingen GVO uitgevoerd; procesevaluatie onderzoek door twee afdelingen GVO. De wenselijkheid van het uitvoeren van dergelijk onderzoek wordt wel erkend, maar een gebrek aan tijd en geld vormen hiervoor een belangrijke belemmering.

Bij 10 afdelingen GVO wordt melding gemaakt van samenwerking met een epidemioloog, geheel of gedeeltelijk werkend voor de eigen dienst.

Samenwerking en afstemming kost gemiddeld rond 13% van de totaal te besteden tijd. Het betreft veelal samenwerking met grote netwerken aan contacten gericht op de realisering van GVO-activiteiten.

Samenwerking met andere GVO-functionarissen is het sterkst met de regionale samenwerkingsverbanden GVO. Bij 10 afdelingen GVO werd melding gemaakt van de oprichting/start van een regionaal samenwerkingsverband.

Naast de vijf onderscheiden deeltaken geeft een merendeel van de GVO-afdelingen aan rond 10% van de tijd te besteden aan zaken als overleg/staf en de eigen deskundigheidsbevordering.

GVO-afdelingen bij basisgezondheidsdiensten participeren in twee landelijke en diverse regionale overlegsituaties, onder meer om te komen tot afstemming van GVO-activiteiten (beleidsvoorbereiding op landelijk en regionaal niveau) en ter bevordering van de eigen deskundigheid.

Bij de planning van GVO-formatieplaatsen lijkt het reëel per functionaris rekening te houden met rond 0.1 formatieplaats ten behoeve van eigen deskundigheidsbevordering, landelijk overleg en interne overhead.

Bij de bestaande landelijke overlegsituaties vormt het gebrek aan een regeling ten behoeve van de ondersteuning een belangrijk knelpunt.

Zoals uit de gegevens van hoofdstuk 4, interne GVO, al bleek krijgen basisgezondheidsdiensten niet alleen ondersteuning vanuit de eigen dienst. Ook vanuit andere instellingen wordt ondersteuning geboden. Soms gebeurt de ondersteuning uitsluitend door het ter beschikking stellen van GVO-materialen (folders, posters, videomateriaal en dergelijke) soms echter ook door het bieden van bredere ondersteuning zoals het ontwikkelen van GVO-projecten ten behoeve van een basisgezondheidsdienst.

In dit hoofdstuk zal worden ingegaan op een belangrijke categorie andere instellingen die bij het onderzoek betrokken zijn, namelijk de 8 op het moment van uitvoering van het onderzoek functionerende regionale samenwerkingsverbanden GVO en het Stedelijk Orgaan GVO Den Haag.

Tot slot van dit hoofdstuk zal worden ingegaan op de meest recente ontwikkelingen met betrekking tot de samenwerkingsverbanden GVO in relatie met de basisgezondheidsdiensten.

8.1 De keuze van andere bij het onderzoek te betrekken instellingen

Het betrekken van andere instellingen bij het onderzoek (zie hoofdstuk 2) zou onder meer afhankelijk worden gesteld van de door de functionele afdelingen van basisgezondheidsdiensten genoemde instellingen. Vragen over ondersteuning op het terrein van de GVO waren in de schriftelijke enquête opgenomen. De antwoorden van de afdelingen JGZ, BGZ, AGZ en AMB kunnen samenvattend als volgt worden omschreven:

- GVO functionarissen bij het kruiswerk, RIAGG en CAD worden slechts incidenteel genoemd als instanties waarbij de afdelingen van basisgezondheidsdiensten te rade gaan op het terrein van de

GVO;

- categorale instellingen op het terrein van de GVO zoals bijvoorbeeld het voorlichtingsbureau voor de Voeding of de Hartstichting worden eveneens incidenteel genoemd door de functionele afdelingen van de basisgezondheidsdiensten;
- het Landelijk Centrum Dienstverlening GVO wordt een aantal keren genoemd, zowel door diensten met als zonder eigen GVO-functionaris;
- relatief frequent worden door diensten zonder eigen GVO-functionaris omliggende - meestal grotere - basisgezondheidsdiensten genoemd;
- de meest frequent en systematisch genoemde instellingen naast basisgezondheidsdiensten zijn de regionale samenwerkingsverbanden GVO. Bijna alle samenwerkingsverbanden worden door de basisgezondheidsdiensten expliciet genoemd;
- apart genoemd dient nog te worden het Stedelijk Orgaan GVO Den Haag.

Op basis van de bovengenoemde informatie werd besloten om de volgende andere instellingen bij het onderzoek te betrekken: de in 1984 functionerende regionale samenwerkingsverbanden GVO (8) en het Stedelijk Orgaan GVO Den Haag.

Afgezien van het feit dat bovengenoemde instellingen naast collega basisgezondheidsdiensten het meest genoemd zijn, spelen bij de keuze voor deze instellingen de volgende inhoudelijke overwegingen eveneens een rol:

- op deze wijze wordt de ondersteuningsstructuur van GVO bij basisgezondheidsdiensten op regionaal/lokaal niveau grotendeels in beeld gebracht;
- bij op één na alle genoemde instellingen zijn basisgezondheidsdiensten en/of gemeenten bestuurlijk betrokken;
- enkele samenwerkingsverbanden werden door de basisgezondheidsdiensten in negatieve zin genoemd (slechte ervaringen met de samenwerkingsverbanden, het niet verkrijgen van de gevraagde

ondersteuning), het is goed de samenwerkingsverbanden GVO ook hun kant van de zaak te laten belichten;

- de ontwikkelingen met betrekking tot de samenwerkingsverbanden GVO leven sterk bij basisgezondheidsdiensten. In veel diensten werd expliciet melding gemaakt van initiatieven om tot oprichting van een samenwerkingsverband te komen.

Besloten werd de informatieverzameling bij deze instellingen beperkt te houden tot de relatie basisgezondheidsdienst - samenwerkingsverband. Dit onder meer omdat er een evaluatie-onderzoek bij de samenwerkingsverbanden wordt uitgevoerd.

Als methode van onderzoek is gekozen voor een telefonische enquête waarbij de vragen (zie bijlage 8.1) van te voren werden toegestuurd.

De vragen betroffen de volgende aspecten:

- het verduidelijken van de relatie samenwerkingsverband-basisgezondheidsdienst;
- het horen van de samenwerkingsverbanden over aard en intensiteit van de betrokkenheid bij de GVO van de basisgezondheidsdiensten;
- de visie van de samenwerkingsverbanden over taak en taakafbakening van het samenwerkingsverband ten opzichte van de GVO-functionarissen bij basisgezondheidsdiensten.

8.2 Een korte karakteristiek van de geënquêteerde instellingen

De instellingen waar het in concreto om gaat zijn ^{*}:

- afdeling GVO/preventie Provinciale Raad voor de Volksgezondheid Friesland (sinds 1981);

^{*} Wat betreft de samenwerkingsverbanden GVO is gebruik gemaakt van de gegevens uit het 'Inventariserend onderzoek bij de regionale samenwerkingsverbanden GVO ter voorbereiding van een evaluatie-onderzoek' (Assema, 1984).

- provinciaal coördinatiepunt Groningen (sinds 1982);
- stichting GVO-Overijssel (sinds 1981);
- regionaal GVO-project Herstructureringsgebied Zuid-Limburg (sinds 1976);
- stichting Samenwerkingsorgaan GVO Amsterdam (sinds 1974);
- GVO-Kennemerland (sinds 1974);
- GVO-Utrecht (sinds 1976);
- GVO-project Bollenstreek (sinds 1976);
- Stedelijk Orgaan GVO Den Haag (sinds 1968).

De taken van de samenwerkingsverbanden GVO worden in de tijdelijke stimuleringsregeling d.d. 13 december 1983 als volgt omschreven:

- a. verzamelen van gegevens, het verzorgen van documentatie en het geven van informatie en advies aan en ten behoeve van organisaties en personen die GVO uitvoeren;
- b. op verzoek van de uitvoerende organisaties kan het samenwerkingsverband een tijdelijke bijdrage leveren aan de ontwikkeling en begeleiding van GVO-programma's of projecten;
- c. het samenwerkingsverband tracht steeds de samenwerking en afstemming van werkzaamheden tussen de daarvoor in aanmerking komende organisaties op het punt van GVO, zowel op regionaal als op lokaal niveau, te bevorderen;
- d. het desgevraagd medewerking verlenen aan de planning op gemeentelijk en/of provinciaal niveau voor wat betreft de ontwikkeling en uitvoering van GVO.

Het stedelijk orgaan GVO Den Haag heeft kort samengevat als taak het stimuleren van plaatselijke organisaties (volksgezondheid, welzijn, onderwijs) tot GVO. Dit gebeurt onder meer door het ondernemen van coördinerende activiteiten, het uitvoeren van ondersteunend onderzoek en het systematische aanbod van materialen en GVO-mogelijkheden aan sleutelfiguren.

8.3 Resultaten van de telefonische enquête

Bij 7 van de 8 samenwerkingsverbanden en bij het stedelijk orgaan GVO Den Haag zijn basisgezondheidsdiensten direct dan wel indirect bij het bestuur betrokken. Bij één samenwerkingsverband is nog geen basisgezondheidsdienst bestuurlijk betrokken, wel is er overleg gaande met een dienst in verband met een eventuele uitbreiding van het werkgebied van het samenwerkingsverband.

Bij dit laatstgenoemde samenwerkingsverband is van ondersteunende activiteiten ten behoeve van een basisgezondheidsdienst geen sprake, bij een bespreking van de verdere resultaten blijft dit samenwerkingsverband buiten beschouwing.

Door 7 samenwerkingsverbanden en het stedelijk orgaan wordt ondersteuning aan de functionele afdelingen van basisgezondheidsdiensten geboden. De aard van de ondersteuning verschilt sterk, zowel per basisgezondheidsdienst als per samenwerkingsverband.

Vier samenwerkingsverbanden en het stedelijk orgaan verrichten een breed scala aan ondersteunende werkzaamheden ten behoeve van de functionele afdelingen van één of meerdere basisgezondheidsdiensten. Dit omvat activiteiten zoals beleidsontwikkeling, consultatie, deskundigheids-bevordering, project ontwikkeling, project uitvoering, uitleen voorlichtingsmateriaal, documentatie, evaluatie. Kortom het hele scala aan werkzaamheden dat ook wordt verricht door de GVO-functionarissen bij basisgezondheidsdiensten zelf.

De vier overige samenwerkingsverbanden richten zich sterker op coördinerende activiteiten en beleidsadvisering.

De tijdsinvestering voor ondersteuning zoals die door de samenwerkingsverbanden en het stedelijk orgaan GVO aan de functionele afdelingen van basisgezondheidsdiensten wordt gegeven bedroeg doorgaans ongeveer 0,1 formatie-plaats. Hierbij moet worden aangetekend dat de taakuitvoering zoals die anders door een GVO-functionaris van de eigen basisgezondheidsdienst zou zijn gedaan door het

samenwerkingsverband - naar eigen zeggen - veel minder intensief kan gebeuren dan nodig en wenselijk is.

Essentieel onderscheid lijkt er te bestaan tussen de dienstverlening ten opzichte van basisgezondheidsdiensten met en zonder eigen GVO-functionarissen.

Indien de basisgezondheidsdienst eigen GVO functionarissen heeft blijven de werkzaamheden van het samenwerkingsverband ten aanzien van de basisgezondheidsdienst beperkt tot coördinerende activiteiten en zaken als deskundigheidsbevordering. In de meeste gevallen vinden deze plaats in onderlinge afstemming en samenwerking.

Heeft een basisgezondheidsdienst géén eigen GVO functionarissen, dan worden vaak bredere ondersteunende activiteiten geboden.

Voor vier samenwerkingsverbanden gold tijdens de enquête dat geen van de basisgezondheidsdiensten in het werkgebied een eigen GVO-functionaris had; voor de overige vier instellingen gold dat slechts een deel van de basisgezondheidsdiensten eigen GVO functionarissen had, of dat de GVO functionarissen slechts voor één functionele afdeling werkzaam waren.

Deze laatste constatering is in overeenstemming met de uitspraak van op één na alle samenwerkingsverbanden, dat elke basisgezondheidsdienst een eigen GVO-functionaris in dienst zou moeten hebben.

Niet alleen omdat daarmee de GVO-functie van de basisgezondheidsdienst op een hoger peil kan worden gebracht, maar ook omdat in veel basisgezondheidsdiensten een duidelijk aanspreekpunt voor de GVO nodig is. Bij het ontbreken van een GVO-functionaris ontbreekt ook een duidelijk aanspreekpunt.

De samenwerkingsverbanden zijn dus van mening dat het samenwerkingsverband geen substituut voor een GVO-functie bij een basisgezondheidsdienst kan en hoort te vormen, maar dat beide voorzieningen complementair (aanvullend) zijn.

Eén instelling heeft de uitgesproken mening dat de werksoort GVO niet in een basisgezondheidsdienst thuis hoort. Naar de mening van

de respondent ontbreken daarvoor de educatieve momenten in het functioneren van de diensten.

De mening van de samenwerkingsverbanden ten aanzien van de taakafbakening komt er in grote lijnen op neer dat als de eigen taak wordt gezien primair de coördinatie van GVO-activiteiten in de eigen regio naast het in algemene zin stimuleren van GVO.

Voor GVO-functionarissen bij basisgezondheidsdiensten ziet men met name taken voor wat betreft de interne GVO en externe GVO en de daarvoor noodzakelijke voorwaardenscheppende activiteiten.

Externe GVO echter in samenwerking of afstemming met elkaar en bij de basisgezondheidsdiensten sterker uitvoerend gericht.

8.4 Basisgezondheidsdiensten over samenwerkingsverbanden

Ten aanzien van de samenwerkingsverbanden is er bij de basisgezondheidsdiensten op twee momenten informatie verkregen, namelijk:

- bij de schriftelijke enquête over de verkregen externe ondersteuning voor GVO-activiteiten;
- tijdens de mondelinge interviews bij de GVO-functionarissen.

Vanuit de schriftelijke enquête gehouden onder de functionele afdelingen JGZ, BGZ, AGZ en AMB blijkt dat de verkregen ondersteuning vanuit de samenwerkingsverbanden sterk wisselend wordt beoordeeld. In enkele gevallen blijkt uit de beantwoording dat de afdelingen in grote lijnen tevreden zijn over de geboden ondersteuning, het gaat daarbij dan onder meer om activiteiten als project ontwikkeling, consultatie, documentatie en levering van voorlichtingsmateriaal.

In een aantal andere gevallen geven de afdelingen echter expliciet aan de ondersteuning als onvoldoende te ervaren of ontevreden te zijn over de ondersteuning.

Vanuit de samenwerkingsverbanden wordt daarover opgemerkt dat zij - evenals GVO-ers bij basisgezondheidsdiensten - vrij planmatig

moeten werken. Dit betekent onder meer dat er bij de keuze van projecten prioriteiten moeten worden gesteld. Het komt voor dat aanvragen vanuit basisgezondheidsdiensten bijvoorbeeld te laat binnen kwamen om in de planning van de activiteiten meegenomen te kunnen worden of dat er te weinig personele ruimte is om intensieve ondersteuning te kunnen geven. Dit bevestigt nogmaals het gegeven dat GVO-functionarissen bij samenwerkingsverbanden niet moeten worden gezien als substituut voor eigen GVO-functionarissen.

In veel van de basisgezondheidsdiensten die momenteel voor de GVO-ondersteuning afhankelijk zijn van een samenwerkingsverband wordt dan ook overwogen eigen GVO-functionarissen aan te trekken, in ieder geval ten behoeve van de interne GVO. Hierop wordt in hoofdstuk 9 nader ingegaan.

De GVO-functionarissen bij basisgezondheidsdiensten gaven tijdens de mondelinge interviews over het algemeen te kennen positief te staan tegenover samenwerkingsverbanden. Deze mening dient echter gezien te worden in het licht van de op het moment van het onderzoek in gang zijnde ontwikkelingen ten aanzien van de samenwerkingsverbanden.

Op het moment van het onderzoek waren er 11 nieuwe samenwerkingsverbanden pas gestart dan wel in oprichting, terwijl één bestaand samenwerkingsverband werd uitgebreid.

Deze nieuwe samenwerkingsverbanden verschillen in de visie van de BaGD-en en op een aantal wezenlijke punten van de bestaande, de oude samenwerkingsverbanden, namelijk:

- de financiering van de nieuwe samenwerkingsverbanden vindt in principe geheel plaats vanuit de stimuleringsregeling voor regionale samenwerkingsverbanden GVO. In 2 oude samenwerkingsverbanden draagt de gemeente voor een aanzienlijk deel bij in de kosten;
- van de 12 nieuwe samenwerkingsverbanden zijn er 10 rechtsposi-

tioneel (incl. Flevoland) aangehaakt bij de in de regio reeds functionerende organisaties. In al deze 10 gevallen betreft het een basisgezondheidsdienst met een eigen GVO-afdeling. De nieuwe samenwerkingsverbanden zijn daarnaast ook rechtspositioneel bij basisgezondheidsdiensten ondergebracht. De oude samenwerkingsverbanden zijn deels apart gevestigd;

- aansluitend op dit laatste punt lijkt de opzet van de nieuwe samenwerkingsverbanden er minder op gericht weer nieuwe - aparte - structuren te creëren, maar sluit aan op de bestaande structuren. Vestiging van de nieuwe samenwerkingsverbanden is deels décentraal, GVO-functionarissen zijn/worden geheel of gedeeltelijk gedétacheerd bij de diverse participanten.

Deze door de GVO-functionarissen bij basisgezondheidsdiensten gesignaleerde verschillen tussen de samenwerkingsverbanden hebben ongetwijfeld te maken met het verschil in uitgangspositie op het terrein van de GVO in de diverse regio's.

In de nieuwe regio's komen de samenwerkingsverbanden van begin af aan te werken met en tussen instellingen die op het terrein van de GVO de nodige ervaring hebben. De vraag lijkt gerechtvaardigd of van de bij de samenwerkingsverbanden benoemde GVO-functionarissen redelijkerwijs verwacht mag worden dat zij wat betreft de beleidscoördinatie de rol kunnen vervullen die in de stimuleringsregeling wordt omschreven.

De overige kritiekpunten die door de GVO-functionarissen bij basisgezondheidsdiensten worden genoemd hebben doorgaans betrekking op de schaalgrootte waarvan in de stimuleringsregeling wordt uitgegaan, namelijk 500.000 inwoners.

In een aantal regio's wordt deze als te groot ervaren en is men van mening dat hierdoor toch enigszins kunstmatig samenwerkingspartners gezocht moeten worden in aangrenzende gezondheidsregio's. Een mogelijke oplossing hiervoor kan wellicht bieden het eenmaal gehanteerde halve samenwerkingsverband. De schaalgrootte dient aan te sluiten op de schaalgrootte van de samenwerkingspartners die

doorgaans deel uitmaken van de samenwerkingsverbanden, te weten: basisgezondheidsdiensten, ambulante geestelijke gezondheidszorg, kruiswerk en welzijns- en onderwijs instanties.

De schaalgrootte van 500.000 inwoners lijkt toegesneden te zijn op de grote steden en op het provinciale niveau; te weinig is aansluiting gezocht bij de huidige ontwikkelingen tot regionalisatie zoals die onder meer gestalte krijgt in de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg en de Wet Gemeenschappelijke Regelingen.

Niettegenstaande bovengenoemde kanttekeningen staan de GVO-functionarissen bij basisgezondheidsdiensten unaniem positief tegenover de huidige ontwikkelingen ten aanzien van de samenwerkingsverbanden. Wèl gaf een aantal GVO-functionarissen bij basisgezondheidsdiensten aan te verwachten dat de nieuw ontstane structuur ten opzichte van de bestaande beter zou kunnen functioneren.

Voor wat betreft de taakafbakening worden geen of weinig problemen voorzien. Naar de mening van de meerderheid van de GVO-ers ligt de taak voor het samenwerkingsverband toch vooral op het meer coördinerende vlak, terwijl er daarnaast in elke regio nog zoveel witte vlekken zijn dat elke extra capaciteit aan GVO-deskundigheid welkom is.

8.5 Samenvatting

De door de functionele afdelingen van de basisgezondheidsdiensten meestgenoemde instellingen die ondersteuning geven bij GVO-activiteiten zijn de regionale samenwerkingsverbanden GVO, het Stedelijk Orgaan GVO Den Haag en collega basisgezondheidsdiensten.

Vier samenwerkingsverbanden GVO en het Stedelijk Orgaan verrichten een breed scala aan ondersteunende werkzaamheden ten behoeve van functionele afdelingen bij basisgezondheidsdiensten die geen eigen GVO-afdeling hebben.

De personeelsinzet blijft daarbij doorgaans beperkt tot rond 0,1 formatieplaats, hetgeen wèl als onvoldoende wordt ervaren.

Naar de mening van op één na alle samenwerkingsverbanden GVO zou elke basisgezondheidsdienst één of meer eigen GVO-functionaris(sen) in dienst moeten hebben.

Een samenwerkingsverband GVO wordt door zowel de samenwerkingsverbanden zelf als door GVO-ers bij basisgezondheidsdiensten niet gezien als een substituut voor een GVO-functie bij een basisgezondheidsdienst.

Vanuit de basisgezondheidsdiensten bestaat een duidelijke voorkeur voor de nieuwe samenwerkingsverbanden waarbij het samenwerkingsverband wordt aangehaakt bij de bestaande instellingen (meestal de BaGD-en) en de medewerkers eventueel worden gedétacheerd bij de deelnemende instellingen.

Naar de mening van de basisgezondheidsdiensten ligt de taak van de samenwerkingsverbanden GVO in hoofdzaak op coördinerende en stimulerende activiteiten.

De schaalgrootte van de regionale samenwerkingsverbanden GVO 'past' in slechts enkele provincies en grote steden. In het merendeel van de gevallen lijkt de gekozen schaal van 500.000 inwoners slecht te passen op de huidige regionalisatie-ontwikkelingen, zoals tot uiting komend in WVG, WGR en de vorming van basisgezondheidsdiensten.

In dit hoofdstuk zal aan de hand van de onderzoeksgegevens een tussenbalans worden opgemaakt over de GVO bij basisgezondheidsdiensten.

Ingegaan zal onder meer worden op de tijdsinvestering in de vijf onderscheiden deeltaken en de ondersteunende activiteiten en de daarbij als wenselijk aangegeven accentverschuivingen door zowel GVO-functionarissen als directies van de basisgezondheidsdiensten. Daarnaast zal worden ingegaan op de situatie bij de 43 basisgezondheidsdiensten waarin (nog) geen GVO-functionaris werkzaam is. De eventuele plannen om hierin te voorzien worden behandeld alsmede de aangegeven motivering.

Tot slot komen aan de orde de aanbevelingen die vanuit de ervaringen van de GVO-consulenten zijn geformuleerd ten aanzien van de opzet van een GVO-functie bij een basisgezondheidsdienst.

9.1 De taken van de GVO

De tijdsinvestering per afzonderlijke deeltaak is behandeld in de hoofdstukken 5, 6 en 7. In deze paragraaf worden de deeltaken gezamenlijk behandeld.

In tabel 9.1 wordt de gemiddelde tijdsinvestering over de 18 afdelingen GVO gegeven per onderscheiden deeltaak. Ook wordt hierbij aangegeven het aantal respondenten dat van mening was dat aan bepaalde deeltaken meer tijd en aandacht geschonken diende te worden.

Tabel 9.1 De gemiddelde tijdsinvestering in de deeltaken GVO en de frequentie waarmee wenselijke accentverschuivingen aangegeven zijn.

	bestede tijd			accentverschuivingen			totaal
	gemiddeld	min.	max.	+	o	-	
Interne GVO	26,4%	5	75	7	10	1	18
Externe GVO	38,8%	0	65	5	11	2	18
Beleidsadvisering	8,1%	3	15	5	13	-	18
Onderzoek	8,4%	0	40	2	15	1	18
Samenwerking	13,4%	0	25	2	16	-	18
Anders	4,9%	0	10	-	10	1	11
100%							

+ = meer; o = gelijk; - = minder.

Het meest frequent genoemd als deeltaak waaraan meer tijd besteed zou moeten worden is interne GVO (39%). Daarnaast worden externe GVO en beleidsadvisering door 28% van de respondenten genoemd als deeltaken waaraan meer tijd en aandacht zou moeten worden gegeven. Bijna niet wordt door de GVO-ers gemeld dat zij de tijdsbesteding ten behoeve van bepaalde deeltaken zouden willen of kunnen verminderen.

Als knelpunten voor de realisatie wordt door 50% van de GVO-functionarissen een gebrek aan tijd en menskracht genoemd. Door twee functionarissen wordt een specifieke taakopdracht als knelpunt voor wenselijke verschuivingen genoemd.

In tabel 9.2 worden de taakprofielen (de procentuele verdeling van het werk over de deeltaken) van de 18 afdelingen GVO - in willekeurige volgorde - weergegeven, waarbij met een + of - gewenste accentverschuivingen zijn aangegeven.

Zoals ook al eerder was aangetoond, laten de gegevens uit tabel 9.2 nog eens duidelijk zien welke verschillen er wat dit betreft tussen de diverse afdelingen zijn. Het is duidelijk dat GVO vanuit verschillende visies kan worden bedreven. Soms vanuit een sterke interne gerichtheid (afd. 3 en 8), soms vanuit een sterke externe

Tabel 9.2 De profielen van de 18 afdelingen GVO over de deeltaken GVO waarbij accentverschuivingen zijn aangegeven (+ = meer, - = minder)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Interne GVO	20 ⁺	5	74 ⁻	30 ⁺	30	10 ⁺	20	75	10	30	10 ⁺	10	15 ⁺	15 ⁺	55	10 ⁺	35	20
Externe GVO	40	60	10 ⁺	25	35 ⁺	25 ⁺	35	0	60	50	60	65	50 ⁻	65 ⁻	30 ⁺	25	35 ⁺	30
Beleids- advisering	5 ⁺	10	3 ⁺	10	10	5	12 ⁺	10	10	5	10	5 ⁺	10	5	5	10	5	15
Onderzoek	3	10	3 ⁺	10	5	40 ⁻	3	10	10	10	5	0 ⁺	10	2	0	30	0	0
Samen- werking	22	5	0 ⁺	25 ⁺	10	20	20	5	10	5	15	20	10	10	5	15	20	25
Anders	10	10	10	0	10	0	10	0	0	0	0	0	5 ⁻	3	5	10	5	10
Totaal %	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

gerichtheid (afd. 2 en 12), soms ook vanuit een sterke gerichtheid op bijvoorbeeld onderzoek (afd. 6 en 16).

In alle gevallen zijn er GVO-afdelingen die met de gegeven accenten in de uitvoering tevreden zijn en niet streven naar accentverschuivingen.

Naast een verdeling van de tijd per GVO-afdeling over de vijf deeltaken is door de GVO-afdelingen ook een verdeling van de tijd gemaakt over de onderscheiden ondersteunende activiteiten.

Deze verdeling wordt in tabel 9.3 weergegeven, waarbij eveneens de minimum en maximum waarden en eventuele als wenselijk aangegeven accentverschuivingen (+ = meer, - = minder) zijn weergegeven.

Tabel 9.3 Tijdsinvestering in de diverse ondersteunende activiteiten, waarbij aangegeven de wens er meer (+) of minder (-) tijd aan te willen gaan besteden.

ondersteunende activiteiten	bestede tijd			accentverschuivingen		
	gemiddeld	min.	max.	+	o	-
beleidsontwikkeling	10,2%	0	20	5	13	-
consultatie	12,5%	5	25	2	16	-
deskundigheidsbevordering	8,9%	0	25	6	12	-
GVO project/ontwikkeling	21,4%	5	30	2	15	1
GVO project/uitvoering	11,5%	0	40	2	13	3
evaluatie/onderzoek	8,6%	0	30	3	15	-
levering voorlichtings- materiaal	8,1%	0	20	2	16	-
documentatie	11,3%	4	20	4	13	1
administratieve onder- steuning	5,7%	0	20	1	15	2
anders-overleg (algemeen)	1,8%	0	20	-	3	-
totaal	100%					

+ = meer; o = gelijk; - = minder.

De meeste tijd wordt gemiddeld over de 18 afdelingen besteed aan GVO-project ontwikkeling. De overige ondersteunende activiteiten vragen gemiddeld rond de 10% van de tijd. De gegevens met betrekking tot onderzoek en beleidsadvisering zijn overigens in overeenstemming met de gegevens over de deeltaken in tabel 9.1.

Het meest frequent genoemd als activiteiten waaraan meer tijd en aandacht besteed zou moeten worden zijn deskundigheidsbevordering, beleidsadvisering en documentatie. Activiteiten waaraan gemiddeld weinig tijd wordt besteed en waaraan wat betreft de GVO-afdelingen weinig behoefte bestaat zijn activiteiten op het terrein van de administratieve ondersteuning.

Evenals voor de verdeling naar deeltaken GVO is ook bij de ondersteunende activiteiten een overzicht gemaakt van de 18 afdelingsprofielen. Per afdeling - in willekeurige volgorde - worden de procentuele verdelingen over de ondersteunende activiteiten weergegeven in tabel 9.4.

Tabel 9.4 De profielen van de 18 afdelingen GVO over de tijdsbesteding naar de onderscheiden ondersteunende taken, waarbij gewenste accentverschuivingen met + of - zijn weergegeven

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Beleidsontwikkeling	5	10	10 ⁺	- ⁺	20	10	20	20	10	5	5	5 ⁺	10 ⁺	5	10	20	5	15
Consultatie	10	20	15	5	15 ⁺	25	15	10	15	5	5	10	15 ⁺	20	15	5	15	5
Deskundigheidsbevordering	5	10	15	5	5	10	5 ⁺	25	5 ⁺	20	5	5 ⁺	10 ⁺	10	0	10 ⁺	10	5 ⁺
Projectontwikkeling	20	20	5 ⁺	25	30	30	15	20	30	15	30	20	15 ⁺	25	20	5	30	30
Projectuitvoering	10	0	40 ⁻	15 ⁺	5	0	5	0	10	25	5	20	11 ⁻	2	20	20	5 ⁺	15
evaluatie/onderzoek	10	0	0	0	5	10	5	20	5	10	10	10 ⁺	10	10	5 ⁺	30	5	10
levering voorl. mat.	5	20 ⁺	5 ⁺	20	5	0	15	1	5	5	5	10	10	15	10	0	10	5
documentatie	10	20 ⁺	5 ⁺	20 ⁻	10 ⁺	15	20	4	5	5 ⁺	15	10	5	10	15	5	20	10
adm. ondersteuning	5	0	5 ⁺	10 ⁻	5	0	0	0	15	10	20	10	4 ⁻	5	5	5	0	5
anders	20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	3	0	0	0	0
Totaal %	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Duidelijk blijkt uit deze tabel de verschillen die zich tussen de individuele diensten voordoen. Evenals bij de verdeling over de deeltaken is er echter ook bij deze verdeling niet een duidelijk patroon te onderkennen dat vrij algemeen de voorkeur lijkt te genieten.

Een belangrijke cluster van activiteiten - die als zodanig nog niet eerder is behandeld - is het voorzien van andere personen en instellingen van GVO-materialen. Enerzijds blijkt dit uit activiteiten zoals uitleen/levering van voorlichtingsmateriaal en documentatie en informatie, anderzijds is dit ingebed in activiteiten zoals project ontwikkeling.

Als er op een specifiek terrein goede GVO-materialen beschikbaar zijn, is het de taak van de GVO-functionaris om de instellingen waarvoor dit relevant kan zijn hierop attent te maken en/of dit materiaal ter beschikking te stellen. In een aantal gevallen is het daarbij nodig de materialen aan de eigen regio aan te passen (bijvoorbeeld voor wat betreft adressen).

Soms is het voor de opzet van een project noodzakelijk dat de GVO-functionaris zelf materiaal ontwikkeld.

Over het algemeen beschikt het Landelijk Centrum Dienstverlening GVO over een overzicht van ontwikkelde en beschikbare materialen. Het lag dan ook niet in de bedoeling om door middel van dit onderzoek een compleet overzicht samen te stellen.

Wél is tijdens het mondelinge interview met de GVO-functionarissen aandacht aan dit aspect van het werk besteed en is gevraagd een overzicht of indruk te geven van het op de dienst zelf ontwikkelde materiaal, al of niet ontwikkeld in samenwerking met andere instellingen of personen.

Overzicht 9.1 Overzicht van de door GVO-functionarissen bij basisgezondheidsdiensten ontwikkelde GVO-materialen

Folders, brochures, affiches, stickers 000

onderwerpen: geslachtsziekten (bestrijding), veiligheid, tandzorg (± gvo), ambulancevervoer, centrale post ambulancevervoer, dikke kinderen, geneesmiddelen, zwangerschap, alcohol en drugs, infectieziekten, ouderen, hoofdluis, lawaai, kinderziekten, public relation (P.R.) voor de dienst en GVO.

opmerkingen: naast Nederlandse versies vaak ook versies in vreemde talen

Tentoonstellingspanelen, wandplaten 00

onderwerpen: geslachtsziekten, alcohol en drugs.

Telefoonteksten 00

onderwerpen: geslachtsziektenbestrijding.

Diaklankbeeldseries 00

onderwerpen: opname in het bejaardentehuis, kleuters, geslachtsziekten, periodiek geneeskundig onderzoek door de JGZ.

Videomateriaal 00

onderwerpen: vacantie, stress en hart- en vaatziekten, geslachtsziekten, tuberculose.

opmerkingen: veel videomateriaal is specifiek gericht op buitenlanders, m.n. Turken en Marokkanen.

000 = vaak genoemd

00 = regelmatig genoemd

0 = 'n enkele keer genoemd

Naast het materiaal genoemd in overzicht 9.1 gaat het om een veelheid aan ontwikkelde materialen.

Deze zijn niet allemaal naar aard te rangschikken, het gaat daarbij om materialen zoals spel- en leermaterialen, projectmateriaal, schoolwerkplannen, enz. enz.

Een aantal afdelingen is dan ook al overgegaan tot het samenstellen van een catalogus met het op de dienst beschikbare GVO-materiaal.

Een andere manier om de toegankelijkheid te vergroten is de op-

stelling van bijvoorbeeld foldermonstermappen t.b.v. specifieke werkgebieden van de dienst (m.n. J.G.Z.).

Het toegankelijk en overzichtelijk houden van beschikbare en bruikbare materialen vormt een probleem apart. Eén mogelijkheid om hierin wezenlijke verbetering te brengen is het kunnen beschikken over het overzicht van het Landelijk Centrum Dienstverlening GVO. Dit laatste middels een on line verbinding van de GVO-afdelingen met het Landelijk Centrum.

9.2 De visie van de directies op de GVO-uitvoering en ontwikkeling

Aan de directies van de diensten met een GVO-functionaris (n = 21) is de vraag voorgelegd of er momenteel in de dienst te weinig, voldoende of te veel aandacht wordt gegeven aan de uitvoering van de in de nota 'Ontwikkeling van GVO bij basisgezondheidsdiensten' onderscheiden deeltaken.

In tabel 9.5 worden de antwoorden op deze vragen weergegeven.

Tabel 9.5 De mening van de directies van basisgezondheidsdiensten met een GVO-afdeling over de uitvoering van de 5 deeltaken GVO.

	te weinig	voldoende	te veel	w.n. n.v.t.	totaal
Interne GVO	13	6	-	2	21
Externe GVO	11	7	-	3	21
Beleidsadvisering	7	10	-	4	21
Onderzoek	14	4	-	3	21
Samenwerking	7	12	-	2	21

Als de antwoord-categorieën weet niet/niet van toepassing buiten beschouwing worden gelaten, dan blijkt dat de directies wat betreft twee deeltaken in meerderheid vinden dat er voldoende aan-

dacht aan wordt gegeven, namelijk: beleidsadvisering en samenwerking. Bij drie deeltaken is een meerderheid van mening dat er momenteel te weinig aan wordt gedaan, respectievelijk kan worden gedaan.

Het sterkst geldt dit voor de deeltaak onderzoek, gevolgd door interne GVO en in minder uitgesproken mate externe GVO.

Overigens is men geen enkele keer van mening dat er te veel aandacht aan de uitvoering van enige deeltaak GVO wordt gegeven.

De beantwoording van de directies op deze vraag is in grote lijnen in overeenstemming met de in 9.1 besproken meningen van de afdelingen GVO. Een versterking van zowel interne GVO en externe GVO wordt door beide groepen respondenten benadrukt. Een verschil doet zich voor ten aanzien van de werkzaamheden onderzoek en beleidsadvisering. De directies leggen wat sterker het accent op de uitvoering van onderzoek, de GVO-functionarissen op de beleidsadvisering.

In het verlengde van de vraag naar de huidige uitvoering is in de enquête gevraagd naar het bestaan van eventuele plannen om de GVO in de dienst uit te bouwen of verder tot ontwikkeling te brengen. Door 17 (81%) van de 21 directies werden plannen gemeld. De termijnen waarop werd gedacht de plannen te kunnen realiseren zijn:

- binnen 6 maanden 3 diensten;
- binnen 1 jaar 5 diensten;
- binnen 3 jaar 4 diensten;
- onbekend 5 diensten.

De plannen van deze 17 diensten omvatten ^{*}:

- aantrekken van extra personeel (5 maal genoemd);
- betrokken bij de oprichting van een samenwerkingsverband (4);

^{*} Het was bij de beantwoording van de vraag mogelijk meerdere antwoorden te geven.

- meer accent op interne GVO (4);
- opname van tgvo in de afdeling GVO (3).

Daarnaast wordt melding gemaakt van diverse specifieke onderwerpen waaraan men aandacht wil geven, zoals: sport, g(eestelijke)gvo, infectieziektenbestrijding, sociaal medische advisering.

Zoals blijkt betreffen de plannen zowel personele als inhoudelijke aspecten van de GVO.

In 43 diensten was op het moment van het onderzoek (nog) geen GVO-functionaris werkzaam. De vraagstelling van de enquête was er in die gevallen op gericht inzicht te krijgen in de plannen die bestonden voor het aantrekken van een GVO-functionaris.

Bij 32 van de 43 diensten (75%) bleken er plannen te bestaan voor het aantrekken van een GVO-functionaris.

De termijnen waarop de directies dachten de plannen, om een GVO-functionaris aan te trekken, te kunnen realiseren zijn:

- binnen 6 maanden 5 diensten;
- binnen 1 jaar 9 diensten;
- binnen 3 jaar 2 diensten;
- onbekend 16 diensten.

In een aanzienlijk aantal gevallen (50%) is de termijn waarop men denkt de plannen te kunnen realiseren nog onbekend; meestal samenhangend met het feit dat men op het moment van het onderzoek nog niet volledig kon overzien wat de nieuwe regelgeving rond basisgezondheidsdiensten (WVG) in zou houden. Inmiddels is sinds 1 juli 1985 de aangepaste stimuleringsregeling basisgezondheidsdiensten van kracht. Hierin wordt mede voorzien in de aanstelling van één GVO-functionaris per 200.000 inwoners.

Als motieven voor het aantrekken van een GVO-functionaris worden door de 32 directies genoemd:

- behoefte aan ondersteuning van de eigen functionele afdelingen (10 maal genoemd);
- GVO is onderdeel van het takenpakket van een basisgezondheidsdienst (5);
- GVO is een onderdeel van de collectieve preventie (4);
- GVO vraagt een eigen specifieke deskundigheid (2).

Als redenen om (nog) geen GVO-functionaris aan te trekken worden genoemd:

- het ontbreken van de financiële middelen (6 maal genoemd);
- het verkrijgen van regionale ondersteuning (2).

Daarnaast worden genoemd het nog in discussie zijn van het onderwerp, het te klein zijn van de dienst, het nog te weinig concreet zijn van GVO en de opheffing van de totale dienst.

Op basis van de voornoemde gegevens zal het aantal basisgezondheidsdiensten met een GVO-functionaris de komende jaren een snelle stijging te zien geven; mits de plannen die bij de diverse diensten bestaan gerealiseerd worden.

Uitgaande van de 16 diensten die bij die plannen een termijn konden aangeven gaat het in 7 gevallen om een grote dienst, in 4 gevallen om een middelgrote dienst en in 5 gevallen om een kleine dienst. Aansluitend bij de gegevens van hoofdstuk 3 over de aanwezigheid van een GVO-functionaris naar dienstgrootte zou het aantal basisgezondheidsdiensten met een GVO-functionaris uitgesplitst naar dienstgrootte daarmee komen op:

- groot $12 + 7 = 19$ (79% van de grote diensten);
- midden $6 + 4 = 10$ (53% van de middelgrote diensten);
- klein $3 + 5 = 8$ (38% van de kleine diensten);
- totaal $21 - 16 = 37$ (58% van het totaal aantal diensten).

Hierbij dient echter te worden opgemerkt dat veel diensten momenteel afwachten wat de rijksregelingen in het kader van de WVG zullen inhouden, alvorens concrete stappen te zetten tot aanstelling van een GVO-functionaris.

Over zaken waaraan bij de opzet van een GVO-functie in een basisgezondheidsdienst aandacht moet worden gegeven handelt de volgende paragraaf.

9.3 Opzet van een GVO-functie in een basisgezondheidsdienst

Aan de nu functionerende GVO-functionarissen is gevraagd om op basis van de eigen ervaringen aanbevelingen te formuleren voor de invulling van een GVO-functie in een basisgezondheidsdienst waarbij de GVO-functie nieuw wordt opgezet.

Ingegaan werd zowel op de te benoemen persoon, de onderwerpen waarmee gestart zou kunnen worden alsook de noodzakelijke contacten.

Wat betreft de te benoemen persoon kwamen de volgende zaken naar voren:

- De personele bezetting dient bij voorkeur uit ten minste 2 personen te bestaan. Indien slechts één formatieplaats beschikbaar is liever nog 2 part-timers dan één full-timer. Dit ondanks de problemen die dan kunnen ontstaan in de zin van bereikbaarheid, na- en bijscholing en noodzakelijk overleg.
- Qua opleiding wordt het meest naar voren gebracht de wenselijkheid van een combinatie van (één) medewerker(s) op academisch niveau en (één) medewerker(s) op hbo-niveau.
- Er wordt niet een duidelijke voorkeur uitgesproken voor een bepaalde discipline; als belangrijkste kennis waarover men dient te beschikken wordt vrij algemeen genoemd voorlichtingskunde. Daarnaast worden veranderingskunde en gezondheidkunde vaak genoemd.
- Sterk worden door GVO-ers persoonlijke eigenschappen benadrukt, te weten flexibiliteit, creativiteit en zij het wat minder frequent ook het planmatig/beleidsmatig kunnen werken.

Wat betreft het onderwerp waarmee begonnen kan worden, wordt vrij algemeen opgemerkt - zij het in verschillende bewoordingen - dat niet te veel tegelijk aangepakt moet worden; het stellen van prioriteiten is erg belangrijk.

In het verlengde hiervan worden genoemd:

- aansluiten bij de taken van de eigen dienst;
- aansluiten bij wat leeft, al dan niet a een peiling van de behoeften;
- beginnen met projecten waarmee je kunt demonsteren wat de mogelijkheden van GVO zijn; demonstratieprojecten;
- aansluiten bij de mogelijkheden die momenteel de wet op het basisonderwijs biedt;
- niet alleen intern werken, maar ook externe activiteiten opzetten. Eén van de specifieke waarschuwingen betreft echter het feit dat zowel intern als extern willen beginnen voor één persoon te veel is.

Een aantal GVO-ers heeft opmerkingen gemaakt over de in het begin noodzakelijke contacten. De meest gemaakte opmerking betreft hier dat een brede kennismakingsronde en oriëntatie voor de opzet en uitvoering van de GVO noodzakelijk zijn. Verder worden genoemd:

- de stimulans die - met name in het begin - kan uitgaan van werkgroepen en eventueel een begeleidingscommissie;
- het belang van collegiale contacten zowel regionaal als landelijk.

Van belang voor een goede start en opzet van een GVO-functie is ook het beschikbaar zijn van de noodzakelijke faciliteiten. Een overzicht van de door GVO-functionarissen 'noodzakelijk voor een goede start' genoemde faciliteiten wordt weergegeven in overzicht 9.2.

Overzicht 9.2 Genoemde noodzakelijke faciliteiten/voorzieningen voor een adequate uitvoering van de GVO-functie in een BaGD.

Personele voorzieningen

- GVO consultants op universitair en hbo-niveau	000
- administratieve ondersteuning	000
- professionele ondersteuning voor het maken van foldermateriaal en dergelijke	00

Ruimtelijke voorzieningen

- eigen werkruimten	000
- documentatieruimte	000
- vergaderruimte	000

Financiën

- voldoende financiële middelen	000
- eigen budget	000

Audio visuele hulpmiddelen

- tentoonstellingsborden	000
- dia apparatuur	000
- overhead apparatuur	000
- video apparatuur	000

Randapparatuur

- typefaciliteiten	000
- tekstverwerkingsapparatuur	000
- on-line verbinding met lcd-gvo	000
- computerfaciliteiten	00

Diversen

- GVO-visie in de dienst	000
- directionele en bestuurlijke ondersteuning	00
- collegiaal overleg	00

000 = vaak genoemd

00 = regelmatig genoemd

0 = 'n enkele keer genoemd

9.4 Samenvatting

Door GVO-functionarissen wordt de deeltaak interne GVO het meest genoemd (39%) als taak waaraan relatief meer tijd besteed zou dienen te worden.

De invulling van het werk van de GVO-afdelingen naar de onderscheiden deeltaken verschilt zeer sterk van afdeling tot afdeling.

Wat betreft de ondersteunende activiteiten door GVO-functionarissen bij basisgezondheidsdiensten wordt de meeste tijd (21%) besteed aan projectontwikkeling.

Een belangrijke cluster van activiteiten is het voorzien van personen en instellingen van GVO-materialen.

Taken waaraan naar de mening van de directies onvoldoende wordt toegekomen zijn met name: onderzoek, interne GVO en externe GVO.

Door 75% van de diensten die momenteel nog geen GVO-functionaris hebben, worden plannen genoemd hierin te voorzien.

De meestgenoemde motieven om een GVO-functionaris te trekken zijn: de behoefte aan GVO-ondersteuning door de eigen afdelingen en het feit dat GVO wordt gezien als onderdeel van het takenpakket van een BaGD.

Als de plannen van de directies om een GVO-functionaris aan te stellen worden gerealiseerd, dan moet - vooral gezien het van kracht worden van de aangepaste stimuleringsregeling basisgezondheidsdiensten per 1 juli 1985 - rekening worden gehouden met een snelle groei van het aantal basisgezondheidsdiensten met een GVO-functionaris (in de komende 2 à 3 jaar al 16 diensten).

De personele bezetting van een GVO-functie bij een BaGD zou bij voorkeur dienen te bestaan uit meer dan één functionaris, waarbij qua discipline de voorkeur uit gaat naar een combinatie van personen en academisch- en h.b.o.-niveau. Ook een voldoende secretariële ondersteuning wordt als belangrijk ervaren.

Voor de start van de GVO-functionaris is het van belang dat de dienst zich realiseert dat een groot aantal faciliteiten nodig is om een goede start te kunnen maken met de GVO. Het gaat hierbij om faciliteiten zoals personeel, ruimten, financiën, audiovisuele hulpmiddelen, randapparatuur en op het immateriële vlak - maar daarom niet minder belangrijk - een GVO-beleid in de dienst.

Zoals in de inleiding van dit rapport is geformuleerd was het doel van het onderzoek het verzamelen en analyseren van gegevens over de structuur en het functioneren van GVO bij basisgezondheidsdiensten, teneinde inzicht te krijgen in:

- a. de middelen waarmee en de condities waaronder de GVO-functie in het verleden tot ontwikkeling is gebracht;
- b. de wijze waarop en de middelen waarmee momenteel aan de GVO-functie gestalte wordt gegeven;
- c. de mogelijkheden tot het verrichten van verder onderzoek, specifiek gericht op de effecten van GVO.

Op punt a. wordt met name ingegaan in paragraaf 4.1. Hieruit komt onder meer naar voren de grote heterogeniteit van de GVO bij basisgezondheidsdiensten in de beginperiode. Een heterogeniteit die mede werd veroorzaakt door het feit dat de start vaak afhankelijk was van een specifieke vraagstelling vanuit de gemeente(raad), de verschillende uitgangssituaties in de regio's zowel wat betreft het aanbod van als de vraag naar GVO en de grote variatie qua disciplinaire achtergrond van de GVO-ers.

De gemeente was in die beginperiode vaak initiatiefnemer en in belangrijke mate ook financier van de GVO-activiteiten bij basisgezondheidsdiensten.

Het omvangrijkste onderdeel in het rapport vormt de uitwerking van punt b, feitelijk het in beeld brengen van de huidige GVO-situatie bij basisgezondheidsdiensten.

Wat betreft personeel, financiering, organisatie en schaalgrootte wordt dit behandeld in 4.2-4.5. De deeltaken-GVO worden elk uitvoerig behandeld in de hoofdstukken 5, 6 en 7.

Niet alleen is daarbij aandacht gegeven aan de activiteiten van de GVO-ers, maar ook aan de GVO-activiteiten van de functionele afde-

lingen JGZ, AGZ, BGZ en AMB.

Punt c. tenslotte is beperkt tot het inventariseren wat voor onderzoek in de laatste jaren door en bij basisgezondheidsdiensten is verricht (7.2). Dit mede omdat door het Landelijk Centrum Dienstverlening-GVO een uitvoerig literatuuronderzoek naar de effecten van GVO wordt uitgevoerd.

In dit hoofdstuk zal nader worden ingegaan op een aantal specifieke onderwerpen, waarbij per onderwerp door de onderzoekers enkele aanbevelingen zullen worden geformuleerd. Het betreft: de ontwikkeling van GVO bij basisgezondheidsdiensten, de organisatie, schaalgrootte, personele bezetting, financiering, uitvoering deel-taken GVO, onderzoek naar effectiviteit, bevordering van de doel-matigheid en regionale samenwerking.

10.1 Ontwikkeling

Het aantal basisgezondheidsdiensten met één of meer GVO-functio-narissen is in de laatste jaren sterk toegenomen. Als de bestaande plannen en wensen van de functionele afdelingen en de directies kunnen worden gerealiseerd zal dit aantal in de komende jaren nog sterker groeien dan in het recente verleden het geval was, vooral nu per 1 juli 1985 de aangepaste stimuleringsregeling basisgezondheidsdiensten van kracht is geworden. Niet alleen is de GVO naar aantal gemeten sterk in ontwikkeling, maar ook naar inhoud. De nota 'Ontwikkeling van GVO bij Basisgezondheidsdiensten' van de VDB vormt daarvoor een belangrijke stimulans.

Aanbevelingen:

Gezien de huidige en in de nabije toekomst te verwachten ont-wikkelingen is het geboden voorwaarden te scheppen waardoor de ontwikkelingen optimaal kunnen worden opgevangen.

Hierbij kan onder meer gedacht worden aan: na- en bijscholings-mogelijkheden, stageplaatsen, landelijke en/of regionale onder-

steuning en de versterking van de overlegsituaties. Hierbij kan wellicht worden aangesloten bij het door de VDB opgestelde projectplan.

10.2 Organisatorische vormgeving

Het is belangrijk dat er bij de organisatorische vormgeving van de GVO-functie aandacht wordt gegeven aan de volgende voorwaarden:

- goede samenwerkingsmogelijkheden met functies als epidemiologie en beleidsadvisering teneinde de GVO-activiteiten mede te kunnen baseren op basis van epidemiologische analyses en GVO-elementen in de beleidsadvisering in te bouwen;
- goede contactmogelijkheden met de directie en de functionele afdelingen (bijvoorbeeld mogelijkheid tot participatie in het stafoverleg), zodat een goede inhoudelijke afstemming wordt bereikt en GVO-beleid wordt gedragen door de dienst als geheel;
- goede contactmogelijkheden met externe instanties, in verband met de vele externe activiteiten.

In de kleinere basisgezondheidsdiensten zal aan die voorwaarden kunnen worden voldaan bij onderbrenging in een afdeling AGZ, in de wat grotere diensten als staffunctie. In de grootste diensten als (stafachtige) afdeling.

Aanbevelingen:

Zorgdragen voor goede samenwerkings- en afstemmingsmogelijkheden van de GVO-functionaris(sen) met de functies epidemiologie en beleidsadvisering.

De GVO-functie zodanig organisatorisch vorm te geven dat er goede contactmogelijkheden zijn met de directie, de functionele afdelingen in de dienst en met externe instanties.

10.3 Schaalgrootte

Vanuit uitsluitend de GVO-functie is niet aan te geven wat een optimale schaalgrootte is, uitgedrukt in het aantal te verzorgen inwoners. Te veel is dat afhankelijk van de gestelde prioriteiten en de specifieke situatie in de regio. Vragen die daarbij een rol spelen zijn onder meer:

- Wordt een accent op bepaalde deeltaken GVO wenselijk geacht?
- Op welke deeltaken GVO wordt eventueel een accent gelegd?
- Zijn directe contacten naar onderwijs- en welzijnsinstellingen en andere externe organisaties vanuit de BaGD'en ten aanzien van GVO gewenst?

Antwoorden op deze en soortgelijke vragen zullen mede de optimale schaalgrootte bepalen, alsmede de benodigde personele bezetting. Het lijkt - gezien ook de ervaringen vanuit de GVO-functionarissen - belangrijker dat op bestaande regionalisatie-ontwikkelingen in de gezondheidszorg wordt ingespeeld, dan dat er voor GVO een eigen specifieke schaalgrootte zou zijn geïndiceerd.

Een duidelijke kanttekening die hierbij echter te maken is betreft de personele bezetting van de GVO-functie. Vanuit de nu functionerende GVO-ers wordt beklemtoond dat het alléén (als enige GVO-er in een dienst) werken als belemmerend wordt ervaren. Belangrijke overwegingen zijn daarbij de collegiale consultatiemogelijkheden en de als wenselijk geziene combinatie van zowel functionarissen op academisch als hbo-niveau. Daarnaast spelen ook overwegingen met betrekking tot de continuïteit een rol (ziekte, verlof, ontslag).

Het is duidelijk dat deze personele wensen consequenties hebben voor een begrenzing van de schaalgrootte.

Aanbevelingen:

Met betrekking tot GVO dient niet een aparte regio vorming tot stand te worden gebracht. Aangesloten dient te worden bij de regiovorming zoals die plaatsvindt rond de basisgezondheidsdiensten.

10.4 Personeelsbezetting

Het aantal noodzakelijke GVO-functionarissen is afhankelijk van zowel interne als externe factoren. Interne factoren zijn onder meer:

- de visie van de dienst op GVO;
- de omvang van de dienst;
- de reeds aanwezige deskundigheid op het terrein van de GVO, epidemiologie en beleidsadvisering.

Externe factoren zijn:

- de aanwezigheid van andere instellingen in de regio van waaruit algemene GVO activiteiten worden ondernomen;
- de omvang van de regio.

Als echter als uitgangspunt wordt genomen dat de GVO-functie bij basisgezondheidsdiensten in al haar deeltaken dient te worden uitgevoerd en dat er geen andere door de gemeenten gesteunde instellingen zijn van waaruit GVO-ondersteuning wordt gegeven, dan is de huidige praktijk dat Basisgezondheidsdiensten waar al GVO is één functionaris op 60.000 - 100.000 inwoners in dienst hebben (hoofdstuk 4.4).

Uitgaande van de gegroeide praktijk, betekent dit dat op de schaal die voor basisgezondheidsdiensten als wenselijk wordt gezien van 200.000 à 250.000 inwoners, een invulling door drie formatieplaatsen tot de mogelijkheden behoort.

De combinatie van twee disciplines, te weten één op academisch niveau en één op hbo-niveau, met daarnaast een administratieve medewerker behoort daarmee tot de mogelijkheden.

Kleinschaliger geeft wellicht problemen wat betreft de personele opbouw van de afdeling (werken met part-timers, projectmedewerkers, vrijwilligers). Bij grootschalige diensten is de vraag of de verhouding academici : hbo - 1 : 1 moet zijn. Ook een beslissing over een accent op academici of hbo is echter sterk afhankelijk van de visie van de dienst/afdeling op de invulling van GVO.

Taken als onderzoek, beleidsadvisering en coördinatie vragen een sterkere inbreng van medewerkers op academisch niveau, uitvoering van GVO-activiteiten een sterkere inbreng van medewerkers op hbo-niveau.

Aanbevelingen:

Op een schaal van rond 200.000 à 250.000 inwoners zijn gezien de huidige praktijk en de geformuleerde deeltaken drie formatieplaatsen voor GVO wenselijk. Daar de aangepaste stimuleringsregeling basisgezondheidsdiensten daarin niet voorziet, blijft ook in de toekomst een financiële ondersteuning door de gemeenten nodig.

Kleinschaliger basisgezondheidsdiensten zouden de oplossing primair kunnen zoeken in het werken met part-timers.
De aanstelling van één functionaris verdient niet de voorkeur.

10.5 Financiering

De belangrijkste financieringsbronnen voor de GVO bij basisgezondheidsdiensten waren tot op het moment van het onderzoek: gemeentelijke bijdragen, regionale werkgelegenheids-regelingen en diverse projectsubsidies ter beschikking gesteld door het praeventiefonds, ziekenfonds en het ministerie van WVC.

Het bezwaar van de financierings-structuur op het moment van het onderzoek was de afhankelijkheid van de diverse project-subsidies om de GVO verder tot ontwikkeling te brengen. Door de onzekerheid over de continuering van de financiering kon bijvoorbeeld het personeel niet in vaste dienst worden genomen. Dit had tot gevolg dat

de medewerkers vaak voor de duur van een project werden aangesteld en dat bij verstrek van de projectmedewerkers ervaring en contacten verloren gingen.

Met de inwerkingtreding van de aangepaste stimuleringsregeling basisgezondheidsdiensten per 1 juli 1985 wordt in die onzekere situatie deels voorzien. De stimuleringsregeling voorziet in de aanstelling van één GVO-functionaris per 200.000 inwoners en een overhead voor materiële kosten en management. Zoals echter in 4.5 en 10.4 reeds uitvoeriger aan de orde is gesteld, is de huidige regeling slechts voldoende voor een gedeeltelijke tegemoetkoming in de kosten. Dit om de volgende redenen:

- de GVO-functie brengt extra materiële kosten met zich mee in verband met onder meer verspreiding van GVO-materialen, uitvoeren van onderzoek en rapportage en de opzet van een documentatie- en informatiecentrum;
- per 200.000 inwoners moet niet gedacht worden aan één GVO-functionaris, maar aan drie formatieplaatsen.

Het voortbestaan van de gemeentelijke financiële bijdragen ten behoeve van de GVO-functie bij basisgezondheidsdiensten is gezien het bovenstaande van groot belang voor een verdere ontwikkeling van de GVO-functie.

Daarnaast zouden er voor taken op landelijk niveau financiële middelen ter beschikking dienen te komen, zoals voor deskundigheidsbevordering, ondersteuning van de landelijke overleg-situaties en het uitvoeren van onderzoek (zie hiervoor 10.7 en 10.8).

Aanbevelingen:

Het verdient overweging om ten aanzien van de GVO-functie in de aangepaste stimuleringsregeling basisgezondheidsdiensten te verdisconteren dat de materiële kosten bij deze functie aanzienlijk hoger zijn dan 25% van de totale kosten. Binnen de gegeven financiële middelen zijn zaken als het uitvoeren van evaluatie-onderzoek en het opzetten van een documentatie-informatiecentrum niet mogelijk.

Bijdragen vanuit de lokale overheden zijn voor de GVO van veel belang. Voor de verdere ontwikkeling van de GVO bij basisgezondheidsdiensten is het noodzakelijk dat deze middelen bestemd blijven voor de GVO, eventueel versterkt met de middelen vanuit de TGVO.

Voor taken op landelijk niveau dienen extra financiële middelen te worden vrij gemaakt. Het gaat hierbij om zaken als deskundigheidsbevordering, de ondersteuning van landelijke overlegsituaties en het uitvoeren van onderzoek.

10.6 Uitvoering van de deeltaken GVO

De huidige invulling van de GVO-functie is zowel naar tijdsinvestering als naar inhoud van de deeltaken nog vaak zeer sterk verschillend (hoofdstukken 5, 6, 7 en 9).

Deels berust dit op toevallige omstandigheden, deels ook op bewuste keuzen van de afdeling GVO of de dienst. Vooral in het begin moet de GVO-functionaris met de activiteiten starten waar duidelijke aanknopingspunten liggen of waar een positieve houding tegenover GVO bestaat.

De interne GVO is een taak waaraan GVO-consulenten doorgaans nogal wat tijd besteden en waaraan door zowel de functionele afdelingen als door de directies van de diensten veel belang wordt gehecht. De houding van de functionele afdelingen tegenover GVO is over het algemeen vrij positief. De GVO-ondersteuning naar JGZ en AGZ lijkt het best ontwikkeld, te weinig aandacht wordt door de GVO momenteel nog gegeven aan BGZ.

De externe GVO is met name in de wat grotere afdelingen GVO een belangrijke deeltaak, niet alleen wat betreft de hoeveelheid daaraan bestede tijd, maar ook naar inhoud. Vooral het onderwijs is een belangrijk aandachtsgebied, daarnaast ook het welzijnswerk en de eerstelijns gezondheidszorg. Veel activiteiten zijn niet specifiek gericht op voorzieningen maar zijn projectmatig van aard, bijvoorbeeld gericht op ouderen of migranten.

Beleidsadvisering, onderzoek en samenwerking en afstemming zijn qua karakter wat andere taken dan de beide eerstgenoemde.

Feitelijk liggen deze drie deeltaken wat meer in de voorwaarden-scheppende sfeer, deels worden deze dan ook uitgevoerd ten behoeve van zowel interne als externe GVO.

Aanbevelingen:

Op de functionele afdelingen worden tal van GVO-activiteiten ondernomen; GVO-functionarissen zouden beter moeten inspelen op de behoefte aan ondersteuning en op de bestaande praktijkervaring opgebouwd op de functionele afdelingen. Vooral aan GVO in de bedrijfsgezondheidszorg dient meer aandacht te worden gegeven.

10.7 Onderzoek naar effectiviteit

Meer nog dan bij andere activiteiten in de gezondheidszorg, komt bij GVO de vraag naar voren naar het effect van GVO. Feitelijk gaat het daarbij om de vraag wat de GVO oplevert in verhouding tot de gemaakte kosten en personeelsinzet.

Onderzoek naar de 'effecten' van GVO wordt in veel van de afdelingen GVO van basisgezondheidsdiensten uitgevoerd (hoofdstuk 7.2). In de meeste gevallen gaat het daarbij om vrij eenvoudig opgezet en uitgevoerd onderzoek, waarover (helaas) niet is gerapporteerd anders dan in een interne notitie, enkele aantekeningen en dergelijke.

Uitvoeriger evaluatie-onderzoek wordt feitelijk maar vanuit vier afdelingen GVO gemeld. In de meeste gevallen gaat het daarbij om effect-evaluatie. Proces-evaluatie en voortgangs-evaluatie worden weinig genoemd.

Gezien tegen de achtergrond van het feit dat van GVO-functionarissen vaak toch ook concrete activiteiten worden verwacht - opzetten van projecten, samenstellen materialen - kunnen ten aanzien van

het uitgevoerde onderzoek de volgende aanbevelingen worden gecompleet:

Aanbevelingen:

GVO-functionarissen zouden vaker kunnen en moeten rapporteren over door hen zelf of op de afdeling verricht (eenvoudig) evaluatie-onderzoek.

In het onderzoek naar de effecten van GVO bestaan wat betreft de basisgezondheidsdiensten lacunes vooral over concrete toepassingen, zoals ontwikkelde materialen en projecten.

Het is noodzakelijk dat er systematisch wordt gewerkt aan een pool van GVO-materialen en projecten ten behoeve van GVO bij basisgezondheidsdiensten die op hun bruikbaarheid en effectiviteit zijn getoetst. Een landelijk ondersteuningspunt kan hierin een rol vervullen.

Naast effect-evaluatie zijn voor de ontwikkeling van bovengenoemde projecten en materialen juist ook proces-evaluatie en voortgangs-evaluatie methodieken geeigende benaderingen.

Voor het uitvoeren van onderzoeken zijn relaties noodzakelijk met zowel andere afdelingen en functies binnen de dienst (met name epidemiologie) als met externe onderzoeksinstellingen.

Voor het ontwikkelen van een systematisch opgebouwd systeem aan materialen en projecten is het noodzakelijk dat er een ontwikkelings- en onderzoeksprogramma wordt opgesteld.

Het verdient overweging om voor de ontwikkeling en evaluatie van GVO-projecten en materialen te komen tot een aantal 'proeftuinen' die vanuit projectsubsidies aan dergelijke projecten werken.

Bij het opzetten van een pool aan GVO-materialen dient te worden aangesloten bij de huidige structuren. Het Landelijk Centrum Dienstverlening-GVO lijkt daarvoor de meest logische keus.

10.8 Onderzoek naar doelmatigheid

Bij de vraag naar de doelmatigheid gaat het er om of de hoeveelheid benodigde middelen (geld, personeelsinzet) om een gegeven

productie te realiseren optimaal is ingezet.

Wat betreft de doelmatigheid van de uitvoering van GVO bij basisgezondheidsdiensten is de huidige situatie nog zeker niet ideaal. In een aanzienlijk aantal gevallen kon worden geconstateerd dat soortgelijke materialen of soortgelijke problemen op diverse plaatsen tegelijk werden uitgewerkt, zonder dat men van elkaars activiteiten op de hoogte was.

Wél bestaat de indruk dat er momenteel een aantal initiatieven is genomen om tot afstemming te komen. Deze initiatieven komen zowel tot uiting in de bestaande regionale contacten van de GVO-functionarissen als ook van de landelijke contacten.

De al eerder gememoreerde opzet van een pool aan GVO-materialen en projecten zou een wezenlijke bijdrage kunnen vormen voor een vergroting van de doelmatigheid van de GVO bij basisgezondheidsdiensten, zo mogelijk ook in afstemming met de andere GVO-velden en instellingen.

Aanbevelingen:

Het is noodzakelijk de huidige initiatieven om te komen tot een doelmatiger aanpak van de GVO bij basisgezondheidsdiensten te ondersteunen, door een regeling te treffen met betrekking tot de ondersteuning van het landelijke overleg van GVO bij BaGD'en.

Naast belangstelling voor de effecten van GVO dient in de toekomst ook ruimte te worden vrijgemaakt voor aandacht voor en onderzoek naar de doelmatigheid van GVO, mede in verband met de verschillende structuren van waaruit de GVO momenteel wordt gegeven.

10.9 Regionale samenwerking

Zoals uit onder meer de gegevens uit de hoofdstukken 7 en 8 is gebleken spelen basisgezondheidsdiensten een belangrijke rol bij het totstandkomen van samenwerking op regionaal niveau.

Afstemming en coördinatie van activiteiten is noodzakelijk, ener-

zijds uit het oogpunt om met de beperkte personeelsformatie een maximum aan activiteiten te kunnen ondernemen, anderzijds om te voorkomen dat er belangrijke lacunes zouden optreden qua bereik van doelgroepen of thema's.

Door de respondenten wordt benadrukt dat het van belang is dat er in de regio sprake is van coördinatie. In de ogen van de GVO-functionarissen is niet zozeer van belang de vraag waar (bij welke instelling) die coördinatie is gevestigd. Wél is het van belang dat men daarbij de beschikking heeft over de volgende faciliteiten:

- een goed geoutilleerd informatie- en documentatiecentrum;
- vergader- en werkruimten;
- administratieve- en secretariële ondersteuning;
- financiële middelen voor de opzet van projecten en het beschikbaar stellen van materialen.

Als in een regio één van de instellingen over dergelijke faciliteiten beschikt of kan realiseren alsmede de (bestuurlijke) 'goodwill' heeft van de andere instellingen en personen in de regio, dan lijkt het terecht dat de historisch gegroeide situatie als uitgangspunt wordt genomen en dat subsidieregelingen daar flexibel op inspelen.

Het lijkt zeer sterk de vraag of er één structuur kan worden ontworpen die zowel recht doet aan de historisch gegroeide structuren en die past in zowel zeer dicht als zeer dun bevolkte gebieden.

Aanbevelingen:

Per regio opzetten van structurele samenwerking GVO, waarbij wordt aangesloten bij de bestaande structuren en regiovorming.

Een basisgezondheidsdienst kan een belangrijke rol spelen bij de totstandkoming van samenwerking. De 10 nieuwe samenwerkingsverbanden GVO vormen daar een illustratie van.

De toekomstige regelingen met betrekking tot de regionale samenwerkingverbanden GVO zouden aan dienen te sluiten op de bestaande structuren en de bestaande (in ontwikkeling zijnde) regio's in het kader van de WVG en de WGR.

LITERATUURLIJST

- Andragogisch Instituut van de Rijksuniversiteit Groningen. Inventariserend onderzoek naar GVO in Nederland. Groningen, 1980.
- ASSEMA, P.T. VAN. Inventariserend onderzoek bij de regionale samenwerkingverbanden GVO ter voorbereiding van het evaluatieonderzoek. Maastricht, Rijksuniversiteit Limburg, november 1984.
- BELDMAN, S. Ontmoedigingsbeleid Roken. Nijmegen, GG & GD Nijmegen, december 1983.
- BERSEE, S. & A.M. DICKER. GVO in Zoetermeer: een onderzoek naar een organisatiestructuur voor GVO in Zoetermeer. Wageningen, Vakgroep Gezondheidsleer, Landbouwhogeschool Wageningen, 1980. (Verslag 1980-80).
- BLOM, M. & M. VAN HOUTEN. GVO bij (D)GGD-en. Wageningen, Vakgroep Gezondheidsleer, Landbouwhogeschool Wageningen, 1980. (Rapport 1980-79).
- DGD voor Flevoland. Zorg op maat. Flevoland, 1985.
- EMANS, B., K. VAN DER GAAST & R. LAURILA. Evaluatie-onderzoek GVO/preventie Friesland. Groningen, Vakgroep Sociale Psychologie, Rijksuniversiteit Groningen, maart 1985.
- GARRETSSEN, H.F.L. Probleemdrinken: prevalentiebepaling, beïnvloeiende factoren en preventiemogelijkheden; theoretische overwegingen en onderzoek in Rotterdam. Lisse, Swets & Zeitlinger, 1983.
- Gemeente Zoetermeer. Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding; de eerste stappen op een lange weg. Zoetermeer, mei 1984.
- GG & GD Arnhem. Mogelijkheden voor preventieve gezondheidszorg (met name GVO). Arnhem, september 1984.
- GG & GD Enschede. Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding bij de GG & GD Enschede. Enschede, juli 1984.
- GG & GD Rotterdam, afd. GVO. 15 jaar GVO. Rotterdam, 1983.
- GG & GD Voorne-Putten. Het Medisch Educatief Project Voorne-Putten, voor kinderen van de tweede klas van de lagere school. Voorne-Putten, mei 1983.

- GG & GD Voorne-Putten. Het Medisch Educatief project Voorne-Putten, voor oudste kleuters. Voorne-Putten, juli 1983.
- GOOR, L.A.M. VAN DE & W.G. HEGGER. De invoering van GVO in het basisonderwijs en de PABO; een inventarisatie. Dl. II: Onderzoek onder de GVO-consulenten. Nijmegen, Hoogveld Instituut, 1985.
- GVO van de DGD et. al. Kijk/Doe-dagen Agressie; evaluatieverslag. Maastricht, mei 1984.
- GVO Utrecht Als ons voortbestaan U lief is.... Een evaluatie van de activiteiten en de organisatiestructuur van GVO-Utrecht. Utrecht, mei 1979.
- HAES, W.F.M. DE. Literatuuronderzoek effecten van GVO; 2e dr. 1982. Bunnik, Landelijk Centrum Dienstverlening GVO.
- HAES, W.F.M. DE. Gedragswetenschappelijk onderzoek ten dienste van GVO. Lisse, Swets & Zeitlinger, 1983.
- HANSSON, P. & A.Ph. VISSER. Gezondheidseducatie in het basisonderwijs. Assen, Van Gorcum, 1984.
- HEGGER, W.G. & J.J. VAN WEERDEN. De invoering van GVO in het basisonderwijs en de PABO; een inventarisatie. Dl. VII: Samenvattend eindrapport. Nijmegen, Hoogveld Instituut, 1985.
- HERMSEN, M. Wat doe ik voor mijn gezondheid als ik ouder word? Eindhoven, 1982. Evaluatieverslag.
- HERNGREEN, W.P., W.J. MEIJER, E.A. SCHLESINGER-WAS & F.J. VEENHOF. Jeugdgezondheidszorg in Nederland; een verkenning. Leiden, NIPG-TNO, 1981.
- HEIJDEN, B. VAN DER. Ondersteuning van ingebouwde GVO. Nijmegen, GG & GD Nijmegen, juli 1983.
- HEIJMANS-TIMMERS, M.E. & W.G. HEGGER. De invoering van GVO in het basisonderwijs en de PABO; een inventarisatie. Dl. III: Onderzoek onder de Jeugdgezondheidszorg en de Jeugd tandverzorging. Nijmegen, Hoogveld Instituut, 1985.
- HOL, T. & M. QUAEDVLIEG. Gezondheidseducatie op school. Sittard, GVO Samenwerkingsverband Sittard, 1983.
- HOUTEN, M. VAN (red.). Werkmap bevorderen van gezond gedrag. GG & GD Nieuwe Waterweg Noord, Vlaardingen, 1985. Afdeling GVO.

HUIJSMAN-RUBINGH, R.R.R. & T.R.A.M. WAGENAAR. De jeugdgezondheidszorg in Nederland voor 4-16 jarigen: structuur en functioneren. Proefschrift Universiteit van Amsterdam, 1983.

Jaarverslagen van Basisgezondheidsdiensten 1980-1983.

JONG, A. DE, H. BOEREMA & W. DE HAES. Beleid en praktijk van GVO bij basisgezondheidsdiensten. Rotterdam, GG & GD Rotterdam, april 1984.

KOBUSSEN, L. GVO in het werk van de jeugdarts. Nijmegen, Instituut Sociale Pedagogiek en Andragogiek, 1981.

Kommissie Nationaal Plan GVO. Opzet en ontwikkeling van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1978.

KUYPERS, M.J. & A.E.L.M. PANIS. De invoering van GVO in het basisonderwijs en de PABO; een inventarisatie. Dl. VI. Onderzoek onder de Landelijke Categoriale Vormingsinstituten. Nijmegen, Hoogveld Instituut, 1985.

Landelijk Centrum Dienstverlening GVO & Sociaal-Wetenschappelijk Informatie- en Documentatiecentrum. Lopend onderzoek GVO 1985 & supplement 1985. Utrecht, 1985

MAES, L. Rapport samenwerkingsproject GVO in het onderwijs. Gent, R.U. Gent, 1984.

MEIJERS, J. Op Uw Gezondheid. Wageningen etc., Vakgroep Gezondheidsleer, Landbouwhogeschool Wageningen, etc., 1983 (Verslag 1983-163).

Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. Wet Voorzieningen Gezondheidszorg. Leidschendam, 1982.

Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Tijdelijke stimuleringsregeling regionale samenwerkingsverbanden GVO. Leidschendam, 1983.

Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Stimuleringsregeling Basisgezondheidsdiensten. Leidschendam, 1 juli 1985.

OOIJENDIJK, W.T.M. & H.P.A. VAN DE WATER. Tijdsbesteding van artsen werkzaam in de algemene gezondheidszorg binnen basisgezondheidsdiensten. Leiden, NIPG-TNO, 1984.

- OOIJENDIJK, W.T.M. & H.P.A. VAN DE WATER. De uitvoering van algemene gezondheidszorg binnen basisgezondheidsdiensten. Leiden, NIPG-TNO, 1984.
- PANIS, A.E.L.M., J. VEERMAN & E.J. VAN KESTEREN. De invoering van GVO in het basisonderwijs en de PABO; een inventarisatie. Dl. I: Onderzoek onder 30 basisscholen. Nijmegen, Hoogveld Instituut, 1985.
- PROSMAN, G. Lokale GVO maakt mensen mondiger bij gezondheid en ziekte. Maatsch. Gezondheidsz. 12 (1984) nr. 6, pp. 24-27.
- REIJDEN, J.P. VAN DER. Volksgezondheid bij beperkte middelen. Tweede Kamer der Staten Generaal, zitting 1983/1984, 18108 nr. 1-2.
- ROORDA, L. & H. WAGENAAR. GVO: geïntegreerd in voortgezet onderwijs? Nijmegen, GG & GD Nijmegen, 1981.
- ROUWENHORST, W. Om onze gezondheid. Alphen a/d Rijn, Samsom, 1981.
- RIJKEN, R. GVO in bedrijven in Nederland. Wageningen, Vakgroep Gezondheidsleer, Landbouwhogeschool Wageningen, 1984 (Verslag 1984-202).
- SCHUURMAN, J.H. Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO); Onderzoek en actie met betrekking tot hart- en vaatziekten, geslachtsziekten en roken. Lisse, Swets & Zeitlinger, 1983.
- STOLP, M. & W.F.M. DE HAES. Literatuurstudie Drugsvoorlichting. Rotterdam, GG & GD Rotterdam, 1982 (Rapport nr. 43).
- STURMANS, F. Epidemiologie: theorie, methoden en toepassing. Nijmegen, Dekker & Van de Vegt, 1982.
- Taakgroep 'Gezondheidseducatie en Jeugdgezondheidszorg' van de NVJG. Rapport Gezondheidseducatie en Jeugdgezondheidszorg, T. soc. Geneesk. 59 (1981) 830-36.
- TOET, J. Behoeftte aan GVO bij ouderen. Rotterdam, GG & GD Rotterdam, afd. GVO, 1984.
- Vereniging van Directeuren Basisgezondheidsdiensten. Ontwikkeling van Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding bij Basisgezondheidsdiensten. Rotterdam, GG & GD Rotterdam, februari 1984.
- Vereniging van Directeuren Basisgezondheidsdiensten. Advies inzake: Tandheelkundige collectieve preventie bij basisgezondheidsdiensten. Oktober 1984.

Vereniging van Nederlandse Gemeenten. Overzicht basisgezondheidsdiensten in Nederland. Den Haag, 1985.

VOORHAM, A.J.J. Hulpmiddelen bij de communicatie met migranten. Rotterdam, GG & GD Rotterdam, 1982 (Rapport nr. 37).

WAAL, M. & M. THIJSSSEN. Patiënten-, vrijwilligers- en zelfhulporganisaties in Utrecht. Utrecht, GVO-Utrecht, februari 1985.

WEERDEN, J.J. VAN. De invoering van GVO in het basisonderwijs en de PABO; een inventarisatie. Dl. IV: Onderzoek onder de Onderwijsbegeleidingsdiensten. Nijmegen, Hoogveld Instituut, 1985.

WEERDEN, J.J. VAN. De invoering van GVO in het basisonderwijs en de PABO; een inventarisatie. Dl. V: Onderzoek onder de PABO-docenten. Nijmegen, Hoogveld Instituut, 1985.

Werkgroep Basisonderwijs. GVO in het basisonderwijs. Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in Friesland, Leeuwarden, 1984.

Werkgroep Preventie/GVO Nijmegen. "Tijd zat", werkboek voor docenten, decanen, ouders en leerlingen van scholen voor lbo en mavo over werken en niet werken, betaalde en niet betaalde besteding van tijd. Nijmegen, 1983.

WESTMAAS-JES, M.M. Voorlichting en gezond gedrag; bouwstenen voor een planmatiger aanpak. Groningen, Wolters-Noordhoff, 1977.

Wet van 2 juli 1981, houdende Wet op het basisonderwijs. Staatsblad (1981) nr. 468.

ZANDVOORT, M. Evaluatie van de cursus 'Door dik en dun'. Wageningen etc., Vakgroep Gezondheidsleer. Landbouwhogeschool Wageningen etc., 1982 (Rapport 1982-146).

ZIELHUIS, G.A. & E.J. DE BATS. Alcoholgebruik bij leerlingen voortgezet onderwijs. T. soc. Geneesk. 61 (1983) 542-45.

BIJLAGEN

HOOFDSTUK 1. BELANG VAN GEZONDHEIDSVORLICHTING EN OPVOEDING (GVO)

1.1. INLEIDING.

Gezondheidsvoorlichting en opvoeding, algemeen afgekort tot GVO, maakt in Nederland een sterke ontwikkeling door. In toenemende mate wordt de betekenis van GVO als instrument bij de aanpak van gezondheidsvragen erkend.

GVO vindt haar werkterrein binnen de (preventieve) gezondheidszorg, maar ook daarbuiten: in het onderwijs, in de welzijnssector en in initiatieven van patiëntenorganisaties, zelfhulpgroepen en vrijwilligers.

Op al deze terreinen wordt een groeiend aantal GVO-activiteiten ontwikkeld en uitgevoerd.

Om een kwalitatief goed en effectieve GVO-uitvoering mogelijk te maken, zijn op het gebied van ondersteuning, opleiding, beleidsvorming, financiering en organisatie diverse ontwikkelingen gaande.

We noemen in dit verband met name de aanstelling van GVO-functionarissen bij basisgezondheidsdiensten, kruisverenigingen, GVO-samenwerkingsverbanden en RIAGG's; de oprichting van het Landelijk Centrum Dienstverlening GVO; de instelling op korte termijn van een adviescommissie GVO bij de Nationale Raad voor de Volksgezondheid en tot slot het feit, dat de Regering in de in september 1983 verschenen nota "Volksgezondheidsbeleid bij beperkte middelen" 2) aan GVO in haar beleid een vooraanstaande plaats toekent.

In dit hoofdstuk gaan wij kort in op de verschuivingen in de gezondheidsproblemen en gezondheidszorg, die mede de achtergrond vormen voor de toenemende belangstelling voor GVO. Vervolgens gaan we in op doel en basisprincipes van GVO in het algemeen. Tot slot geven we het belang aan van GVO bij basisgezondheidsdiensten.

1.2. VAN ZIERTEBESTRIJDING NAAR GEZONDHEIDSBEVORDERING EN GEZONDHEIDSBESCHERMING.

In het Volksgezondheidsbeleid, en hiermee samenhangend in de gezondheidszorg, is een duidelijke verschuiving waarneembaar van een vrijwel uitsluitende gerichtheid op ziektebestrijding naar meer aandacht voor gezondheidsbevordering en -bescherming, waaronder ook voor GVO.

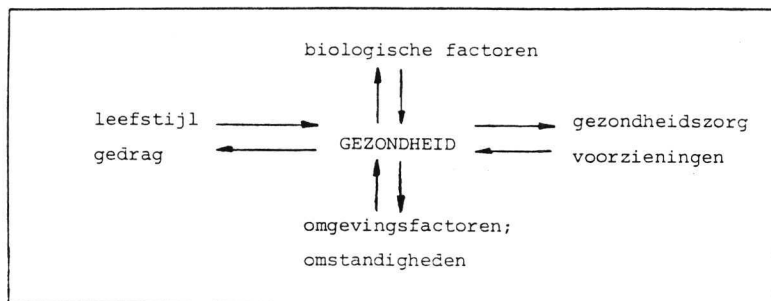
Deze ontwikkeling hangt nauw samen met een verschuiving in de aard van de gezondheidsproblematiek in de Westerse wereld in de laatste decennia.

Vroeger waren onder meer armoede, ondervoeding en infectieziekten gezondheidsbedreigende factoren. Deze gebreks- en infectieziekten, met als kenmerk veelal een monocausaal ziektemodel, zijn nu grotendeels bedwongen. Tegenwoordig spelen andere gezondheidsproblemen: de zogenaamde "welvaartsziekten", zoals hart- en vaatziekten, depressiviteit en verslavingsziekten. Deze worden gekenmerkt door een meervoudige causaliteit.

De verschuiving in problematiek heeft consequenties voor de wijze waarop door de samenleving getracht kan en moet worden om de gezondheid van mensen te beschermen en te bevorderen.

(On-)Gezondheid van mensen blijkt het resultaat van verschillende factoren. In navolging van de - bekend veronderstelde - indeling van de voormalige Minister van Volksgezondheid in Canada, Marc Lalonde, kan de invloed van de verschillende factoren op gezondheid als volgt schematisch worden weergegeven: 3).

Figuur 1. GEZONDHEID IS HET RESULTAAT VAN VEEL FACTOREN



Het begrip gezondheid dient in dit verband ruim te worden geïnterpreteerd, conform de WHO-definitie in de zin van "lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden".

De medisch-curatieve zorg blijkt slechts een beperkte bijdrage te kunnen leveren aan de aanpak van de huidige gezondheidsproblemen. Onderzoek heeft namelijk aangetoond dat wijzigingen in de gezondheid van mensen, zowel ten goede als ten kwade, voor het grootste deel kunnen en moeten worden toegeschreven aan de invloed van leefstijl- en omgevingsfactoren.

Het besef groeit dan ook dat hier met name aanknopingspunten liggen voor gezondheidsbevordering en -bescherming en dat deze invalshoeken vroegtijdiger en doelmatiger moeten worden benut. Bovendien wordt het alom wenselijk geacht de zelfstandigheid en betrokkenheid van mensen zelf bij de zorg voor hun gezondheid te vergroten.

GVO kan door haar op gedrag gerichte benaderingswijze een belangrijke bijdrage leveren aan de gewenste ontwikkelingen.

De nota Volksgezondheidsbeleid bij beperkte middelen spreekt in dit verband van GVO als "essentiële zorgvorm, die bijzondere aandacht krijgt in het te voeren beleid. 4).

1.3. DOEL VAN GVO

In de praktijk vinden we GVO op veel werkterreinen, in vele verschijningsvormen en vanuit verschillende benaderingswijzen, elk met eigen mogelijkheden en beperkingen. Het is niet eenvoudig deze verscheidenheid samen te brengen in een eenduidige definitie en doelstelling van GVO.

De verschillen hangen samen met het feit dat "gezondheid" moeilijk exact definieerbaar is. Er zijn vele visies in omloop, die onder meer bepaald worden door sociale, culturele en politieke omstandigheden.

In grote lijnen zijn binnen het totaal aan opvattingen twee uitersten te onderscheiden, die te kenmerken zijn als:

- a. "Deskundigen weten wat gezond is voor mensen"
 - b. "Mensen weten zelf het beste wat gezond voor henzelf is". 5).
- Hieronder geven we aan wat het hanteren van deze uitersten in opvattingen kan impliceren voor de te volgen GVO-benadering.

ad. a "Deskundigen weten wat gezond is voor mensen"

Op basis van objectieve gegevens besluit de deskundige wat gezond is. Middels GVO poogt hij vervolgens het gedrag van mensen te beïnvloeden in de richting die positief is voor hun gezondheid, gegeven de objectieve norm.

Strukturele maatregelen kunnen de gewenste gedragsverandering richtinggevend ondersteunen.

Bijvoorbeeld:

Uit onderzoek blijkt dat rokers meer risico lopen om longkanker te krijgen dan niet-rokers. Het doel van GVO is om mensen te stimuleren te besluiten niet meer te roken en rokers eventueel van het roken af te helpen. Middels accijnsverhogingen en subsidie voor "stop-roken-kursussen" ondersteunt de overheid deze verandering.

ad. b. "Mensen weten zelf het beste wat gezond voor hen is"

Uitgangspunt is, dat gezondheid door ieder mens ander beleefd wordt, onder meer afhankelijk van eigen situatie, cultuur, religie e.d. Mensen zullen uiteindelijk zelf moeten en kunnen beslissen welk gedrag in hun situatie door henzelf als meest positief ervaren wordt. Middels GVO wordt getracht hen inzicht, kennis en vaardigheden te geven, op basis waarvan zij in staat zijn zelfstandig en weloverwogen een eigen keuze te maken.

Structurele maatregelen kunnen deze besluitvorming ondersteunen.

Bijvoorbeeld:

Mensen roken vanuit verschillende motieven. Roken brengt uit gezondheidsoogpunt risico's met zich mee. Het doel van GVO is om mensen inzicht te geven in de voor hen geldende voor- en nadelen van het roken en hen vervolgens te steunen bij een afweging en keuze al dan niet door te gaan met roken. Op verzoek kan GVO begeleiding bieden bij het stoppen met roken. Middels een reclamebeperkende maatregel wordt het geven van misleidende informatie tegengegaan.

De GVO-benaderingen en GVO-praktijk bevinden zich tussen deze uitersten. Elke benaderingswijze heeft zijn eigen mogelijkheden en beperkingen; zij kunnen elkaar aanvullen en ondersteunen.

Ter illustratie een tweetal voorbeelden:

- Een leerkracht praat met de leerlingen over "verstandig eten" en gaat daarbij uit van het principe van de vrije keuze. De schoolarts wordt geconfronteerd met gezondheidsklachten die duidelijk samenhangen met het overgewicht van een van de leerlingen en geeft deze een gericht voedingsadvies, gekoppeld aan suggesties aan de school om in de kantine ook "gezonde" voeding te verkopen.
- Bij de voorlichting over geslachtsziekten zal altijd worden aangedrongen op directe behandeling. Bij algemene seksuele voorlichting zal de keuze van een betrouwbaar voorbehoed-

middel afhangen van de betrokkene(n) en dienen vooral voor- en nadelen afgewogen te worden.

Het zal duidelijk zijn, dat ook doelgroep, doel, aard van de aan de orde zijnde aspecten van gezondheid en ziekte, de situatie en de organisatie van waaruit de GVO bedreven wordt, de keuze van de GVO-benadering mee bepalen.

Ondanks alle verscheidenheid staat steeds centraal dat GVO ingezet kan worden om een verantwoorde besluitvorming ten aanzien van gezondheidsvragen te bevorderen, en dit dan zowel bij "consumenten" als "producenten" in de zorg voor gezondheid. Het uiteindelijke doel is op bevolkingsniveau het gezonde gedrag te bevorderen.

1.4. BASISPRINCIPES VAN GVO

Voor een adequate inzet van GVO worden een aantal belangrijke basisprincipes gehanteerd. Deze hebben enerzijds betrekking op gezondheid in het algemeen en op de relatie gezondheid en gedrag en anderzijds op de voor GVO specifieke werkwijze.

1.4.1. GVO-principes over gezondheid en de relatie gedrag en gezondheid.

- a. Gezondheid is een positieve waarde in het leven van een mens; een waarde om te behouden en dus te beschermen en te bevorderen.

GVO is een van de middelen, die ingezet kunnen worden in het streven de gezondheid van mensen te behouden en te bevorderen.

- b. Het is in het algemeen onmogelijk en onwenselijk om lichamelijke, geestelijke en sociale gezondheidsaspecten te scheiden: een integrale mensbenadering is aangewezen.

- c. Gezondheid is het resultaat van veel factoren. (vergelijk figuur 1, pagina 3).

Gebleken is dat gezondheid en gezondheidsproblemen niet alleen afhangen van individuele beslissingen en gedragingen maar ook en soms zeer sterk bepaald worden door maatschappelijke condities.

Bij de opzet van GVO-activiteiten zal men hiervoor oog moeten hebben. Steeds dient bekeken te worden in hoeverre het reëel en mogelijk is om mensen aan te spreken op hun eigen gedrag en/of waar meer structurele maatregelen aangewezen zijn.

GVO kan in dit verband een brugfunctie vervullen tussen producenten en consumenten van de gezondheidszorg en bijdragen aan een betere afstemming van vraag en aanbod.

1.4.2. Principes m.b.t. de GVO-benadering

- a. Het aangrijpingspunt voor GVO ligt nooit bij stoornissen of ziekten zelf, maar bij het handelen (doen en laten) van mensen, groepen en organisaties m.b.t. de zorg voor gezondheid(sproblemen).

- b. De eigen gezondheidsvragen van de bevolking staan centraal: GVO dient hierop aan te sluiten.

- c. Het besluit tot een GVO-activiteit dient verantwoord en gefundeerd genomen te worden. Dit vergt een juiste diagnosestelling: welke factoren zijn van invloed op (de zorg voor) gezondheid respectievelijk het betreffende gezondheidsprobleem, en welke dragen GVO-componenten in zich?

Deze analyse dient de basis te zijn voor een weloverwogen keuze voor de te volgen GVO-strategie.

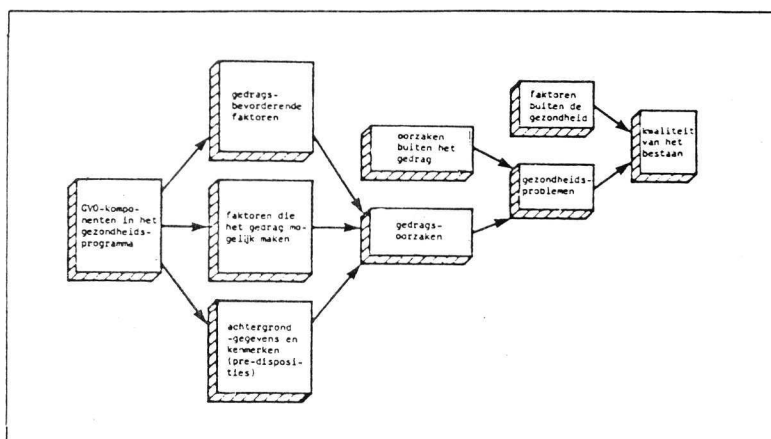
Een hulpmiddel bij diagnosestelling en planning is onderstaand analysemodel, ontwikkeld door L.W. Green. (figuur 2) 6).

Uitgaande van de "kwaliteit van het bestaan" (uiterst rechts) wordt stap voor stap teruggeredeneerd tot duidelijk is welke

GVO-componenten een rol spelen bij het gezondheidsprobleem waarmee men bezig is. (uiterst links).

Dit maakt een systematische analyse mogelijk van alle factoren die gezondheid beïnvloeden en/of die van invloed zijn op het gedrag, relevant in dit verband.

figuur 2. HET STELLEN VAN EEN DIAGNOSE VAN GEZONDHEIDSPROBLEMEN.



- d. GVO-activiteiten dienen systematisch en planmatig te worden opgezet en uitgevoerd. Kenmerkend zijn een doelbewuste en methodische aanpak, met een weloverwogen prioriteitstelling, doel en doelgroepsbepaling, keuze van inhoud en benaderingswijzen.

Zowel tijdens als na afloop van de GVO-uitvoering dient kwaliteitsbewaking en effectmeting plaats te vinden.

GVO onderscheidt zich hiermee van incidentele voorlichtingsacties, zoals zomaar een folder uitgeven, of eenmalig een voorlichtingspraatje houden.

- e. GVO richt zich in het algemeen op lange termijn doelen, daarmee worden effecten in termen van gedragsverandering vaak moeilijk meetbaar.

Het bewaken van de effectiviteit en efficiency van de GVO-actie middels tussentijdse evaluatie en effectmeting aan de hand van geformuleerde tussendoelen is dan ook van groot belang. Hiermee kan de voortgang van het besluitvormingsproces zichtbaar worden.

- f. GVO-activiteiten zullen zoveel mogelijk dichtbij de mensen zelf gestalte moeten krijgen.

Voor de uitvoering van GVO komen daarom veelal vooral diegenen in aanmerking die dicht bij de bevolking werkzaam zijn (beroepsmatig of als vrijwilliger). Zij zijn vaak meer herkenbaar en genieten meer het vertrouwen van de doelgroep. Ook kunnen zij goed op de hoogte zijn van kenmerken, waarden en normen van deze groep, waardoor de kans op effectieve communicatie groter is.

- g. Samenwerking bij opzet en uitvoering van GVO tussen werkers en vrijwilligers uit verschillende sectoren kan de kwaliteit van de GVO-actie eveneens verhogen.

Bovendien wordt hiermee een ander uitgangspunt bevorderd, te weten het integreren van GVO in het werk van al diegenen die werkzaam zijn op het terrein van gezondheidsbescherming en -bevordering.

1.5 HET BELANG VAN GVO BIJ BASISGEZONDHEIDSDIENSTEN

Het beschermen en bevorderen van de volksgezondheid in een regio is bij uitstek de taak van de basisgezondheidsdiensten.

Deze diensten hebben een uitstekende uitgangspositie en specifieke mogelijkheden om een rol van betekenis te spelen bij de verdere ontwikkeling en uitvoering van de preventieve gezondheidszorg, waaronder GVO.

In het beleid van de rijksoverheid worden deze specifieke mogelijkheden onderkend en nader uitgewerkt. Met name taken op het gebied van GVO, epidemiologie, een actief anticiperen op specifieke

Project

GVO bij Basisgezondheidsdiensten

DIRECTIE

	verspreid d.d.	binnenge- komen d.d.
JGZ		
BGZ		
AGZ		
Ambulance		
GVO		

INDIEN U TEN AANZIEN VAN DE INVULLING VAN DE VRAGENLIJST OF
WAT BETREFT DE OPZET EN UITVOERING VAN HET ONDERZOEK VRAGEN
OF OPMERKINGEN HEBT, NEEMT U DAN CONTACT OP MET EEN VAN DE
ONDERZOEKERS:

drs. W.T.M. Ooijendijk, socioloog, projectleider

H.P.A. van de Water, sociaal geneeskundige

M.J.T. Schlatmann, projectmedewerkster

p/a NIPG - TNO

tel. 071 - 170441

DIT ONDERDEEL VAN DE VRAGENLIJST IS INGEVULD DOOR:

naam:

functie:

TOELICHTING BIJ ENKELE IN DE ENQUETE GEBRUIKTE BEGRIPPEN*

GEZONDHEIDSVORLICHTING EN -OPVOEDING - GVO

Ten behoeve van het onderzoek gaan wij wat betreft het begrip GVO uit van een brede werkdefinitie: GVO betreft die activiteiten die gericht zijn op het bevorderen van een verantwoorde besluitvorming ten aanzien van gezondheidsvragen.

Alles wat U GVO noemt, of wat u onder GVO verstaat, is voor ons echter interessant om kennis van te nemen. Ook indien u twijfelt of iets wel of niet tot GVO gerekend dient te worden, noemt u die activiteiten dan wel bij de beantwoording van deze enquête.

GVO-CONSULENT, GVO-ER, GVO-FUNCTIONARIS, GVO-MEDEWERKER

Deze begrippen worden vaak door elkaar gebruikt. Bedoeld wordt een persoon wiens takenpakket (practisch) uitsluitend uit GVO bestaat.

GROEPSGERICHTE GVO

GVO die wordt gericht op een groep of risicogroep uit de bevolking en niet direct is gekoppeld is aan het individuele contact (er kunnen wel contacten uit voortkomen).

Voorbeelden van groepsgerichte GVO zijn: klassikale voorlichting, voorlichting op ouderavonden, voorlichting in een jongerencentrum over geslachtsziekten, voorlichting aan buitenlandse moeders over voeding, cursussen reanimatie voor verenigingen of bedrijven, informatie-telefoon over geslachtsziekten, voorlichting via de regionale pers of radio gericht op speciale doelgroepen, etc.

PROJECTMATIGE GVO

GVO in het kader van een bepaald project of thema. Dat kan een project/thema zijn van korte duur of van meerdere jaren.

Voorbeelden zijn onder meer: project seksuele voorlichting op middelbare scholen, een project TGVO op het basisonderwijs, een voedingsproject, een bejaardenproject, etc.

* zie voor een uitvoerige toelichting op deze en andere begrippen op het terrein van de GVO, de nota: 'Ontwikkeling van GVO bij basisgezondheidsdiensten' van de Vereniging Directeuren van Basisgezondheidsdiensten (VDB).

S.V.P. AANKRUISEN WAT VAN TOEPASSING IS.

-3-

1. Zijn er aan uw dienst medewerkers verbonden (al dan niet in loon- dienst) die specifiek zijn belast met de uitvoering/ontwikkeling/ ondersteuning van GVO?

nee () --> door naar 8
ja ()

2. Sinds welk jaar zijn er GVO-medewerkers* in uw dienst werkzaam?
(*zie toelichting)

jaartal:

3. Hoeveel GVO medewerkers waren er bij uw dienst werkzaam op de volgende peildata, vrijwilligers, stagiaires e.d. hier niet mee- gerekend?
(uitgedrukt in full-time functieplaatsen, 40 uur is één fulltime- functieplaats)

31-12-1979 ftfp
31-12-1981 ftfp
31-12-1983 ftfp

4. Wat is de plaats van de GVO-er(s) binnen de organisatie?
(meerdere antwoorden mogelijk)

aparte afdeling ()
ondergebracht bij JGZ ()
ondergebracht bij BGZ ()
ondergebracht bij AGZ ()
nog anders, nl.
.

5. Bent u van mening dat er in uw dienst momenteel te weinig, vol- doende, te veel aandacht wordt gegeven aan de in de nota "Ontwikkeling van GVO bij basisgezondheidsdiensten" van de VDB genoemde deeltaken GVO?

te vol- te weet niet,
weinig doende veel niet van
toepassing

Interne GVO - GVO activiteiten
gericht op de medewerkers van
de eigen dienst

() () () ()

Externe GVO - GVO activiteiten
gericht op werkers van organisaties
buiten de eigen dienst of groepen
uit de bevolking

() () () ()

Beleidsadvisering - het inbouwen
van GVO elementen in de beleids-
advisering van de dienst . . .

() () () ()

Beleidsonderbouwend onderzoek -
het uitvoeren van onderzoek ten
behoefte van GVO activiteiten .

() () () ()

Samenwerking en afstemming - het
inhoudelijk en/of geografisch op
elkaar afstemmen van GVO activi-
teiten

() () () ()

6. Bestaan er bij uw dienst plannen om de GVO functie uit te bouwen c.q. verder te ontwikkelen (denk hierbij zowel aan de inhoud van de GVO als aan het aantal formatie-plaatsen)?

ja ()

nee () → door naar 11

7. Zo ja, kunt u hieronder omschrijven waaruit die plannen bestaan, en in welk stadium deze plannen verkeren?

aard plannen:	stadium: bereikt binnen
	6 maanden ()
	1 jaar ()
	3 jaar ()
	onbekend ()

Door naar 11

Vraag 8/9/10 alleen voor die diensten waarin (nog) geen GVO-medewerker(s) werkzaam is (zijn).

8. Bestaan er bij uw dienst plannen om een GVO-medewerker aan te trekken?

ja ()

nee () → door naar 10

9. Kunt u aangeven op welke termijn u denkt die plannen te kunnen realiseren?

binnen 6 maanden ()

binnen 1 jaar ()

binnen 3 jaar ()

onbekend, is afhankelijk

van

.

.

10. Kunt u kort motiveren waarom u wel of niet van plan bent een GVO-medewerker aan te trekken.

11. Is er in de dienst een afdeling/functie epidemiologie?

ja ()

nee () --> door naar 14

12. Zo ja, bestaat er tussen de GVO en de epidemiologie samenwerking?

ja ()

nee () --> door naar 14

13. Wilt u hieronder kort aangeven waaruit deze samenwerking bestaat?

14. Welke van de volgende werkzaamheden worden door uw dienst verricht?

JGZ ()

BGZ ()

AGZ ()

Ambulance ()

Wij verzoeken u voor die werkzaamheden die door uw dienst worden verricht zorg te dragen voor een verdere verspreiding van de onderdelen van de enquête.

JGZ - geel

BGZ - groen

AGZ - blauw

Ambulance - roze

Indien er één of meer GVO-medewerkers in uw dienst werkzaam zijn, wilt u dan het GVO onderdeel laten invullen door de desbetreffende GVO-medewerkers?

GVO - oranje

Op de voorkant van deze vragenlijst kunt u eventueel bijhouden welke onderdelen van de vragenlijst zijn verspreid en welke zijn binnengekomen.

Bijlage 3.

Onderdeel 2

JEUGDGEZONDHEIDSZORG

Korte toelichting bij de schriftelijke enquête van het onderzoek
"GVO BIJ BASISGEZONDHEIDSDIENSTEN".

Onderdeel Jeugdgezondheidszorg - JGZ

Het Nederlands Instituut voor Preventieve Gezondheidszorg, NIPG - TNO
voert in opdracht van het ministerie van WVC een onderzoek uit naar
"GVO bij basisgezondheidsdiensten".

Het onderzoek is opgezet en ontwikkeld in overleg met de commissie GVO
van de Vereniging van Directeuren Basisgezondheidsdiensten.

Het onderzoek omvat onder meer een schriftelijke enquête bij alle
basisgezondheidsdiensten en mondelinge interviews met de zogeheten
GVO-ers of GVO-consulenten.

Per afdeling/functie van de dienst worden enkele vragen gesteld over
de GVO-situatie, waarbij wij geprobeerd hebben het aantal vragen zo
beperkt mogelijk te houden. Wij verzoeken u vriendelijk aan de
enquête mee te werken en de bijgevoegde vragen in te vullen.

De distributie en retourzending van de afzonderlijke onderdelen van
de enquête lopen via de directie van de dienst.

Dus graag na invulling retour naar de directie.

INDIEN U TEN AANZIEN VAN DE INVULLING VAN DE VRAGENLIJST OF WAT
BETREFT DE OPZET EN UITVOERING VAN HET ONDERZOEK VRAGEN OF OPMERKINGEN
HEBT, NEEMT U DAN CONTACT OP MET EEN VAN DE ONDERZOEKERS:

drs. W.T.M. Ooijendijk, socioloog, projectleider

H.P.A. van de Water, sociaal geneeskundige

M.J.T. Schlatmann, projectmedewerkster

p/a NIPG - TNO

tel. 071 - 170441

DIT ONDERDEEL VAN DE VRAGENLIJST IS INGEVULD DOOR:

naam:

functie:

TOELICHTING BIJ ENKELE IN DE ENQUETE GEBRUIKTE BEGRIPPEN*

GEZONDHEIDSVORLICHTING EN -OPVOEDING - GVO

Ten behoeve van het onderzoek gaan wij wat betreft het begrip GVO uit van een brede werkdefinitie: GVO betreft die activiteiten die gericht zijn op het bevorderen van een verantwoorde besluitvorming ten aanzien van gezondheidsvragen.

Alles wat U GVO noemt, of wat u onder GVO verstaat, is voor ons echter interessant om kennis van te nemen. Ook indien u twijfelt of iets wel of niet tot GVO gerekend dient te worden, noemt u die activiteiten dan wel bij de beantwoording van deze enquête.

GVO-CONSULENT, GVO-ER, GVO-FUNCTIONARIS, GVO-MEDEWERKER

Deze begrippen worden vaak door elkaar gebruikt. Bedoeld wordt een persoon wiens takenpakket (practisch) uitsluitend uit GVO bestaat.

GROEPSGERICHTE GVO

GVO die wordt gericht op een groep of risicogroep uit de bevolking en niet direct is gekoppeld is aan het individuele contact (er kunnen wel contacten uit voortkomen).

Voorbeelden van groepsgerichte GVO zijn: klassikale voorlichting, voorlichting op ouderavonden, voorlichting in een jongerencentrum over geslachtsziekten, voorlichting aan buitenlandse moeders over voeding, cursussen reanimatie voor vereningen of bedrijven, informatie-telefoon over geslachtsziekten, voorlichting via de regionale pers of radio gericht op speciale doelgroepen, etc.

PROJECTMATIGE GVO

GVO in het kader van een bepaald project of thema. Dat kan een project/thema zijn van korte duur of van meerdere jaren.

Voorbeelden zijn onder meer: project seksuele voorlichting op middelbare scholen, een project TGVO op het basisonderwijs, een voedingsproject, een bejaardenproject, etc.

* zie voor een uitvoerige toelichting op deze en andere begrippen op het terrein van de GVO, de nota: 'Ontwikkeling van GVO bij basisgezondheidsdiensten' van de Vereniging Directeuren van Basisgezondheidsdiensten (VDB).

S.V.P. AANKRUISEN WAT VAN TOEPASSING IS.

-3-

1. Maakt GVO deel uit van het werk van de JGZ tijdens de individuele contacten?

ja, een belangrijk deel ()
ja, vaak wel ()
ja, soms ()
nee, praktisch nooit ()

2. Wordt er door de JGZ schriftelijk GVO gegeven?

vaak ()
soms ()
nooit ()

3. Op welke wijze wordt schriftelijk GVO gegeven?

verspreiden folders ()
publiceren in (school)kranten e.d. ()
nog anders, namelijk:
.....

4. Wordt er door de JGZ groepsgewijs* GVO gegeven?
(*zie toelichting)

ja, bijna dagelijks ()
ja, wekelijks ()
ja, maandelijks ()
ja, een paar maal per jaar ()
nee, praktisch nooit ()

5. Wilt u hieronder aangeven welke groepen dat in de laatste 12 maanden waren?

groepen:

6. Wordt er door de JGZ projectmatig/thematisch* aan GVO gewerkt?
(* zie toelichting)

ja ()
nee ()

7. Wilt u hieronder kort aangeven aan welke projecten/thema's u de laatste 12 maanden hebt gewerkt?

projecten/thema's:

8. Heeft de JGZ bij de uitvoering van uw GVO-activiteiten behoefte aan ondersteuning door gespecialiseerde GVO-ers?

altijd ()
 vaak ()
 soms ()
 nooit ()

9. Krijgt de JGZ ten behoeve van uw GVO-activiteiten ondersteuning van GVO-ers?

ja, van GVO-ers binnen de eigen dienst ()
 ja, van GVO-ers buiten de eigen dienst ()
 nee ()
 niet van toepassing/weet niet ()

10. Indien de JGZ ondersteuning krijgt van GVO-ers buiten de eigen dienst, vanuit welke instellingen gebeurt dat?

instelling(en):

11. Zowel voor ondersteuning van binnen als van buiten de eigen dienst; ervaart u de ondersteuning door GVO-ers op de volgende terreinen momenteel als voldoende of onvoldoende?

Mogelijke ondersteuningsactiviteiten door GVO-ers	vol- doende	twij- fel	onvol- doende	weet niet/ niet van toepassing
beleidsontwikkeling en -adviesing GVO	()	()	()	()
consultatie/adviesing	()	()	()	()
deskundigheidsbevordering	()	()	()	()
GVO project/activiteit ontwikkeling	()	()	()	()
GVO project/activiteit uitvoering	()	()	()	()
evaluatie/verslaglegging/onderzoek	()	()	()	()
uitleen/levering voorlichtingsmateriaal	()	()	()	()
documentatie en informatie	()	()	()	()
administratieve ondersteuning	()	()	()	()
anders, namelijk:	()	()	()	()
.	()	()	()	()
.	()	()	()	()

12. Bestaan er bij de JGZ plannen om in de toekomst meer/minder/anders aan GVO te gaan werken?

ja, meer ()
ja, minder ()
ja, anders ()
nee ()

13. Wilt u hieronder door middel van het geven van trefwoorden iets over de inhoud van de plannen vermelden, of eventuele relevante stukken (nota's, jaarverslagen e.d.) als bijlage toevoegen aan de enquête?

plannen:

Bijlage 4.

Onderdeel 6

GVO

Korte toelichting bij de schriftelijke enquête van het onderzoek
"GVO BIJ BASISGEZONDHEIDSDIENSTEN".

Onderdeel GVO

Het Nederlands Instituut voor Preventieve Gezondheidszorg, NIPG - TNO
voert in opdracht van het ministerie van WVC een onderzoek uit naar
"GVO bij basisgezondheidsdiensten".

Het onderzoek is opgezet en ontwikkeld in overleg met de commissie GVO
van de Vereniging van Directeuren Basisgezondheidsdiensten.

Het onderzoek omvat onder meer een schriftelijke enquête bij alle
basisgezondheidsdiensten en mondelinge interviews met de zogeheten
GVO-ers of GVO-consultanten.

Per afdeling/functie van de dienst worden enkele vragen gesteld over
de GVO-situatie, waarbij wij geprobeerd hebben het aantal vragen zo
beperkt mogelijk te houden.

Onderdeel 6 - gericht op de GVO-medewerkers van de basisgezondheids-
diensten - bestaat uit 2 delen, namelijk:

6a. Enkele vragen per GVO-medewerker van de basisgezondheidsdienst en
- indien er een aparte afdeling GVO is - de andere medewerkers van
de afdeling GVO. Hieronder worden eveneens verstaan medewerkers
die de documentatie en het secretariaat verzorgen. Criterium is
het verbonden zijn aan een afdeling GVO.

6b. Enkele vragen aan de GVO-medewerkers van de basisgezondheidsdienst
gezamenlijk c.q. de afdeling GVO in haar totaliteit.

Wij verzoeken u vriendelijk aan de enquête mee te werken en de bij-
gevoegde vragen in te vullen.

De distributie en retourzending van de afzonderlijke onderdelen van
de enquête lopen via de directie van de dienst.

Dus graag na invulling retour naar de directie.

INDIEN U TEN AANZIEN VAN DE INVULLING VAN DE VRAGENLIJST OF WAT BETREFT
DE OPZET EN UITVOERING VAN HET ONDERZOEK VRAGEN OF OPMERKINGEN HEBT,
NEEMT U DAN CONTACT OP MET EEN VAN DE ONDERZOEKERS:

drs. W.T.M. Ooijendijk, socioloog, projectleider
H.P.A. van de Water, sociaal geneeskundige
M.J.T. Schlatmann, projectmedewerkster
p/a NIPG - TNO
tel. 071 - 170441

Toelichting bij enkele in de enquête gebruikte begrippen.

GEZONDHEIDSVORLICHTING EN -OPVOEDING - GVO

Ten behoeve van het onderzoek gaan wij wat betreft het begrip GVO uit van een brede werkdefinitie.

Alles wat u GVO noemt, of wat u eronder verstaat is voor ons interessant om kennis van te nemen. Ook indien u twijfelt of iets wel of niet tot GVO gerekend moet worden, noemt u die activiteiten dan wel in deze enquête.

GVO-CONSULENT, GVO-ER, GVO-FUNCTIONARIS, GVO-MEDERWERKER

Deze begrippen worden vaak door elkaar gebruikt. Bedoeld wordt een persoon wiens takenpakket (practisch) uitsluitend uit GVO bestaat.

GROEPSGERICHTE GVO

GVO die wordt gegeven aan een groep en niet direct gekoppeld is aan het individuele contact (er kunnen wel contacten uit voortkomen). Voorbeelden zijn: klassikale voorlichting, voorlichting op ouderavonden, voorlichting in een jongeren centrum over bijvoorbeeld geslachtsziekten, voorlichting aan groepen buitenlandse moeders over voeding, cursussen reanimatie voor verenigingen of bedrijven etc. etc.

PROJECTMATIGE GVO

GVO in het kader van een bepaald project of thema. Dat kan een project/thema zijn van korte duur of van meerdere jaren.

Voorbeelden zijn onder meer: project sexuele voorlichting op middelbare scholen, een project TGVO op het basisonderwijs, een voedingsproject, een bejaardenproject etc. etc.

GVO - medewerkers
(per medewerker 1 lijst)

1. Naam:
2. Leeftijd: jaar
3. Geslacht: man / vrouw
4. Werkzaam in GVO veld sinds: 19 . . (noem jaartal)
5. Jaartal van indiensttreding bij deze dienst: 19 . . (noem jaartal)
6. Hoeveel uur per week omvat uw dienstverband: uur
(1 volledige werkweek = 40 uur)
7. Opleiding:
(alleen de laatst genoten opleiding)
8. Gevolgde cursussen en dergelijke relevant voor de GVO

cursussen e.d.:

9. Aan wie binnen de dienst bent u verantwoording schuldig?

.
.

10. Welke van de volgende werkzaamheden voert u uit?

- | | |
|---|-----|
| a. Inventariseren van de potentiële behoeften aan GVO | () |
| b. Opzetten van een plan voor GVO-activiteiten | () |
| c. Uitvoering van GVO-activiteiten | () |
| d. Ondersteuning van uitvoering GVO-activiteiten | () |
| e. Evaluatie van GVO-activiteiten | () |
| f. Deskundigheidsbevordering van werkers op het grondvlak | () |
| g. Beleidsontwikkeling/beleidsadvisering | () |
| h. Onderzoek | |
| i. Nog anders, nl. | |
| | |

GVO - afdeling
GVO - gezamenlijk

I. Zijn er in de regio waarin u werkzaam bent (ook) andere instellingen die gestructureerd en gesystematiseerd aan GVO werken en hiervoor GVO-ers in dienst hebben?

ja ()
nee () → } door naar II
onbekend () → }

Wilt u hieronder weergeven welke instellingen dit betreft en daarbij aangeven in welke mate er met deze instellingen:

- informatie uitwisseling bestaat
- overleg plaats vindt
- werkafspraken bestaan
- gezamenlijke projecten worden uitgevoerd?

(alléén invullen voor instellingen die GVO-ers in dienst hebben)

	andere instellingen		informatie uitwisseling			overleg			werkafspraken			projecten		
	ja	nee	-	±	+	-	±	+	-	±	+	-	±	+
Regionale samenwerkingsverbanden GVO														
Kruiswerk														
RIAGG														
CAD														
School Advies Dienst														
Gemeente														
Anders, nl.:														
.														
.														

- = nooit/geen ± = incidenteel/partieel + = vaak/volledig

II. Hieronder volgen 4 indelingen volgens welke het werk van GVO - medewerkers ingedeeld kan worden.

Kunt u per indeling weergeven - in procenten van de beschikbare tijd - hoe de tijdsbesteding van de GVO - afdeling er globaal gesproken uitziet.

Neem de laatste 12 maanden als uitgangspunt.

A. Als eerste indeling is gekozen voor de 5 functies die omschreven zijn in de nota "Ontwikkeling van GVO bij basisgezondheidsdiensten" d.d. februari 1984.

Interne GVO - GVO activiteiten gericht op de medewerkers van de eigen dienst	%
Externe GVO - GVO activiteiten gericht op werkers van organisaties buiten de eigen dienst of groepen uit de bevolking	%
Beleidsadvisering - het inbouwen van GVO elementen in de beleidsadvisering van de dienst	%
Beleidsonderbouwend onderzoek - het uitvoeren van onderzoek ten behoeve van GVO activiteiten	%
Samenwerking en afstemming - het inhoudelijk en/of geografisch op elkaar afstemmen van GVO activiteiten . .	%
Anders, namelijk	%
.	%
Totaal	100 %

- B. Indeling B is gebaseerd op de aard van de gebruikelijke te onderscheiden ondersteunende en uitvoerende activiteiten (totaal 100%)

beleidsontwikkeling en beleidsadvisering GVO	%
consultatie/advisering	%
deskundigheidsbevordering	%
GVO project/activiteit ontwikkeling	%
GVO project/activiteit uitvoering	%
evaluatie/verslaglegging/onderzoek	%
uitleen/levering voorlichtingsmateriaal	%
documentatie en informatie	%
administratieve ondersteuning	%
anders, namelijk	%
totaal	100 %

- C. In indeling C vragen wij u uw activiteiten toe te delen naar de eigen afdelingen/functies van de dienst. Stel hierbij het totaal aan interne GVO op 100%.

jeugdgezondheidszorg	%
schooltandverzorging	%
bedrijfsgezondheidszorg	%
algemene gezondheidszorg	%
geestelijke gezondheidszorg	%
ambulancevervoer	%
anders, namelijk	%
totaal interne GVO	100 %

- D. In deze 4e indeling vragen wij u uw externe GVO activiteiten toe te delen naar de daarvoor in aanmerking komende categorieën.
Stel hierbij het totaal van uw externe GVO activiteiten op 100%.

gezondheidszorg, eerste lijn (huisarts, wijkverpleegkundige, e.d.)	%
gezondheidszorg, tweede lijn (ziekenhuis, verpleeghuis, e.d.)	%
gezondheidszorg, overige (t.b.c. bureaus, bureaus medische sportkeuring, e.d.)	%
welzijnszorg, maatschappelijke dienstverlening	%
onderwijs, schoolbegeleidingsdiensten	%
gemeenten	%
zelfhulp- en patiëntengroepen	%
anders, namelijk	%
.	%
.	%
totaal externe GVO	100 %

Bijlage 5.

Lijst met gespreksonderwerpen voor het mondelinge interview met GVO functionarissen ten behoeve van het onderzoek;

GVO BIJ BASISGEZONDHEIDSDIENSTEN.

Korte historische schets van de GVO functie

- redenen start GVO
- initiatiefnemers
- eerste activiteiten

Personeelsformatie en taakomschrijvingen

- hoofdtaken GVO functionarissen (zo mogelijk copie taakomschrijving)
- door wie geformuleerd
- ervaringen met taakomschrijving

Organisatie en bestuurlijke vormgeving

- schets organisatie-structuur BAGD, toegespitst op GVO
- begeleidingscommissie(s)
- werkgroepen
- werkgebied van de BAGD en de GVO

Interne GVO (vragen o.m. aan de hand van de schriftelijke enquête)

- GVO activiteiten JGZ en ondersteuning GVO
- GVO activiteiten BGZ en ondersteuning GVO
- GVO activiteiten AGZ en ondersteuning GVO
- GVO activiteiten AMB en ondersteuning GVO
- in de dienst ontwikkeld GVO materiaal
- plannen en knelpunten op deze terreinen

Externe GVO (vragen o.m. aan de hand van de schriftelijke enquête)

- belangrijkste externe contacten en activiteiten van de laatste 3 jaar
- plannen en knelpunten

Samenwerking en afstemming (vragen o.m. aan de hand van de schriftelijke enquête)

- belangrijkste samenwerkingsrelaties met andere GVO-ers
- belangrijkste samenwerkingsrelaties algemeen
- activiteiten ter stimulering samenwerking anderen
- plannen en knelpunten

Onderzoek

- onderzoeksactiviteiten laatste 3 jaar (behoeftepeilingen, inventarisaties, evaluaties e.d., ook indien meegewerkt aan onderzoek van anderen)
- eventuele samenwerkingsrelaties op dit terrein
- plannen en knelpunten

Beleidsadvisering

- beleidsadviezen van de laatste 3 jaar, aan wie, onderwerp
- plannen en knelpunten

Kwaliteitsbevordering

- activiteiten ten behoeve van de uitvoerders in de BAGD
- eigen activiteiten
- plannen en knelpunten

Financiën

- kosten GVO in 1981, 1982, 1983, 1984, gespecificeerd naar personeel, overhead, overige (afgerond op f1000,-)
- opbrengsten GVO 1981, 1982, 1983, 1984 (subsidies e.d.) (afgerond op f1000,-)
- budget ten behoeve van de GVO

Faciliteiten

- aanwezige en noodzakelijke faciliteiten voor de uitvoering van de GVO functie

Afsluiting

- visie op de huidige structuur van de GVO in Nederland
- houding ten opzichte van samenwerkingsverbanden
- mogelijke plannen voor wijziging van bestaande organisatie-structuur
- wat verder aan de orde komt.

Totale duur van het gesprek ± 2uur.

Van relevante stukken zoals jaarverslagen, taakomschrijvingen, nota's over GVO, rapporten e.d. zouden wij graag een exemplaar willen meenemen. Wellicht kunt U daar rekening mee houden.

Bijlage 6. Personeel 1982 en 1983

Aantal bezette arbeidsplaatsen per ultimo 1979, 1980, 1981, 1982 en 1983 naar discipline in full-time functieplaatsen

	1979	1980	1981	1982	1983
1. medici					
1.1 specialisten	76,5	76,1	84,1	78,3	55,6
1.2 sociaal-geneeskundigen	198,6	205,5	208,7	225,7	225,9
1.3 overige geneeskundigen	440,0	458,0	427,7	475,6	443,6
2. tandartsen	20,9	20,4	17,6	16,8	14,3
3. overige academici	114,7	122,1	136,1	143,0	118,2
4. paramedisch personeel en medisch hulppersoneel					
4.1 verpleegkundigen	1163,7	1230,4	1264,4	1258,0	1196,6
4.2 overig	607,1	660,7	672,9	689,7	640,8
5. maatschappelijk werkenden	122,8	113,2	116,6	129,2	85,7
6. ander personeel					
6.1 administratief personeel	985,4	1032,4	1079,4	1081,0	1015,9
6.2 huishoudelijk personeel	124,0	133,1	124,9	138,2	115,5
6.3 ambulance personeel	489,5	485,7	480,4	401,3	394,8
6.4 overig	269,9	246,5	255,6	221,1	233,8
7. personeel niet in loondienst	24,3	41,2	51,0	131,4	82,4
totaal	4637,4	4798,3	4964,4	4989,3	4623,1

Bijlage 7.

- 1 -

Regionaal GVO-samenwerkingsverband

A. In de regio van het GVO-samenwerkingsverband zijn
basisgezondheidsdiensten werkzaam, te weten:

-

-

Beide basisgezondheidsdiensten participeren in het samenwerkings-
verband.

A1. Zijn bovenstaande gegevens juist?

A2. Is/zijn de basisgezondheidsdienst(en) nog op andere wijze bestuur-
lijk betrokken bij het samenwerkingsverband GVO?

B. Indien in het werkgebied van het samenwerkingsverband meerdere
basisgezondheidsdiensten werkzaam zijn, worden de B-vragen per
basisgezondheidsdienst gevraagd.

B1. Is het samenwerkingsverband betrokken bij de GVO van basisgezond-
heidsdienst x?

B2. Op welke terreinen van de basisgezondheidsdienst x is het samenwer-
kingsverband betrokken?

(Denk hierbij aan jeugdgezondheidszorg, bedrijfsgezondheidszorg,
algemene gezondheidszorg, ambulancevervoer e.d.).

B3. Wat is de aard van die betrokkenheid met de GVO van dienst x?

(Denk hierbij aan samenwerkingsrelaties en ondersteuning bij:

- beleidsontwikkeling en -advisering,
- consultatie,
- deskundigheidsbevordering,
- GVO project ontwikkeling,
- GVO project uitvoering,
- evaluatie,
- uitleen voorlichtingsmateriaal,
- documentatie en informatie,
- administratieve ondersteuning,
- nog anders.

B4. Kunt U schatten hoeveel beslag de activiteiten voor dienst x op de tijd van het samenwerkingsverband legt?

B5. Bent U van mening dat basisgezondheidsdienst x voldoende gebruik maakt van de mogelijkheden van het samenwerkingsverband?
Beargumenteer Uw antwoord.

C. Algemene afsluitende vragen.

C1. Bent U van mening dat basisgezondheidsdiensten bij voorkeur ook eigen GVO-functionarissen in dienst zouden moeten hebben?
Beargumenteer Uw antwoord.

C2. Hoe ziet U de afbakening van Uw taken naar die van GVO-functionarissen bij basisgezondheidsdiensten?

HUISDRUKKERIJ NIPG-TNO