

## Strategische doorlichting CGL – Definitief rapport

*Het CGL,*

*van samenwerkingsverband en netwerkorganisatie,*

*naar RIVM-centrum dat netwerken activeert en daarin participeert*

**MMG Advies BV**

Auteurs

Ir. P. (Paul) Kerkhoven MBA

Drs. J.P. (Jean-Paul) de Poorter MPM CMC

Bezoekadres

Koninginnegracht 7

2514 AE DEN HAAG

Correspondentieadres

Postbus 85922

2508 CP DEN HAAG

Telefoon / fax

070-3560489 / 070-3638866

Internet / e-mail

[www.mmgadvies.nl](http://www.mmgadvies.nl) / [mmg@mmgadvies.nl](mailto:mmg@mmgadvies.nl)

## Inhoud

<b>1. Probleemstelling</b>	<b>1</b>
1.1 Het Centrum Gezond Leven	1
1.2 Vraagstelling en opdracht	5
<b>2. Externe analyse CGL</b>	<b>8</b>
2.1 Het primaire overheidsproces van gezondheidsbevordering	8
2.2 Het voorwaardenscheppende overheidsproces van gezondheidsbevordering	9
2.3 Ontwikkelingen en trends	10
2.3.1 Gemeenten willen een goed loket en ruimte om hun verantwoordelijkheid te nemen	10
2.3.2 Gemeenten willen implementatiekennis en -ondersteuning	11
2.3.3 Het belang van lange termijn focus, een consistente lijn en rust	12
2.3.4 Toenemende diversificatie in de aanbieders van leefstijlinterventies	12
2.3.5 Het in toenemende mate bij elkaar komen van ontwikkeling en toepassing	13
2.4 Kansen, bedreigingen en kritische succesfactoren CGL	13
2.4.1 Kansen	13
2.4.2 Bedreigingen	14
2.4.3 Kritische succesfactoren CGL	18
<b>3. Interne analyse CGL</b>	<b>20</b>
3.1 Beschrijving huidige organisatie CGL	20
3.1.1 Strategie	20
3.1.2 Organisatie- en overlegstructuren	20
3.1.3 Activiteiten	23
3.1.4 Stijl en staf	25
3.2 Relatieve sterkten en zwakten huidige organisatie CGL	26
3.2.1 Relatieve sterkten	26
3.2.2 Relatieve zwakten	28

<b>4. Conclusie, eisen aan de organisatie en strategische opties CGL</b>	<b>31</b>
4.1 Conclusie externe en interne analyse	31
4.2 Eisen aan de organisatie	33
4.2.1 <i>Eisen aan de organisatorische vormgeving van het CGL</i>	33
4.2.2 <i>Eisen aan de organisatorische inbedding van het CGL (overlegstructuren)</i>	34
4.2.3 <i>Overige eisen</i>	34
4.3 Strategische opties organisatorische vormgeving en inbedding CGL	34
4.3.1 <i>De relatie met en de regie ten aanzien van de lokale uitvoeringspraktijk / vraagzijde</i>	35
4.3.2 <i>De relatie met en de regie ten aanzien van de aanbieders van interventies</i>	37
4.3.3 <i>De inbedding van het CGL op rijksniveau</i>	42
4.4 Samenvatting	43
4.5 Aandachtspunten vervolgtraject	45

---

**Bijlage 1 – Documentatie**

**Bijlage 2 – Gesprekspartners en informanten**

## 1. Probleemstelling

### 1.1 Het Centrum Gezond Leven

In zijn jaarrapport 2005 constateerde de Inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ) onder andere dat er veel versnippering is binnen het veld van de gezondheidsbevorderende instellingen (GBI's). De IGZ wees voorts op het onvoldoende op doelgroepen inzetten van wetenschappelijk bewezen preventiemethoden en gezondheidsbevorderende leefstijlinterventies. In de maatregelensfeer beval de IGZ de minister van VWS onder andere het inrichten van een Centrum voor Gezondheidsbevordering bij het RIVM aan, om tegemoet te komen aan de behoefte bij gemeenten en GGD'en aan effectieve interventies en aan ondersteuning bij de implementatie daarvan.

Nadat de minister van VWS de Tweede Kamer in december 2005 informeerde over het plan om binnen het RIVM een Centrum Gezond Leven (CGL) op te richten (brief van 16 december 2005), informeerde hij de Tweede Kamer bij brief van 7 juni 2006 nader over: (a) het kernprobleem op het terrein van gezondheidsbevordering, (b) de plaats en rol van het CGL en (c) randvoorwaarden voor een succesvol CGL.

#### Ad. (a) Kernprobleem gezondheidsbevordering

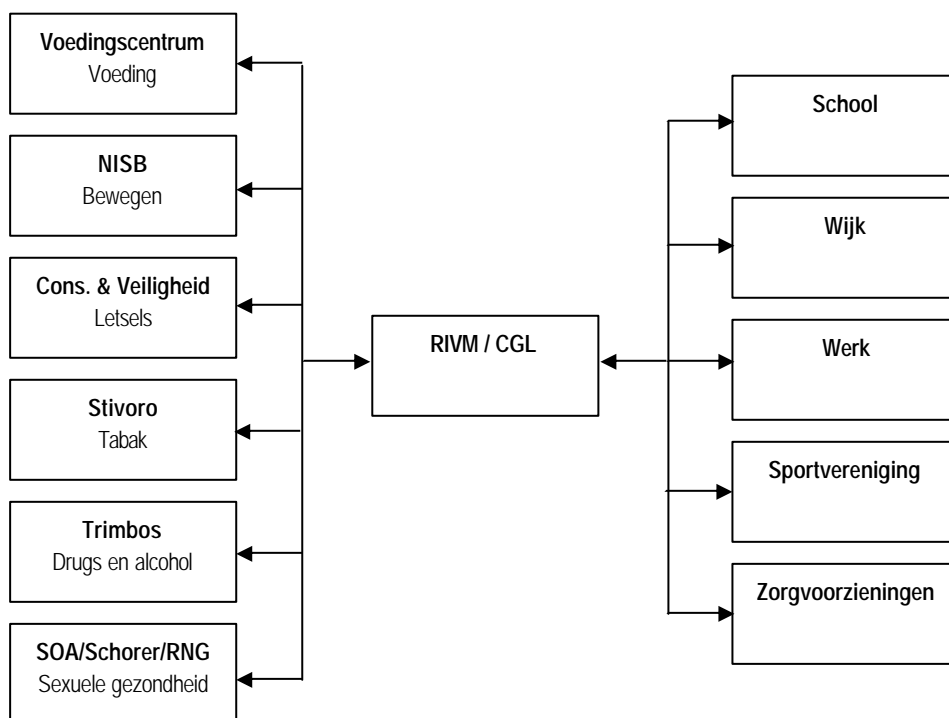
De minister van VWS benoemt onvoldoende regie en coördinatie op het terrein van de gezondheidsbevordering tot kernprobleem. Omdat pogingen in het verleden om te komen tot regie en coördinatie onvoldoende teweeg hebben gebracht, is het nodig dat VWS deze regie en coördinatie op zich neemt, aldus de minister. Hij is ten slotte verantwoordelijk voor het bevorderen van gezond leven. Regie en coördinatie door VWS moeten een einde maken aan drie soorten versnippering, te weten:

1. Versnippering aan de aanbodzijde: voor de gezondheidsbevorderende instellingen (GBI's) is het afstemmen van de leefstijlinterventies die zij aanbieden geen gewoonte, terwijl de gemeenten, GGD'en en professionals (vraagzijde) gecoördineerde en afgestemde (programma's van) leefstijlinterventies willen kunnen inzetten.
2. Versnippering aan de vraagzijde: op lokaal niveau kunnen gemeenten, GGD'en en professionals in de settings (wijk, school, bedrijf, zorg, sport) meer samenwerken en ervaringen over wat wel/niet werkt uitwisselen. Regie en coördinatie moeten er voorts voor zorgen dat gemeenten, GGD'en en professionals alleen nog kosteneffectieve, doelmatige en bewezen effectieve leefstijlinterventies inzetten en dat zij dat op de juiste manier doen.
3. Versnippering tussen vraag en aanbod: gemeenten, GGD'en en professionals worden overstelpt met producten van GBI's en zien door de bomen het bos niet meer. De GBI's moeten leefstijlinterventies ontwikkelen waar gemeenten, GGD'en en professionals gezien hun lokale preventiebeleid behoefte aan hebben.

Ad. (b) Plaats, rol en centrale taak CGL

Voor het voeren van de onder ad. (a) genoemde regie en coördinatie door VWS wordt bij het RIVM het CGL opgericht. De minister van VWS plaatst het CGL bij het RIVM vanwege de materie-deskundigheid, en ook vanwege het feit dat het RIVM een agentschap is van VWS, waardoor de politieke verantwoordelijkheid van de minister van VWS is gewaarborgd.

De kerntaak van het CGL is zorgen voor betere samenwerking en afstemming tussen het lokale niveau (gemeenten, GGD'en, professionals) en de GBI's. Het CGL houdt zich volgens de minister in dit verband vooral bezig met het programmeren van de toepassing van door de GBI's ontwikkelde gedragsbeïnvloedende instrumenten (leefstijlinterventies), op basis van de lokale behoefte (lokaal preventiebeleid) enerzijds en landelijk vastgestelde prioriteiten uit de Preventienota anderzijds. Het CGL heeft als centrale taak het doen uitvoeren van deskundige, doelmatige, effectieve en slagvaardige gezond levenprogramma's via de scholen, in de wijken, op de werkplekken, in de sportverenigingen en via de zorgvoorzieningen (settings). Het CGL fungeert hiertoe als vraaggestuurd loket met kruisverkoop: het inventariseert de lokale behoeften en 'verkoopt' deze aan de GBI's ten behoeve van gerichte interventieontwikkeling; andersom 'verkoopt' het CGL de gericht ontwikkelde interventies aan het lokale niveau (gemeenten, GGD'en, professionals in de settings). In een presentatie voor een overleg op 6 februari 2006 van de DG RIVM en het DGV van het ministerie van VWS is dit als volgt schematisch weergegeven (zie figuur 1.1).



*Figuur 1.1: Het CGL volgens VWS: spil tussen interventieontwikkeling en interventietoepassing*

Om voornoemde centrale taak te kunnen vervullen en om te kunnen fungeren als vraaggestuurd loket met kruisverkoop moet het CGL volgens VWS:

- Goed luisteren naar de lokale behoeften en op grond hiervan, in afstemming met ZonMw, samenhangende leefstijlinterventies laten ontwikkelen door de GBI's (vraaggestuurde interventieontwikkeling vanuit de settings, zodat de interventies klantgerichter worden).
- Een kwaliteitstoets ontwikkelen voor methoden / leefstijlinterventies ('goede praktijken') die de vraagzijde/toepassers zekerheid geeft en de aanbodzijde dwingt op de kwaliteit van hun producten te letten.
- Informatie geven over leefstijlinterventies, de kwaliteit en kosteneffectiviteit daarvan en ook over de randvoorwaarden om de interventies succesvol in te zetten.
- Voorstellen doen voor samenhangende settinggerichte interventieprogramma's en daarvoor draagvlak organiseren.

#### Ad. (c) Randvoorwaarden voor een succesvol CGL

##### 1. Duidelijke functie- of rolverdeling

Een duidelijke functie- of rolverdeling tussen betrokken partijen noemt de minister als eerste succesfactor. Hij schetst zijn visie hierop met de metafoor van de handels- en productieketen bestaande uit de schakels 'gebruiker', 'detailhandel', 'groothandel' en 'producent':

- Gebruiker: lokale professionals in 'de settings' (de huisarts in de wijk, leerkrachten op school, medewerkers van thuiszorgorganisaties e.d.) gebruiken leefstijlinterventies c.q. passen deze toe op hun doelgroep.
- Detailhandel: GGD'en hebben leefstijlinterventies voor de gebruikers op de plank liggen en bevorderen de afname en toepassing daarvan.
- Groothandel: Het CGL fungeert als groothandel waar GGD'en op kwaliteit getoetste leefstijlinterventies kunnen betrekken. GGD'en kunnen het CGL uiteraard ook verzoeken bepaalde nieuwe producten te zoeken of te (laten) ontwikkelen.
- Producent: De GBI's produceren in opdracht van ZonMw en op basis van de eigen visie/ambitie leefstijlinterventies. ZonMw programmeert onderzoek en interventieontwikkeling op verzoek van VWS en in afstemming met het CGL.

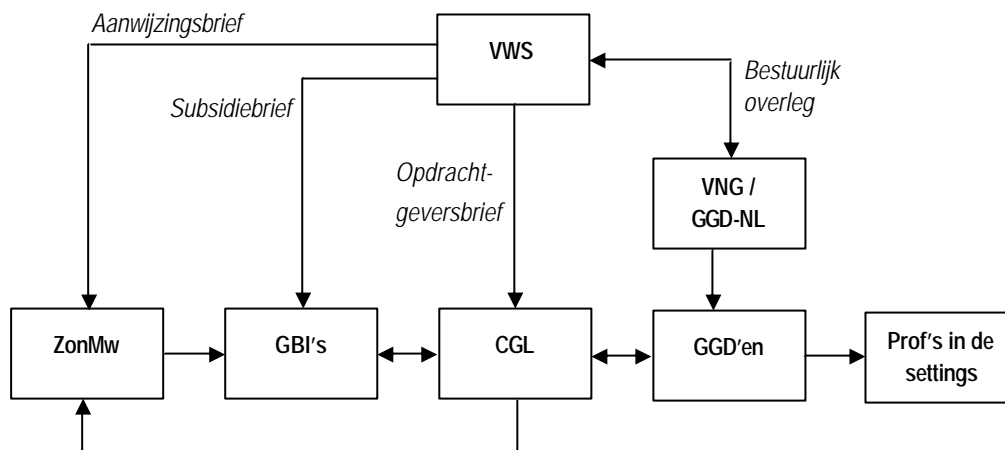
##### 2. Lokale ondersteuning in de vorm van advies, opleiding en training

Als tweede succesfactor noemt de minister het, gestimuleerd door het CGL, van de grond krijgen van ondersteuning (advies, opleiding en training) voor lokale professionals die leefstijlinterventies op doelgroepen toepassen.

##### 3. Niet vrijblijvende samenwerking

Een derde succesfactor is samenwerking tussen alle betrokken partijen, welke samenwerking niet vrijblijvend kan zijn. De minister geeft in dit verband aan dat hij via de subsidievoorwaarden een beroep zal doen op de GBI's om het CGL te helpen opbouwen door menskracht te leveren

('trekkingsrechten' CGL op GBI's à 1 fte per GBI) en kennis te delen. VWS-sturing op het geheel vindt verder plaats via ZonMw (aanwijzingsbrief), RIVM (opdrachtgeversbrief) en – bestuurlijk – via de VNG en GGD-NL, aldus VWS. Figuur 1.2 biedt van het zojuist geschetste een schematische weergave.



Figuur 1.2: Niet vrijblijvende samenwerking als gevolg van VWS-sturing

In de recente Preventievisie van de minister van VWS namens het kabinet (Gezond zijn, gezond blijven, september 2007) zijn ten opzichte van het voorgaande geen wezenlijke veranderingen doorgevoerd wat betreft de plaats, rol en centrale taak van het CGL, noch wat betreft de randvoorwaarden voor een succesvol CGL. In de Preventievisie wordt wel het belang van het lokale schaalniveau voor het daadwerkelijk bereiken van gedragsverandering bij doelgroepen duidelijker onderstreept. De minister van VWS ziet graag dat gemeenten hun verantwoordelijkheid voor lokaal gezondheidsbeleid met kracht oppakken en doorzetten, binnen hun wettelijke taken (bijvoorbeeld via de vierjaarlijkse nota's 'Lokaal gezondheidsbeleid'), maar ook op andere beleidsterreinen die met gezondheid te maken hebben. Juist op lokaal niveau kan naar samenwerking en het samengaan van belangen worden gezocht en gemeenten hebben daarbij een belangrijke regie- en aanjaagrol, aldus de minister.

Het CGL bij het RIVM is per 1 juni 2007 gestart, in lijn met de hiervoor beschreven visie van VWS. De werkzaamheden worden vooralsnog uitgevoerd in de volgende vier werkplaatsen, waarin zowel medewerkers van het CGL als van de GBI's en GGD'en zijn vertegenwoordigd:

1. Werkplaats Loket, gericht op het eind 2008 operationeel zijn van een database waarin alle in Nederland toegepaste leefstijlinterventies zijn opgenomen, inclusief ondersteunende informatie voor de lokale professional bij de voorbereiding en uitvoering van gezondheidsbevordering.
2. Werkplaats Certificeren van interventies, gericht op het ontwikkelen van een breed gedragen beoordelingssysteem dat gebruikers informatie biedt over de kwaliteit en effectiviteit van beschikbare interventies. Deze informatie helpt gebruikers een goede keuze te maken uit het aanbod en draagt eraan bij dat lokale professionals meer gebruik gaan maken van

effectieve interventies en beschikbare 'best practises'. Op [www.rivm.nl/gezondleven](http://www.rivm.nl/gezondleven) wordt een actueel overzicht gepresenteerd van interventies die met het ontwikkelde systeem zijn gecertificeerd.

3. Werkplaats Monitoren vraag en aanbod, gericht op het systematisch in kaart brengen van de vraag naar interventies, alsmede van de implementatiegraad en het bereik van interventieactiviteiten (welke interventies worden geïmplementeerd en met welk resultaat?).
4. Werkplaats Gezonde school, gericht op het beter voor GGD'en toepasbaar maken van de zogenoemde 'Gezonde school methode' en op het bevorderen van de verbinding tussen de onderwijssector en actoren uit de gezondheidsbevordering.

Naast de vier werkplaatsen coördineert het CGL de ontwikkeling, de verspreiding, het beheer, de evaluatie en de bijstelling van zogenoemde 'Handleidingen voor lokaal gezondheidsbeleid'.

## 1.2 Vraagstelling en opdracht

Op papier zijn de bedoeling van het CGL en het functioneren ervan te midden van de actoren uit de gezondheidsbevordering duidelijk (zie paragraaf 1.1). Sinds de start van het centrum medio 2007 loopt het CGL echter bij herhaling aan tegen het feit dat er bij betrokken actoren in de praktijk verschillende beelden en gevoelens leven over onder andere: de plaats, rol en centrale taak van het CGL, de functie of rol die deze actoren ten opzichte van het CGL geacht worden te vervullen, de manier waarop deze actoren zich tot het CGL verhouden (meesturen en meebeslissen of niet?) en het type regisseur of coördinator dat het CGL is. Dit maakt dat het CGL op dit moment niet optimaal, conform de bedoeling van VWS en de tussen VWS en RIVM gesloten opdracht, functioneert en kan functioneren. Dit maakt ook dat het voor het CGL lastig zo niet onmogelijk is om de betrokken actoren uit de gezondheidsbevordering thans tevreden te stellen.

Sinds de start van het centrum leren ervaringen en voortschrijdend inzicht (zie paragraaf 2.3) voorts dat de gezondheidsbevorderingssector op een aantal punten anders in elkaar zit en functioneert dan in de aanloop naar de oprichting en start van het CGL is verondersteld. Dit maakt dat medewerkers en leiding van het CGL in toenemende mate twijfelen of het CGL in de huidige positie, structuur en inbedding, zoals die met opdrachtgever VWS is ontwikkeld en geïnstrumenteerd, überhaupt conform de bedoeling en de opdracht van VWS kan functioneren.

Voornoemde praktijkervaringen en twijfels hebben het CGL aangezet tot het verrichten van een strategische doorlichting met het accent op de organisatie en met als belangrijkste vragen:

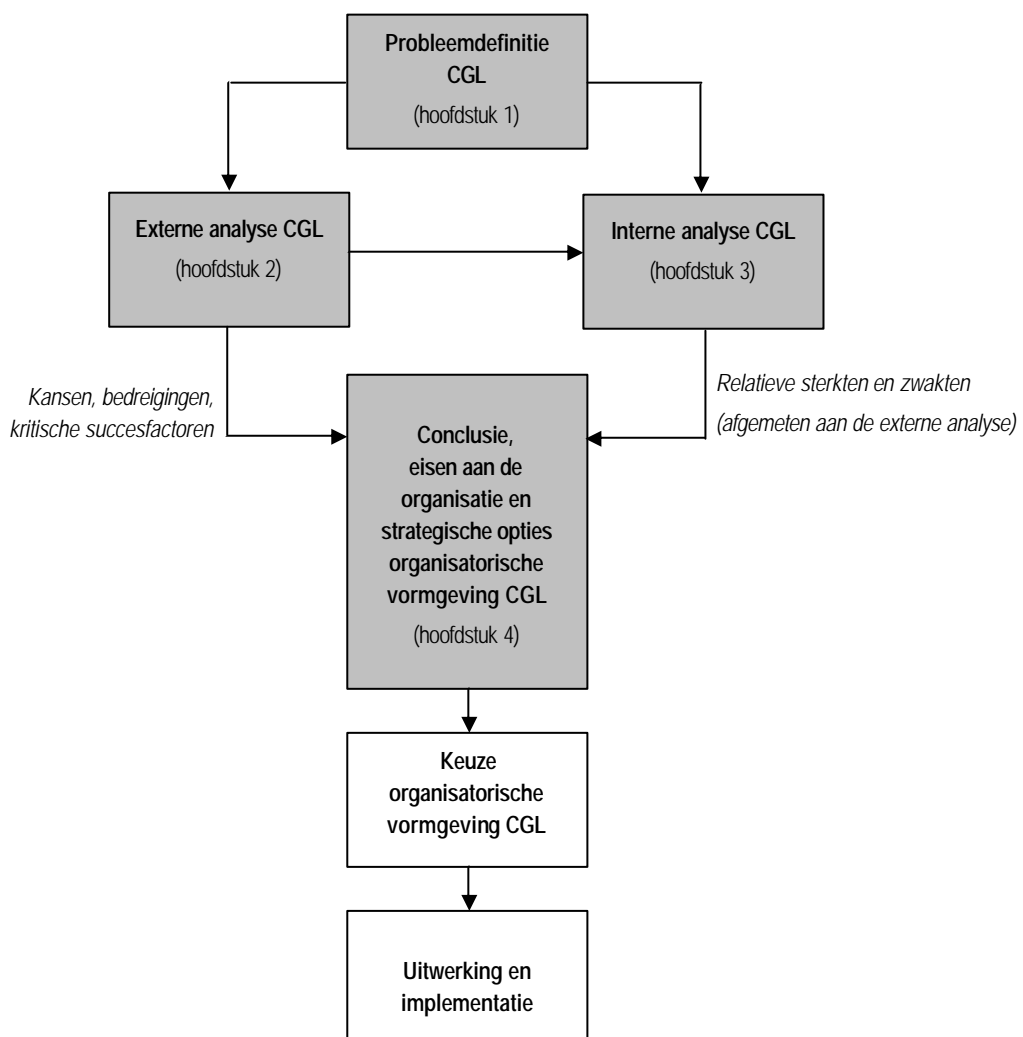
1. Waarom is er onduidelijkheid over de positie en rol van het CGL en waarom werkt het CGL niet geheel zoals bedoeld?
2. Onder welke condities zou het CGL beter kunnen functioneren?
3. Welke strategische opties voor de organisatorische vormgeving en inbedding van het CGL zijn er binnen de gestelde condities?

Deze vragen illustreren dat het CGL niet twijfelt aan het kernprobleem van de gezondheidsbevordering (versnippering aanbod, versnippering vraag, versnippering tussen vraag en aanbod), noch aan de regisserende en coördinerende functie die een CGL kan vervullen om dit probleem aan

te pakken. Het CGL wil alleen weten hoe het organisatorisch beter kan, zodat het CGL daarover gefundeerd overleg kan voeren met betrokken partijen – in eerste instantie opdrachtgever en ‘systeemverantwoordelijke’ WWS – en nieuwe adequate samenwerkingsafspraken kan maken.

Het CGL heeft MMG Advies BV opdracht gegeven om het CGL strategisch organisatorisch door te lichten, teneinde de hiervoor gestelde vragen te beantwoorden.

Ter uitvoering van de opdracht oriënteerde MMG zich op documenten (bijlage 1). MMG hield voorts een vijftal werksessies met leiding en medewerkers van het CGL en interviewde vertegenwoordigers van de bij gezondheidsbevordering betrokken partijen waarmee het CGL samenwerkt (zie bijlage 2). Deze rapportage van de bevindingen is gestructureerd volgens het model van de strategische analyse (Ansoff model). Dit is een model om systematisch na te denken over de vraag of een organisatie met haar handelen nog goed aansluit op haar omgeving, mogelijkheden voor verandering in beeld te brengen en hierover te besluiten. In figuur 1.3 is het Ansoff model weergegeven. De opdracht aan MMG en de inhoud van deze rapportage is beperkt tot de ingekleurde onderdelen van figuur 1.3.



*Figuur 1.3: Structuur rapportage*

## 2. Externe analyse CGL

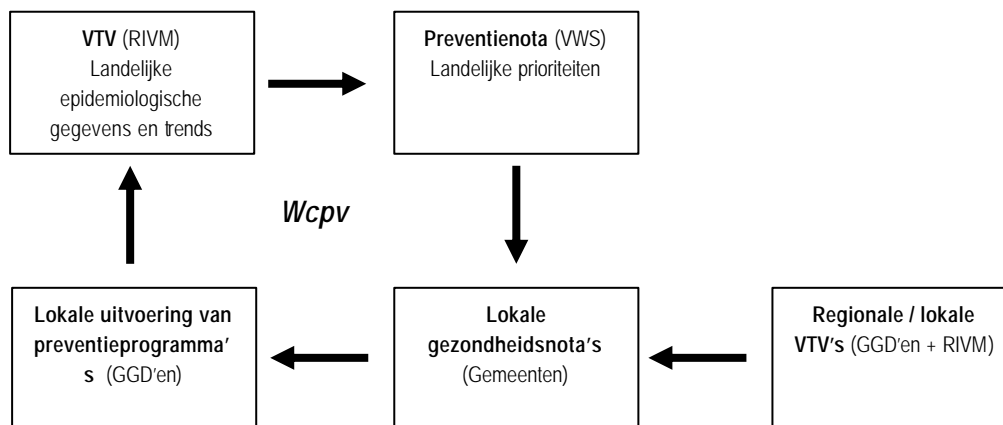
### 2.1 Het primaire overheidsproces van gezondheidsbevordering

Binnen de Nederlandse overheid zijn de gemeenten primair verantwoordelijk voor de openbare gezondheidszorg (OGZ). Voor de uitvoering van hun OGZ-taken houden gemeenten, al dan niet gezamenlijk, een GGD in stand. Gezondheidsbevordering is een onderdeel van de OGZ<sup>1</sup>. In de Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv) is vastgelegd dat de gemeenten lokaal gezondheidsbevorderingsbeleid maken en uitvoeren. Landelijke prioriteiten uit de Preventienota van de minister van VWS zijn daarbij mede richtinggevend.

De Wcpv kent voor wat betreft gezondheidsbevordering een vierjaarlijkse cyclus die bestaat uit:

- Het vierjaarlijks door het RIVM opstellen van de Volksgezondheid Toekomstverkenningen (VTV) met landelijke epidemiologische gegevens en landelijk te verwachten trends.
- Het vierjaarlijks door de minister van VWS presenteren van een Preventienota met op de VTV gebaseerde landelijke prioriteiten.
- Het vierjaarlijks door de gemeenten en hun GGD'en opstellen van lokale gezondheidsnota's, waarvoor de landelijke prioriteiten richtinggevend zijn en die verder (kunnen) zijn gebaseerd op regionale of lokale VTV's van GGD'en en het RIVM.
- Het (gecoördineerd) door GGD'en uitvoeren van de lokale gezondheidsnota's door het implementeren van (programma's van) gezondheidsbevorderende leefstijlinterventies (preventieprogramma's).

De preventiecyclus van de Wcpv is schematisch weergegeven in figuur 2.1.



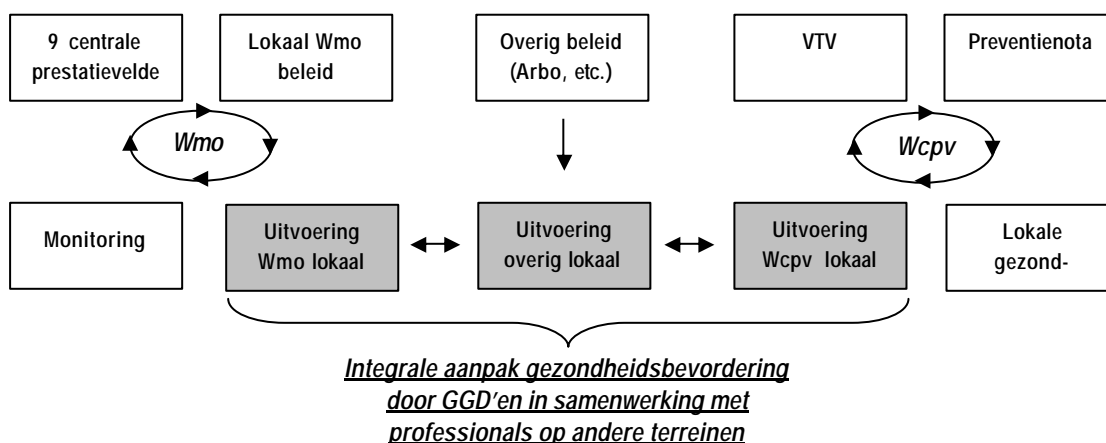
Figuur 2.1: De preventiecyclus van de Wcpv

<sup>1</sup> Andere onderdelen van de OGZ zijn: infectieziektenbestrijding, medische milieukunde, jeugdgezondheidszorg, technische hygiënezorg, crisishulpverlening / openbare veiligheid, openbare geestelijke gezondheidszorg en forensische geneeskunde.

Naast de Wcpv kunnen gemeenten aan gezondheidsbevordering doen in het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Gemeenten en lokale partners (te denken aan bijvoorbeeld sportverenigingen, bejaardentehuizen, GGZ-instellingen, et cetera) maken lokaal Wmo-beleid en een daarvan afgeleid programma dat zij tezamen uitvoeren. Initiatieven op het vlak van gezondheidsbevordering kunnen hiervan een onderdeel zijn.

Naast gezondheidsbevordering in het kader van de Wcpv en de Wmo groeit het inzicht dat een integrale aanpak belangrijk is om daadwerkelijk stappen voorwaarts te maken. Een integrale aanpak betekent dat leefstijlinterventies breder ingebed worden in een maatregelenpakket dat de (determinanten van) gezondheid benadert vanuit zogenoemde settings, zoals de gezonde school, de gezonde wijk, de gezonde werkplek, de gezonde zorgomgeving et cetera. Deze benadering betekent dat afstemming van gezondheidsbevordering en preventiebeleid met onder andere onderwijsbeleid, jeugdbeleid, Arbo-beleid, ruimtelijke ordeningsbeleid en volkshuisvestingsbeleid nodig is op centraal niveau (gezamenlijke kaderstelling departementen) en – qua beleid en uitvoering – op gemeentelijk niveau. Dit laatste onder andere door goede samenwerking tussen GGD'en en professionals op andere terreinen binnen en buiten de GGD'en, zoals onderwijzers, huisartsen, verloskundigen, sportleraren, arbo-artsen, jeugdhulpverleners, ruimtelijke ordenaars, et cetera.

In figuur 2.2 is de preventiecyclus van de Wcpv gecombineerd met de preventiecyclus van de Wmo en de gemeentelijke uitvoering van overige wet- en regelgeving. Figuur 2.2 laat zien dat gemeenten de verschillende kaders in hun beleid en uitvoering kunnen integreren ten behoeve van voornoemde integrale aanpak. Figuur 2.2 geeft het primaire overheidsproces van gezondheidsbevordering weer, waarin de gemeenten een centrale rol vervullen.



Figuur 2.2: Het primaire (overheids)proces van gezondheidsbevordering

## 2.2 Het voorwaardenscheppende overheidsproces van gezondheidsbevordering

Binnen de Nederlandse overheid is het rijk verantwoordelijk voor het scheppen van de juiste voorwaarden voor gezondheidsbevordering door gemeenten. De Memorie van Toelichting bij de

jongste wijziging van de Wcpv spreekt bij de behandeling van de rijkstaken over het faciliteren van voorwaardenscheppende activiteiten op landelijk niveau. Dit betreft activiteiten van door het ministerie van VWS gesubsidieerde instellingen die zich bezighouden met onderzoek, interventieontwikkeling, overleg, coördinatie en afstemming en dergelijke.

Van oudsher subsidieert het ministerie van VWS de GBI's (tegenwoordig ook wel 'Thema-instituten' genoemd), onder andere voor het op hun terrein doen van (praktijk)onderzoek en het op basis daarvan ontwikkelen van leefstijlinterventies voor toepassing op lokaal niveau door GGD'en en/of professionals. De GBI's met hun specifieke terrein zijn reeds aangegeven in figuur 1.1.

Het ministerie van VWS is ook, tezamen met de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO), hoofdopdrachtgever van ZonMw, een intermediaire organisatie die werkt aan de verbetering van preventie, zorg en gezondheid door het stimuleren en financieren van onderzoek, ontwikkeling en implementatie. ZonMw werkt programmagericht. Vijf programma's worden onderscheiden, te weten: 'wetenschap en innovatie', 'preventie', 'langdurende zorg', 'zorg en samenleving' en 'kwaliteit en doelmatigheid'. Regelmatig stellen de ZonMw programma's subsidierondes open. Onderzoekers (van fundamenteel tot toegepast) en zorgverleners kunnen subsidie aanvragen voor onderzoek en innovatieprojecten.

## 2.3 Ontwikkelingen en trends

### 2.3.1 Gemeenten willen een goed loket en ruimte om hun verantwoordelijkheid te nemen

Uit schriftelijke bronnen <sup>2</sup> en ook uit de voor dit onderzoek gevoerde gesprekken blijkt dat het gemeenten en GGD'en duizelt van de beschikbare leefstijlinterventies. Zij vinden het landelijk aanbod versnipperd en zij vinden het lastig om een kosteneffectieve keuze te maken. Kennis over kosteneffectiviteit van best practises ontbreekt vaak, terwijl deze kennis voor gemeenten en GGD'en van groot belang is, vanwege de over het algemeen beperkte middelen die op lokaal niveau voor gezondheidsbevordering beschikbaar zijn. Gezondheidsbevordering is, afgemeten aan beschikbaar budget, een relatief klein onderdeel van de OGZ <sup>3</sup>.

Gemeenten voelen volgens betrokkenen in toenemende mate hun verantwoordelijkheid, zoals uiteengezet in paragraaf 2.1, om werk te maken van gezondheidsbevordering. Al zijn er dienaangaande wel grote verschillen die bijvoorbeeld tot uitdrukking komen in de kwantitatieve en kwalitatieve bemensing van de afdelingen 'Gezondheidsbevordering' van de GGD'en. Het jaarrapport 2005 van de IGZ en de 'nasleep' daarvan hebben aan het toegenomen

---

<sup>2</sup> Zie onder andere de brief van VNG, GGD-NL en NIGZ aan de Tweede Kamer van 12 juni 2006, naar aanleiding van het voornemen van de minister van VWS om te komen tot een Centrum Gezond Leven bij het RIVM.

<sup>3</sup> In hun brief aan de Tweede Kamer van 12 juni 2006 wijten VNG, GGD-NL en NIGZ dit aan de op zichzelf beperkte middelen die voor de uitvoering van de OGZ in het Gemeentefonds zijn gestort, alsmede aan het feit dat gemeenten de middelen die er zijn vooral gebruiken voor de OGZ-onderwerpen met een verplicht basistakenpakket (veiligheid, infectieziekten, jeugdgezondheidszorg). Gezondheidsbevordering kent geen basistakenpakket.

verantwoordelijkheidsbesef bijgedragen. In het huidige versnipperde aanbod vinden gemeenten en GGD'en echter moeilijk hun weg. Daarom wil men één gezaghebbend loket dat gemeenten en GGD'en faciliteert met een (liefst niet al te omvangrijk) overzicht van op de lokale behoeften en omstandigheden toegesneden (programma's van) gewaarmerkte leefstijlinterventies. Op de lokale behoeften en omstandigheden toegesneden betekent in ieder geval: als zodanig gewaarmerkte best practises met een indicatie van de kosteneffectiviteit en qua implementatie niet al te complex (want complexe interventies zijn duur om te implementeren).

De uiteindelijke keuze om (een programma van) leefstijlinterventies te implementeren moet volgens gemeenten en GGD'en op lokaal niveau worden bepaald, gezien de (binnen kaders) gedecentraliseerde verantwoordelijkheid voor gezondheidsbevordering. Regie of sturing hierop door het CGL, anders dan in de vorm van een faciliterend gezaghebbend loket met gewaarmerkte producten, past hier volgens hen niet bij. Als gemeenten de verantwoordelijkheid voor gezondheidsbevordering dragen, dan moeten zij ook het vertrouwen krijgen om die verantwoordelijkheid waar te maken. Of gezondheidsbevordering bij gemeenten in goede handen is en of zij daadwerkelijk van gewaarmerkte interventies gebruik maken zal volgens hen te zijner tijd door de IGZ moeten worden beoordeeld en kan, gezien de huidige verhoudingen en voor zover dat überhaupt mogelijk is, niet vooraf worden veiliggesteld en afgedwongen via sturende regie door het CGL. Eventueel zijn vooraf wel bestuurlijke afspraken tussen VWS en VNG/GGD-NL denkbaar, zoals aangegeven in figuur 1.2, al is de doorwerking van zulke afspraken naar afzonderlijke gemeenten niet gegarandeerd. Wat betreft beoordeling van gemeenten door de IGZ is het van belang dat de IGZ enige tijd neemt, alvorens de gemeenten af te rekenen, want gezondheidsbevordering is een kwestie van lange adem (zie ook paragraaf 2.3.3).

Ontwikkeling van (programma's van) interventies dient volgens gemeenten en GGD'en vanuit de lokale behoeften plaats te vinden, anders is interventieontwikkeling een papieren en theoretische exercitie. Voornoemd loket kan een goede rol vervullen in het articuleren van de lokale vraag en het – al dan niet via ZonMw – op dit spoor zetten van ontwikkelaars/aanbieders. Met name op het vlak van de mogelijkheden voor en de instrumentatie van lokaal intersectoraal / integraal beleid (settinggericht werken) leven op dit moment vragen, zoals: welke arrangementen van interventies zijn vanuit de verschillende kaders (Wcpv, Wmo, overig) mogelijk en werkzaam en hoe voer je die arrangementen (gericht op settings) in? Wat komt daar allemaal bij kijken?

### *2.3.2 Gemeenten willen implementatiekennis en -ondersteuning*

De zojuist genoemde vraag 'wat komt daar allemaal bij kijken?', toont de expliciete behoefte van de lokale uitvoeringspraktijk aan implementatiekennis en implementatieondersteuning. Naast informatie via het CGL over welke (programma's van) interventies de voorkeur verdienen (wat doen?), bestaat behoefte aan informatie over hoe je deze interventies implementeert (hoe doen, qua organisatie, financiering, et cetera?) en aan praktische ondersteuning. Het verstrekken hiervan acht de uitvoeringspraktijk niet meteen een taak van het CGL, al sluit men dit ook niet per se uit. De behoefte van de lokale uitvoeringspraktijk aan implementatiekennis en -ondersteuning

spoort met de tweede in paragraaf 1.1 door de minister van VWS aangegeven randvoorwaarde voor een succesvol CGL: lokale ondersteuning in de vorm van advies, opleiding en training. Op dit moment zit de totstandkoming van een implementatieondersteuningsfunctie in een impasse.

### *2.3.3 Het belang van lange termijn focus, een consistente lijn en rust*

Uit de voor dit onderzoek gevoerde gesprekken is van zowel de zijde van de GBI's als van de zijde van de GGD'en het belang van lange termijn focus en het vasthouden van een consistente lijn en rust benadrukt. In plaats van het steeds maar stapelen van nieuwe interventie op nieuwe interventie en de nadruk op innovatie, is het zaak een overzichtelijk en laagdrempelig aanbod van gewaarmerkte leefstijlinterventies te realiseren, dat voldoet aan de eisen van de uitvoeringspraktijk (zie paragraaf 2.3.1) en dat over een langere periode wordt geïmplementeerd, beheerd, onderhouden en geactualiseerd naar aanleiding van de leerervaringen in de praktijk. Hierin wordt een rol voor het CGL gezien, omdat partijen zelf moeite hebben om lange termijn focus aan te brengen en rust te bewaren. GGD'en, vanwege wisselende prioriteiten in de lokale politiek. En de GBI's vanwege de druk die zij voelen om innovatief te blijven en steeds met nieuwe dingen te komen, wat wordt versterkt door de wijze waarop zij (mede door het ministerie van VWS) worden gefinancierd en het profiel van hun medewerkers: ontwikkelaars voor wie stilstand al snel achteruitgang is en die met beheer en implementatie niet scoren. Van het CGL wordt een agenda voor de langere termijn verwacht, die het CGL vervolgens ook bewaakt en waar het CGL partijen op aanspreekt. Zo'n rol, die actoren uit de gezondheidsbevorderingssector wel nodig vinden, maar die zij zelf moeilijk kunnen vervullen, kan volgens actoren ook bevorderen dat het CGL zich langzaam maar zeker een gezaghebbende positie verwerft.

### *2.3.4 Toenemende diversificatie in de aanbieders van leefstijlinterventies*

Van oudsher zijn het de GBI's die gesubsidieerd door het ministerie van VWS leefstijlinterventies ontwikkelen<sup>4</sup>. Van het huidige geschatte totaal aantal van 4.000 leefstijlinterventies in Nederland, is echter een substantieel deel afkomstig van andere ontwikkelaars, zoals universiteiten, GGD'en, samenwerkingsverbanden van universiteiten en GGD'en (de zogenoemde 'academische werkplaatsen') en afzonderlijke of samenwerkende professionals. Naar de toekomst toe neemt het aantal ontwikkelaars en aanbieders van leefstijlinterventies naar verwachting verder toe, omdat commercieel werkende adviesbureaus, maar ook het bedrijfsleven zich – onder andere in het kader van 'maatschappelijk verantwoord ondernemen' – in toenemende mate met gezondheidsbevordering en preventie bezighouden. Als gevolg van deze diversificatie vervaagt voor wat betreft de gezondheidsbevorderingssector het traditionele marktmodel met een expliciete en unieke vraag- en aanbodzijde. Tevens wordt de private component van gezondheidsbevordering belangrijker.

Ondanks de toenemende diversificatie in de aanbieders van leefstijlinterventies, zien de GBI's het CGL toch vooral als hun 'verkoopkanaal' richting de uitvoeringspraktijk. Dit is overigens in lijn

---

<sup>4</sup> Opgemerkt wordt dat de mate waarin de GBI's leefstijlinterventies ontwikkelen verschilt. Er zijn ook GBI's die geen leefstijlinterventies ontwikkelen.

met hoe het ministerie van VWS het CGL plaatst (zie paragraaf 1.1, figuur 1.1 en figuur 1.2). Voor bijvoorbeeld GGD'en is het exclusief en uitsluitend implementeren van interventies van GBI's minder vanzelfsprekend: goede producten van andere aanbieders komen wat hen betreft ook voor kwaliteitsbeoordeling door het CGL en voor implementatie in de uitvoeringspraktijk in aanmerking. Het gaat erom dat het eindverantwoordelijke lokale niveau de best beschikbare leefstijlinterventies ten behoeve van een eigen keuze krijgt gepresenteerd; van wie die afkomstig zijn doet voor hen niet ter zake.

### *2.3.5 Het in toenemende mate bij elkaar komen van ontwikkeling en toepassing*

Het ontwikkelen van leefstijlinterventies gebeurt steeds meer in samenwerking tussen ontwikkelaars (GBI's, universiteiten) en actoren uit de uitvoeringspraktijk (zoals GGD'en), opdat de uitvoerbaarheid, het vervullen van de specifieke behoeften van de toepassers van leefstijlinterventies, alsmede de daadwerkelijke toepassing van ontwikkelde producten gewaarborgd zijn. ZonMw stimuleert om deze redenen actief de directe samenwerking van ontwikkelaars en toepassers. ZonMw doet dit door onder andere het zogenoemde 'praktijkgericht programmeren' van onderzoek en het eisen van een communicatie- en implementatieplan. De in 2.3.3 genoemde academische werkplaatsen zijn een voorbeeld van een door ZonMw gesteund initiatief.

ZonMw heeft voor dit onderzoek de behoefte geuit aan een onafhankelijk CGL dat ontwikkelde leefstijlinterventies van een gezaghebbend kwaliteitslabel kan voorzien, wat de daadwerkelijke toepassing van deze gewaarmerkte interventies door actoren in de uitvoeringspraktijk zal stimuleren. Immers, als actoren niet gewaarmerkte interventies blijven inzetten, zullen zij in toenemende mate genoodzaakt zijn dit te verantwoorden (bijvoorbeeld aan de Gemeenteraad of de IGZ) als er via het CGL een laagdrempelig toegankelijk aanbod van wel gewaarmerkte interventies beschikbaar is. Ook de GBI's hebben aangegeven dat zij hechten aan een kwaliteitslabel van het CGL voor hun producten, om zich te kunnen onderscheiden in de markt.

Een andere behoefte van ZonMw is vraagarticulatie, teneinde de onderzoeksprogramma's die ZonMw opzet nog praktijkgericht te kunnen maken. ZonMw ziet hier een belangrijke rol voor het CGL. Door goede contacten en een overzicht van vraag en aanbod van interventies, kan het CGL leemten signaleren die ZonMw via de onderzoeksprogramma's kan opvullen. Dit is vergelijkbaar met wat RIVM/VTV doet voor leemten op epidemiologisch en diagnostisch gebied.

## **2.4 Kansen, bedreigingen en kritische succesfactoren CGL**

### *2.4.1 Kansen*

Uit paragraaf 2.3 blijkt dat de actoren uit de gezondheidsbevordering meerwaarde zien in het CGL. ZonMw, GBI's en uitvoerende actoren als GGD'en zitten in belangrijke mate op één lijn wat betreft een CGL dat:

- Overzicht creëert over en structuur brengt in de bestaande leefstijlinterventies.
- Leemten in de uitvoeringspraktijk signaleert en hierop – bijvoorbeeld via ZonMw – toegesneden nieuwe interventies laat ontwikkelen, dan wel zorgt voor hierop toegesneden (integrale, settinggerichte) programma's van samenhangende interventies (kortom: vraag-articulatie ten behoeve van interventieontwikkeling en –bundeling voor settings).
- De kwaliteit van bestaande en nieuwe interventies onafhankelijk beoordeelt en de interventies op basis van deze onafhankelijke beoordeling waarmerkt c.q. van een kwaliteitslabel voorziet. Er is vooral behoefte aan kosteneffectieve en samenhangende best practises.
- Een lange termijn agenda voor gezondheidsbevordering maakt en bewaakt en in lijn hiermee zorgt voor het beheren, onderhouden en actualiseren van bij deze lange termijn agenda passende (programma's van samenhangende) interventies.

Een belangrijk verschil is dat de GBI's – in lijn met hoe VWS het CGL heeft geplaatst (zie paragraaf 1.1) – het CGL vooral zien als een exclusief 'verkoopkanaal' van hun producten, terwijl dit voor andere partijen niet vanzelfsprekend is. GGD'en bijvoorbeeld, willen de beste (programma's van) interventies via het CGL gepresenteerd krijgen. Van wie die zijn doet er voor hen niet toe.

#### 2.4.2 Bedreigingen

Het is niet duidelijk of de manier waarop het ministerie van VWS qua positie, rollen en taken tegen het CGL aankijkt (zie paragraaf 1.1) goed spoort met het beeld en de verwachtingen die de actoren uit de gezondheidsbevordering van het CGL hebben (zie paragraaf 2.3 en 2.4.1). Het ministerie van VWS lijkt een redelijk dwingend sturend CGL voor ogen te staan, waar de GBI's zich voor wat betreft het door het CGL sturen van de uitvoeringspraktijk op hun producten bij aansluiten (het CGL als 'verkoopkanaal' van de GBI's). De lokale actoren uit de gezondheidsbevordering (gemeenten, GGD'en) lijken daarentegen eerder te denken aan een stimulerend en faciliterend CGL.

Dat het ministerie van VWS een redelijk dwingend sturend CGL voor ogen lijkt te staan, kan onder andere worden afgeleid uit de volgende zinsnedes uit de brief van de minister van VWS aan de Tweede Kamer over de oprichting van het CGL (brief van 7 juni 2006):

- Regie en coördinatie moeten er voor zorgen dat gemeenten, GGD'en en professionals alleen nog kosteneffectieve, doelmatige en bewezen effectieve leefstijlinterventies inzetten en dat zij dat op de juiste manier doen.
- Het CGL houdt zich vooral bezig met het programmeren van de toepassing van door de GBI's ontwikkelde gedragsbeïnvloedende instrumenten.
- Het CGL heeft als centrale taak het doen uitvoeren van deskundige, doelmatige, effectieve en slagvaardige gezond levenprogramma's via de scholen, in de wijken, op de werkplekken, in de sportverenigingen en via de zorgvoorzieningen.

In een gesprek met VWS voor het onderhavige onderzoek sprak VWS over de marketingrol van het CGL: het CGL moet het gebruik van effectief gebleken interventies van GBI's door middel van gedegen marketing bewerkstelligen. Overigens denkt VWS ook met betrekking tot de GBI's aan

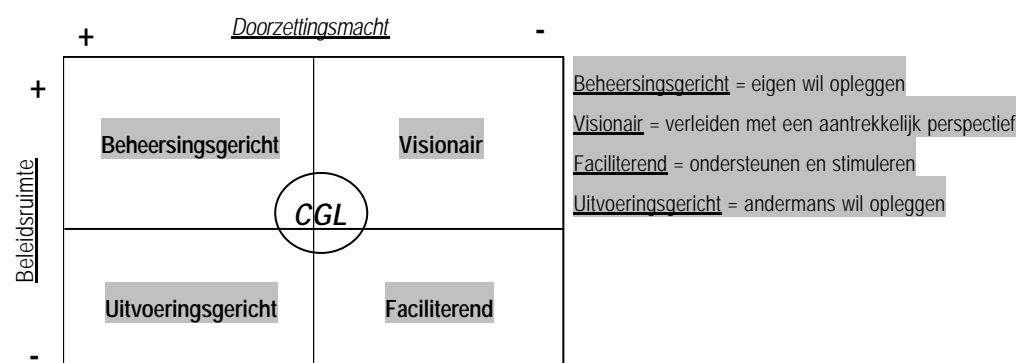
een dwingend sturend CGL (zorgen dat de GBI's het juiste afgestemde aanbod gaan leveren, zie paragraaf 1.1).

Dat de lokale actoren uit de gezondheidsbevordering eerder lijken te denken aan een stimulerend en faciliterend CGL blijkt uit het feit dat zij het CGL eigen onafhankelijke taken toedichten die geen van hen op dit moment zelf verricht, zonder dat zij het CGL actief in hun taken en verantwoordelijkheden laten treden. De lokale uitvoeringspraktijk vindt bijvoorbeeld dat de daadwerkelijke toepassing van gewaarmerkte interventies tot de lokale verantwoordelijkheid behoort, waarvan de IGZ op termijn maar moet aangeven hoe de lokale partijen daarmee zijn omgesprongen. Het CGL kan hierin volgens de lokale uitvoeringspraktijk, anders dan faciliterend, geen afrekenbare verantwoordelijkheid dragen. Dat de uitvoeringspraktijk eerder denkt aan een stimulerend en faciliterend dan een dwingend sturend CGL, blijkt ook uit het feit dat de uitvoeringspraktijk niet vindt dat het CGL exclusief leverancier van GBI-interventies moet zijn: men wil vrijblijvend de beste interventies door het CGL gepresenteerd krijgen, los van de vraag door wie die zijn gemaakt, en daaruit zelf een keuze kunnen maken.

Het CGL wordt vanwege het voorziene takenpakket door alle betrokken partijen frequent aangeduid met de term 'regisseur'. In de bestuurs- en organisatiekundige literatuur worden verschillende typen regisseurs onderscheiden (zie tekstkader 'regievormen'). Het is voor het adequaat kunnen functioneren van het CGL van belang dat er een voor alle partijen heldere en eenduidige keuze wordt gemaakt met betrekking tot het type regisseur dat het CGL is, en dat het CGL vervolgens de bij dat type regisseur noodzakelijke instrumenten verkrijgt. Anders gezegd: geen duidelijke en/of eenduidige keuze voor het type regisseur dat het CGL is en/of onvoldoende instrumenten om de gewenste regierol te spelen, vormen belangrijke bedreigingen voor het adequaat kunnen functioneren van het CGL. Deze keuze moet ten principale door het ministerie van WVS worden gemaakt en onder andere tot uitdrukking komen in de opdracht van WVS aan het RIVM. Het is uiteraard denkbaar dat het type regisseur verschilt voor wat betreft de actoren in de uitvoeringspraktijk (vraagzijde: gemeenten, GGD'en, professionals) enerzijds en de actoren aan de ontwikkelkant anderzijds (aanbodzijde: onder andere GBI's).

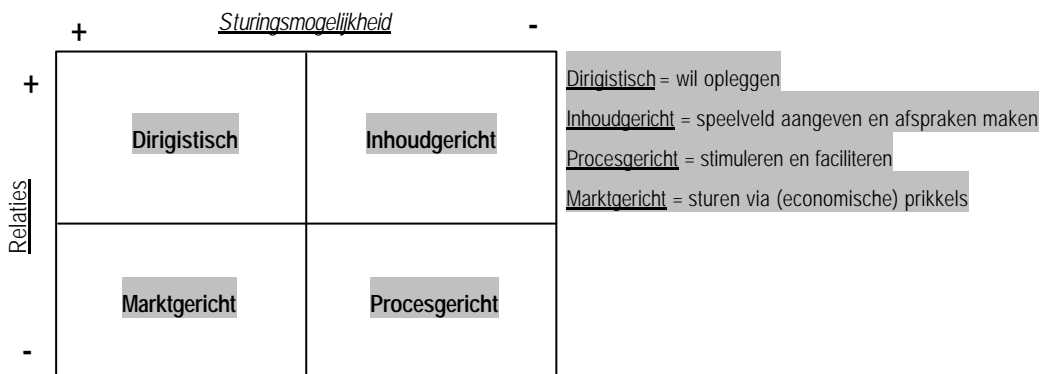
**Tekstkader 'Regievormen'**

In opdracht van de sector V&Z van het RIVM stelde AEF eind 2007 het document 'Competent regisseren' op. Daarin worden, gebaseerd op Partners en Pröppers, vier hoofdvormen van regie onderscheiden aan de hand van de invalshoeken 'doorzettingsmacht' (van de regisseur) en 'beleidsruimte' (idem). Figuur 2.3 biedt een schematische weergave, inclusief de positionering door AEF van het CGL, eind 2007. Deze positionering strookt met wat hiervoor in paragraaf 2.4.2 is gezegd over de verschillende beelden die van het CGL bestaan: een voor alle actoren duidelijke keuze is niet gemaakt. AEF kenschetst het CGL als "een het veld ondersteunend expertisecentrum, zonder eigen uitvoeringspraktijk en zonder veel doorzettingsmacht".



*Figuur 2.3: Hoofdvormen van regie volgens AEF op basis van Partners en Pröpper*

Een andere indeling van regievormen is die volgens Kaats e.a. ('Organiseren tussen organisaties') langs de invalshoeken 'sturingsmogelijkheid' (van de regisseur; vergelijk 'doorzettingsmacht') en 'relaties met/tussen betrokken organisaties' (sterk of zwak ontwikkeld). Deze indeling is weergegeven in figuur 2.4.



*Figuur 2.4: Hoofdvormen van regie volgens Kaats e.a.*

### Einde tekstkader

Twee tegenkrachten vormen een bedreiging voor de van het CGL verlangde kerntaak van lange termijn agendazetting en het in lijn hiermee zorgen voor beheer, onderhoud en actualisatie van (programma's van) interventies, te weten: (1) de verschillende en wisselende prioriteiten van de lokale politiek en (2) het feit dat de GBI's onder de huidige omstandigheden (wijze van financieren door onder andere VWS, profiel medewerkers) over het algemeen weinig oog hebben voor beheer en onderhoud van interventies. De vraag is of het CGL deze tegenkrachten in voldoende mate zelfstandig zal kunnen weerstaan. Dat is onder andere afhankelijk van het type regisseur dat het CGL wordt en de instrumenten die het CGL daarbij verkrijgt. Maar de auteurs denken niet dat regie in welke vorm dan ook genoeg is. Gezien de sterkte van de tegenkrachten zullen ondersteunende maatregelen noodzakelijk zijn, om het accent van innovatie en 'steeds iets nieuws' te verleggen naar het accent op beheer, onderhoud en het gedurende langere tijd vastberaden implementeren van goede bestaande (programma's van samenhangende) interventies. Dit betreft maatregelen in de sfeer van de al eerder genoemde bestuurlijke afspraken tussen VWS en VNG/GGD-NL (beïnvloeden lokale politiek), alsmede in de sfeer van de aansturing en financiering van de GBI's.

Tot besluit kan het mogelijk niet van de grond komen van een implementatieondersteuningsfunctie voor de lokale uitvoeringspraktijk als bedreiging voor het CGL worden genoemd. De vorming van zo'n functie zit thans in een impasse, terwijl deze schakel een onlosmakelijk onderdeel van het voorziene 'stelsel' vormt en van belang is voor een

succesvol CGL: het borgen van de daadwerkelijke implementatie van gewaarmerkte interventies of programma's op een juiste manier.

### 2.4.3 Kritische succesfactoren CGL

Op grond van paragraaf 2.4.1 en 2.4.2 kunnen de volgende elementen worden onderscheiden, die het CGL (goed) moet doen c.q. die voor het CLG moeten zijn geregeld om in de gezondheidsbevorderingssector te midden van de daar actieve partijen succesvol als regisseur te kunnen opereren:

1. Een gestructureerd overzicht van bestaande leefstijlinterventies creëren en dit overzicht laagdrempelig toegankelijk maken voor de uitvoeringspraktijk (GGD'en, professionals). Met andere woorden: orde scheppen in de chaos van leefstijlinterventies die de uitvoeringspraktijk ervaart.
2. In de uitvoeringspraktijk gevoelde leemten signaleren en in staat zijn het hierbij best passende aanbod te laten ontwikkelen van interventies of programma's van samenhangende interventies (integraal, settinggericht). 'Best passend' impliceert dat het CGL ten aanzien van de aanbieders van interventies onafhankelijk moet kunnen opereren en in principe 'de handen vrij moet hebben' om te laten ontwikkelen waar de uitvoeringspraktijk behoefte aan heeft. Een exclusieve relatie van het CGL met de GBI's als aanbieders van interventies is daarom niet logisch. Voor het kunnen laten ontwikkelen van integrale settinggerichte programma's van interventies zijn op elkaar afgestemde centrale beleidskaders een voorwaarde (gezondheidsbevordering en preventie, Arbo, onderwijs, ruimtelijke ordening, wijken, et cetera).
3. Leefstijlinterventies onafhankelijk beoordelen en voorzien van een kwaliteitslabel of waarmerk, zonder daarbij de lokale behoeften en omstandigheden uit het oog te verliezen omdat de gewaarmerkte interventies anders toch niet worden gebruikt. De uitvoeringspraktijk heeft naar eigen zeggen behoefte aan best practises met een indicatie van de kosteneffectiviteit die qua implementatie niet al te complex (en daarmee duur) zijn. Het CGL kan de uitvoeringspraktijk ook adviseren inzake de voor een gegeven situatie best passende (combinatie van) leefstijlinterventies.

Omdat de uitvoeringspraktijk uiteindelijk beslist over welke interventies worden ingezet en de best beschikbare interventies met een advies gepresenteerd wil krijgen, is een exclusieve relatie van het CGL met de GBI's als aanbieders van interventies niet vanzelfsprekend. Immers, zo'n exclusieve relatie zou de scope en onafhankelijke positie van het CGL en het gewaarmerkte aanbod voor de uitvoeringspraktijk vooraf nodeloos inperken.

4. Het ontwikkelen en bewaken van een (inhoudelijke) gezondheidsbevorderingsagenda voor de langere termijn en het in lijn hiermee zorgen voor het laten beheren, onderhouden en actualiseren van bij deze lange termijn agenda passende (programma's van) leefstijlinterventies, gelegitimeerd en ondersteund door VWS. VWS kan de in de sector gangbare drang naar innovatie en 'steeds iets nieuws' helpen beteugelen door onder andere: het belang van een lange termijn focus beleidsmatig uit te dragen, GBI's hierop

gericht aan te sturen en te financieren (eenduidige lijn accounthouders GBI's), alsmede via bestuurlijk overleg en bestuurlijke afspraken met VNG, GGD-NL, GGZ-NL, et cetera (zie voor dit overleg ook figuur 1.2).

5. Tezamen met opdrachtgever VWS zorgen voor een voor alle partijen duidelijke en eenduidige keuze met betrekking tot het type (of de typen) regisseur dat (die) het CGL is, alsmede voor het vervolgens adequaat instrumenteren van het CGL conform hetgeen dat (die) type(s) regisseur aan instrumenten vereist. Voor alle partijen moet helder worden/zijn waartoe het CGL wel/niet is opgericht en hoe het CGL en de andere partijen zich wel/niet tot elkaar verhouden.
6. Een implementatieondersteuningsfunctie moet voorzien in de behoefte van de lokale uitvoeringspraktijk aan kennis over en ondersteuning bij het implementeren van de door het CGL aanbevolen (programma's van samenhangende) interventies.

## 3. Interne analyse CGL

### 3.1 Beschrijving huidige organisatie CGL

In paragraaf 1.1 is een beschrijving gegeven van de aanleidingen voor het bij het RIVM oprichten van het CGL en ook van de plaats, rol en centrale taak zoals die door het ministerie van VWS aan het CGL zijn toebedacht en met het RIVM zijn overeengekomen. In deze paragraaf wordt de huidige organisatie van het CGL nader beschreven aan de hand van een aantal aspecten. Uit deze nadere beschrijving worden vervolgens in paragraaf 3.2 de relatieve sterkten en zwakten van de huidige organisatie van het CGL afgeleid, dat wil zeggen: de sterkten en zwakten van het CGL afgemeten aan de in paragraaf 2.4.3 beschreven factoren die bepalen of het CGL succesvol in het veld van de gezondheidsbevordering kan opereren (kritische succesfactoren).

#### 3.1.1 Strategie

Het CGL presenteert zichzelf in onder andere de brochure over het centrum als een samenwerkingsverband van het RIVM en de GBI's. Ook de term 'netwerkorganisatie' wordt wel gebruikt. De GBI's 'voelen' dit ook zo en zien het CGL in belangrijke mate als het 'verkoopkanaal' van hun producten richting de uitvoeringspraktijk.

#### 3.1.2 Organisatie- en overlegstructuren

##### Organisatiestructuren

Het CGL bestaat uit een kleine vaste kern van circa tien RVM-ers. In vier zogenoemde 'werkplaatsen' krijgen de activiteiten van het CGL concreet vorm. Iedere werkplaats wordt gecoördineerd door een RIVM-er en verder structureel bemenst door medewerkers van de GBI's. Dit laatste is formeel geregeld door het ministerie van VWS, dat in de subsidievoorwaarden voor de GBI's heeft opgenomen dat iedere GBI per jaar 1 fte aan structurele menskracht aan het CGL levert (het zogenoemde 'trekkingsrecht' van het RIVM op de GBI's). Omdat het CGL zich richt op professionals van GGD'en en andere lokale organisaties, zijn thans ook vertegenwoordigers van GGD'en tegen een vergoeding bij de werkplaatsen betrokken. Dit is niet structureel geregeld: per geval wordt een contract gesloten, waarbij het CGL als opdrachtgever en de betreffende GGD als opdrachtnemer fungeert.

Op management / bestuurlijk niveau is de samenwerking tussen het RIVM en de GBI's nog niet vorm gegeven. Er is op dit moment alleen een klankbordgroep, waarin vertegenwoordigers van de GBI's participeren (alsmede vertegenwoordigers van GGD'en). De GBI's dringen al geruime tijd aan op het formeel vormgeven van de samenwerking met het RIVM op management / bestuurlijk niveau. Een belangrijke reden hiervoor is dat zij het CGL willen meebesturen. Meebesturen, omdat het CGL thans een samenwerkingsverband of netwerkorganisatie is van het RIVM en de GBI's. De GBI's investeren daarin ook menskracht en zijn van mening dat, daar

waar meer partijen samenwerken en een organisatie vormen, zij ook gezamenlijk moeten besluiten. Op dit moment is het hoofd van het CGL – een RIVM-er – formeel eindverantwoordelijk voor de besluitvorming. De vraag van de GBI's naar het formeel vormgeven van de samenwerking op management / bestuurlijk niveau en van de besluitvormingsstructuur is overigens mede aanleiding geweest voor het onderhavige onderzoek in opdracht van het RIVM .

De aansturing van de GBI's op hun participatie in het CGL vindt plaats door het ministerie van VWS. Iedere GBI heeft bij het ministerie een 'accounthouder'. De subsidievoorwaarden gebruikt het ministerie VWS als sturingsinstrument. Uitzonderingen zijn de Schorer stichting en Soa-Aids die met geld van VWS via het Centrum voor infectieziektebestrijding (Cib) van het RIVM worden gefinancierd en aangestuurd. De kracht van het sturingsinstrument 'subsidievoorwaarden' is op dit moment relatief beperkt, omdat de subsidies van VWS aan de GBI's voornamelijk voor een belangrijk deel instellingssubsidies zijn met voorwaarden op hoofdlijnen <sup>5</sup>, alsmede meerjarige projectsubsidies voor andere projecten dan het ontwikkelen van interventies. Daarnaast zijn de meeste GBI's voor hun bestaan niet enkel afhankelijk van de subsidies van VWS, maar beschikken zij ook over andere financieringsbronnen. CGL/RIVM heeft een lichte adviesrol met betrekking tot de door VWS aan de GBI's te stellen subsidievoorwaarden. Dit betreft alleen de instellingssubsidies en niet de projectsubsidies.

In de praktijk kunnen de RIVM-ers die (de werkplaatsen van) het CGL coördineren de GBI's nauwelijks aanspreken op de bijdrage of productie die de GBI's daarin geacht worden te leveren. De coördinatoren kunnen de interventieproductie van de GBI's niet sturen of programmeren. In de praktijk ervaren de CGL-coördinatoren de volgende problemen op het vlak van tijd, beschikbaarheid en werkproces. De kwartiermaker van het CGL heeft deze problemen per brief op 16 oktober 2008 aan de GBI's overgebracht, met het oog op de voor 2009 te maken afspraken over de inzet van de GBI's voor het CGL.

#### *Tijd*

- De aanwezigheid bij werkplaatsvergaderingen is goed, de uitwerking van opdrachten op de thuisbasis blijft echter achter. Bij een aantal GBI's is het niet gelukt om de totaal gevraagde inzet te leveren. Ook zijn er (te) veel wisselingen van werkplaatsleden, waardoor de samenstelling van de werkplaats in de tijd verandert. Dit maakt het lastig het tempo en de continuïteit te handhaven.
- Men heeft op papier genoeg tijd, maar in de praktijk blijkt het moeilijk om tijd vrij te maken voor het CGL. Met name is het lastig voor mensen om toe te komen aan CGL-taken die niet direct met het eigen werk binnen de GBI te maken hebben. In het CGL-netwerk zitten enthousiaste mensen. Het ontbreekt hen echter aan tijd om substantiële deeltaken voor het CGL uit te voeren.

---

<sup>5</sup> Er zijn signalen dat VWS van instellingssubsidies zou willen overstappen naar opdrachtgever-opdrachtnemer relaties (opdracht- of projectgebonden budgetten).

### *Deskundigheid*

- In de werkplaatsen is behoefte aan een evenwichtige samenstelling, zodat de vertegenwoordiging van professionals vanuit de vraag- en aanbodkant meer in verhouding is.
- In de werkplaatsen sluit de beschikbare deskundigheid niet altijd aan bij de vereiste expertise.
- De oorspronkelijke opzet van het CGL was dat samenwerking zou leiden tot meer kennis en begrip voor andere rollen binnen de gezondheidsbevordering, ook als het gaat om onderwerpen of producten die niet direct verband houden met de taken binnen de eigen organisatie/GBI. In de praktijk ziet men zich toch als vertegenwoordiger en belangenbehartiger van de eigen GBI. Een vraag om uitwerking van een 'CGL-taak' die minder verwant is aan het eigen werkterrein levert weerstand op.

### *Werkproces*

- Er ontstaat steeds meer een vergaderoutine, waarin werkplaatsleden commentaar geven op werk dat door het CGL is uitgevoerd. Dit geeft een wij-zij gevoel. Door de beperkte tijd die samen wordt doorgebracht ontstaat onvoldoende betrokkenheid.
- De CGL-coördinatoren van het RIVM besteden veel tijd aan het op gang houden van processen.
- De CGL-coördinatoren zijn vaak zowel uitvoerder als procesbegeleider. Hierdoor ligt er bij hen veel werk. De bijdrage van de GBI's zou groter moeten zijn.
- Enerzijds vraagt men om meer sturing en beslissingen van de CGL-coördinatoren van het RIVM. Anderzijds aanvaardt men het gezag van de CGL-coördinatoren niet wanneer men zich niet kan vinden in deze sturing of beslissingen. Consensus is vaak onbereikbaar en er is nog geen cultuur van 'geven en nemen'. Er is een brede vraag naar de rol van de netwerkpartners in de besluitvorming.

Voornoemde problemen ervaren de RIVM-coördinatoren niet of nauwelijks met de bij de werkplaatsen betrokken medewerkers van GGD-en. Zij komen de in het contract met het CGL opgenomen werkzaamheden, verplichtingen en voorwaarden in de regel goed na.

### Overlegstructuren

Het CGL heeft belang bij een aantal overlegstructuren, waarvan het CGL merkt dat die op dit moment onvoldoende en onvoldoende samenhangend functioneren of zijn vormgegeven. Ook is het CGL niet goed bij deze overlegstructuren betrokken. Dit hindert het adequaat kunnen ontplooiën van de activiteiten van het centrum.

In de eerste plaats betreft dit interdepartementaal overleg. Zoals aangegeven in hoofdstuk 2 groeit het inzicht dat een integrale aanpak op decentraal niveau belangrijk is. Vragen van gemeenten en GGD'en naar (programma's van) interventies en implementatiekennis hebben hierop in toenemende mate betrekking. Integraal beleid voor settings op decentraal niveau kan alleen goed van de grond komen, als óók op centraal niveau gezondheidsbevordering en

preventiebeleid zijn afgestemd met onder andere: onderwijsbeleid, jeugdbeleid, Arbo-beleid, ruimtelijke ordeningsbeleid en volkshuisvestingsbeleid (gezamenlijke kaderstelling departementen). Het CGL merkt dat deze afstemming op dit moment onvoldoende gebeurt en dat men daar onvoldoende bij betrokken is. Daar waar wel van interdepartementale afstemming sprake is, heeft deze over het algemeen te veel een ad-hoc karakter.

In de tweede plaats betreft dit interbestuurlijk overleg. Bestuurlijke afspraken tussen het ministerie van VWS en koepels zoals VNG en GGD-NL zijn nodig om voor de stimulering, facilitering en lange termijn focus van het decentrale veld door het CGL een vruchtbare voedingsbodem te creëren. Dit is bij aanvang van het CGL door de minister van VWS erkend (zie figuur 1.2), maar is in de praktijk voor het CGL nog onvoldoende merkbaar.

In de derde plaats betreft dit accounthoudersoverleg binnen VWS. Zoals gezegd vindt de aansturing van de GBI's op hun participatie in het CGL plaats door de afzonderlijke accounthouders binnen het ministerie van VWS. Ook het CGL (RIVM-leiding en -coördinatoren) heeft een eigen accounthouder. In de dagelijkse praktijk merkt het CGL dat er onvoldoende sprake is van een duidelijke en consistente lijn in de aansturing van het CGL en de GBI's door de accounthouders van VWS, gebaseerd op een onderlinge en met het CGL afgestemde visie.

Naast voornoemde overlegstructuren verdient de wijze van afstemmen van het CGL met zowel de vraagzijde als de aanbodzijde aandacht. De huidige klankbordgroep van het CGL kent voor wat betreft de vraagzijde (gemeenten, GGD'en, lokale professionals) nogal een ad-hoc karakter: slechts enkele partijen zijn aangehaakt en zij staan onvoldoende model voor het veld in het algemeen c.q. kunnen het veld onvoldoende vertegenwoordigen. Voor wat betreft de aanbodzijde is de klankbordgroep thans beperkt tot de GBI's, vanwege het CGL als samenwerkingsverband van RIVM en GBI's. De GBI's hebben aangegeven dat zij het CGL willen meebesturen. Als dit zou worden gehonoreerd volstaat een klankbordgroep niet.

### *3.1.3 Activiteiten*

Het CGL werkt op dit moment concreet in vier werkplaatsen.

#### Werkplaats Loket

Ten eerste is er de Werkplaats Loket. Deze werkplaats is gericht op het eind 2008 operationeel zijn van een database waarin alle in Nederland toegepaste leefstijlinterventies zijn opgenomen, inclusief ondersteunende informatie voor de lokale professional bij de voorbereiding en uitvoering van gezondheidsbevordering. De database moet overzicht bieden over wat er überhaupt aan interventies bestaat. In de database zullen derhalve ook niet gewaarmerkte interventies zitten. In verband met de tijd die het kost om interventies te certificeren zal dit gedurende langere tijd het geval zijn.

### Werkplaats Certificeren van interventies

Ten tweede is er de Werkplaats Certificeren van interventies. Deze werkplaats is gericht op het ontwikkelen van een breed gedragen beoordelingssysteem dat gebruikers informatie biedt over de kwaliteit en effectiviteit van beschikbare interventies. Deze informatie helpt gebruikers een goede keuze te maken uit het beschikbare aanbod en moet eraan bijdragen dat lokale professionals in toenemende mate gebruik gaan maken van door het CGL als 'evidence-based', 'effectief' en/of 'best practise' gewaarmerkte interventies. Op [www.rivm.nl/gezondleven](http://www.rivm.nl/gezondleven) zal steeds een actueel overzicht worden gepresenteerd van interventies die met het ontwikkelde systeem zijn gecertificeerd. Op dit moment is er een spanning waarneembaar tussen het toenemende accent dat vanuit de professie wordt gelegd op het enkel certificeren van daadwerkelijk bewezen ('evidence-based') interventies en de meer basale behoefte van de uitvoeringspraktijk aan voornamelijk niet al te complexe best practises met een indicatie van de kosteneffectiviteit.

### Werkplaats Monitoren vraag en aanbod

Ten derde is er de Werkplaats Monitoren vraag en aanbod. Deze werkplaats is gericht op het systematisch in kaart brengen van de vraag naar interventies door lokale professionals en het in Nederland beschikbare aanbod. Deze werkplaats kijkt voorts naar de implementatiegraad en het bereik van interventieactiviteiten (welke interventies worden er in de uitvoeringspraktijk geïmplementeerd en met welk resultaat?). Deze werkplaats is voorwaardenscheppend voor de Werkplaats Loket en de Werkplaats Certificeren van interventies. Deze werkplaats is voorts van groot belang voor een goede vraagarticulatie door het CGL.

### Werkplaats Gezonde school

Ten slotte is er de Werkplaats Gezonde school. Deze werkplaats is primair gericht op het beter voor GGD'en toepasbaar maken van de zogenoemde 'Gezonde school methode'. In deze werkplaats wordt derhalve een settinggericht programma van leefstijlinterventies geproduceerd. De werkplaats richt zich via de methode ook op het bevorderen van de verbinding tussen de onderwijssector en actoren uit de gezondheidsbevordering. De Werkplaats Gezonde school functioneert niet soepel. De eerder in paragraaf 3.1.2 weergegeven problemen op het vlak van tijd, deskundigheid en werkproces doen zich met name in deze werkplaats duidelijk voelen.

### Handleidingen voor lokaal gezondheidsbeleid

Naast de vier werkplaatsen coördineert het CGL de ontwikkeling van zogenoemde 'Handleidingen voor lokaal gezondheidsbeleid'. Het CGL zorgt voorts voor het actief verspreiden, beheren, evalueren en bijstellen van de handleidingen (lange termijn focus).

Handleidingen zijn een hulpmiddel voor decentrale beleidsmakers en bieden ondersteuning bij het formuleren en uitwerken van lokaal gezondheidsbeleid. Een Handleiding bevat een voor een bepaald thema of onderwerp samengesteld pakket van beschikbare en op elkaar afgestemde

leefstijlinterventies. Een Handleiding kan zodoende worden gezien als wat eerder in dit rapport wel is genoemd 'een samenhangend programma van leefstijlinterventies' (zie onder andere kritische succesfactor 2). Een Handleiding is voorts vergelijkbaar met wat in de 'hardere' onderdelen van de gezondheidszorg 'professionele richtlijnen' worden genoemd<sup>6</sup>, zij het dat een Handleiding zachter en minder dwingend is dan een professionele richtlijn.

Op dit moment bestaan er vier themagerichte handleidingen, ontwikkeld door GBI's, te weten:

- Tabakspreventie in Lokaal Gezondheidsbeleid (Stivoro).
- Overgewicht in Lokaal Gezondheidsbeleid (Voedingscentrum).
- Depressie in Lokaal Gezondheidsbeleid (Trimbos).
- Alcohol in Lokaal Gezondheidsbeleid (Trimbos).

Het CGL evalueert deze handleidingen thans door het bevragen van de gebruikers ervan (gemeenten, GGD'en, GGZ-instellingen).

Verder is een Handleiding 'Reductie sociaal-economische gezondheidsverschillen' in ontwikkeling (RIVM/VTV) en heeft het CGL ambities op het vlak van het zorgen voor een themaoverstijgende Handleiding 'Integraal Gezondheidsbeleid (IGB)' die gebiedsgericht kan worden toegepast ('gezonde wijk, stad, regio'). In principe wordt in de bovengenoemde Werkplaats Gezonde school van het CGL gewerkt aan een Handleiding 'Schoolgezondheidsbeleid'.

### 3.1.4 Stijl en staf

Het CGL heeft enerzijds tot taak om de wetenschappelijke kwaliteit van (interventies voor) gezondheidsbevordering te verhogen. Anderzijds moet het CGL inspelen op de uitvoeringspraktijk, waar mensen vooral hechten aan praktische bruikbaarheid en best practises, mede gedwongen door de omstandigheden (zoals voor gezondheidsbevordering beschikbare budgetten). Het CGL heeft kort gezegd te maken met een inherent spanningsveld tussen wetenschap en praktijk. Het CGL zal dit spanningsveld moeten (h)erkennen en managen teneinde een goede balans te vinden en beide 'werelden' met elkaar te verbinden. Dat de thuisbasis van het CGL een van oorsprong wetenschappelijk gedreven kennisinstituut met dito medewerkers is, kan het CGL hierbij hinderen. Op dit moment indiceren signalen uit de uitvoeringspraktijk in ieder geval, dat het CGL voornoemde balans nog onvoldoende heeft gevonden. Overigens zonder dat daarmee is gezegd dat het CGL beter elders kan worden ondergebracht. Integendeel: onderbrenging van het CGL bij het RIVM wordt algemeen als sterk

---

<sup>6</sup> Professionele richtlijnen (ook wel 'richtlijnen voor verantwoorde zorg') komen uit de medische wetenschap en geven aan hoe zorgprofessionals (bijvoorbeeld huisartsen) en -instellingen bij het signaleren van bepaalde symptomen geacht worden te handelen. Professionele richtlijnen zijn niet bindend. Het zijn door het veld gedragen en krachtig aanbevolen adviezen, waarvoor de pas-toe-of-leg-uitregel geldt: afwijkend handelen moet de professional of instelling met argumenten kunnen verontschuldigen of rechtvaardigen. RIVM/Cib en RIVM/LAGM hebben als taak om professionele richtlijnen te ontwikkelen en beheren. Hiervoor geldt een (relatief strikt) RIVM-kader met uitgangspunten ('Richtlijnen voor verantwoorde zorg en de rol van de RIVM-centra voor publieke gezondheidszorg – een algemeen RIVM-kader voor ontwikkeling en beheer van richtlijnen').

gezien, met name gelet op de taak om leefstijlinterventies onafhankelijk en professioneel te beoordelen en te waarmerken/certificeren.

Het op een goede manier verbinden van wetenschap en praktijk vertoont tot slot spanning met de door VWS en GBI's wel genoemde rol van het CGL als dwingende marketinginstelling die 'producten in de markt zet' (lees: interventies van de GBI's aan de gezondheidsbevorderingssector 'verkoopt' op basis van een dwingende marketingstrategie).

### **3.2 Relatieve sterkten en zwakten huidige organisatie CGL**

Afgemeten aan de in paragraaf 2.4.3 opgenomen kritische succesfactoren, kunnen de sterkten en zwakten van de huidige organisatie van het CGL als volgt worden benoemd.

#### *3.2.1 Relatieve sterkten*

##### 1. Producten die in principe voorzien in de behoeften van de uitvoeringspraktijk

De producten waar het CGL thans voor zorgt voorzien in principe in de behoeften van de uitvoeringspraktijk (gemeenten, GGD'en, GGZ's, et cetera).

De Werkplaats Loket voorziet straks in de behoefte aan een gestructureerd en laagdrempelig toegankelijk (internet) overzicht van alle bestaande leefstijlinterventies. De Werkplaats Loket schept orde in de chaos van interventies die de uitvoeringspraktijk ervaart (vergelijk kritische succesfactor 1, paragraaf 2.4.3).

De Werkplaats Certificeren van interventies voorziet straks in principe in de vraag van de uitvoeringspraktijk naar inzicht in welke interventies beter/slechter werken en inzicht in de kosteneffectiviteit van interventies.

De Handleidingen voorzien in de behoefte van de uitvoeringspraktijk aan programma's van op elkaar afgestemde interventies. Themagericht (roken, et cetera), maar straks ook settinggericht en integraal (gebiedsgericht) via bijvoorbeeld een Handleiding Schoolgezondheidsbeleid en een Handleiding Integraal Gezondheidsbeleid.

##### 2. De onbetwiste positie van het RIVM inzake beoordeling, waarmerking en agendazetting

Het RIVM staat voor betrokken actoren als thuisbasis van het CGL in principe garant voor onafhankelijkheid en het op basis van (wetenschappelijke) kennis kunnen opbouwen van een gezaghebbende status op het gebied van (interventies voor) gezondheidsbevordering. Onafhankelijke beoordeling van interventies en het op grond daarvan op een professionele manier waarmerken van interventies (vergelijk kritische succesfactor 3), alsmede lange termijn agendazetting en -bewaking en het in lijn hiermee zorgen voor het laten beheren, onderhouden en actualiseren van daarbij passende (programma's van) interventies (vergelijk kritische succesfactor 4) zijn activiteiten waarvan de actoren in de uitvoeringspraktijk (zoals GGD'en) bij voorrang hechten aan uitvoering ervan door/bij het RIVM. Ook de GBI's (h)erkennen dit.



### 3.2.2 Relatieve zwakten

#### 1. Het CGL als samenwerkingsverband of netwerkorganisatie van RIVM en GBI's

De strategie dat het CGL primair een samenwerkingsverband of netwerkorganisatie is van het RIVM en de GBI's (die van het ministerie van VWS ieder 1 fte per jaar aan het CGL moeten leveren) werkt in verschillende opzichten contraproductief:

- a. De CGL coördinatoren van het RIVM zijn binnen de huidige verhoudingen niet in staat om de noodzakelijke bijdrage van de GBI's aan het CGL te sturen/regisseren. Het bestaande sturingsinstrument (subsidievoorwaarden) schiet tekort door het huidige algemene karakter ervan en het feit dat de GBI's daar niet volledig mee kunnen worden geraakt (vanwege andere financiers). Bovendien zijn het de accounthouders bij VWS (en RIVM/Cib wat betreft Schorer stichting en Soa-Aids) en niet de RIVM/CGL coördinatoren die over het bestaande sturingsinstrument van de subsidievoorwaarden beschikken. Zij gebruiken dit sturingsinstrument voorts verschillend, zo merkt het CGL. Het lichte advies van het CGL over de VWS-subsidies aan de GBI's heeft vooralsnog weinig impact. In termen van de eerder gepresenteerde regievormen, beschikken de RIVM/CGL coördinatoren niet over doorzettingsmacht richting de GBI's. De doorzettingsmacht van de accounthouders bij VWS is in de praktijk tevens beperkt. Dit zorgt voor de in paragraaf 3.1.2 beschreven problemen op het vlak van tijd, deskundigheid en werkproces die de RIVM-coördinatoren ervaren.
- b. Dat het CGL een samenwerkingsverband of netwerkorganisatie is van het RIVM en de GBI's leidt tot de op zichzelf logische vraag van de GBI's om het CGL mee te besturen en actief betrokken te zijn bij de besluitvorming binnen het CGL (de GBI's als 'aandeelhouder'), terwijl dit vanwege de agentschapstatus en de Wet op het RIVM formeel gezien nauwelijks realiseerbaar is.
- c. Omdat het CGL een samenwerkingsverband is van het RIVM en de GBI's, bestaat bij de GBI's het beeld dat hun interventies leidend (horen te) zijn in het aanbod van (gewaarmerkte) interventies dat de uitvoeringspraktijk via het CGL gepresenteerd krijgt. Officiële stukken in de aanloop naar de oprichting van het CGL bevestigen de GBI's in dit beeld (zie paragraaf 1.1). Dit, terwijl niet a priori vaststaat dat de interventies van de GBI's (het beste) aansluiten bij de behoeften van de uitvoeringspraktijk en het aantal aanbieders van leefstijlinterventies en de diversiteit ervan groeit. Anders gezegd: het CGL kan vanwege de verbintenis met de GBI's onvoldoende onafhankelijk opereren ten aanzien van de diverse aanbieders van interventies en heeft onvoldoende de handen vrij om in de etalage te zetten en te laten ontwikkelen waar de uitvoeringspraktijk daadwerkelijk behoefte aan heeft (vergelijk kritische succesfactor 2). Dit laatste overigens ook vanwege de ontbrekende doorzettingsmacht van de CGL coördinatoren richting de GBI's (zie hiervoor bij punt a). Als die doorzettingsmacht er wel zou zijn, zou het samenwerkingsverband met de GBI's vanuit deze optiek minder problematisch zijn (afgezien van het in die situatie nog steeds niet goed kunnen benutten van het aanbod van andere aanbieders).

- d. De exclusieve relatie van het RIVM met de GBI's kan afbreuk doen aan de activiteiten van het CGL op het vlak van het onafhankelijk beoordelen van interventies en het op basis daarvan waarmerken/certificeren ervan (vergelijk kritische succesfactor 3). Zeker gezien het huidige groeiend aantal verschillende aanbieders van interventies en in een situatie dat de GBI's – zoals zij graag willen – het CGL mee zouden besturen. Ook kan de exclusieve relatie van het RIVM met de (ontwikkelingsgedreven) GBI's verhinderen dat de van het CGL verlangde lange termijn focus in combinatie met beheer, onderhoud en actualisatie van (programma's van) leefstijlinterventies in voldoende mate van de grond komt (vergelijk kritische succesfactor 4).
- e. Het CGL als samenwerkingsverband van RIVM en GBI's spoort niet goed met de activiteiten van het CGL op het vlak van het ontwikkelen van met professionele richtlijnen vergelijkbare Handleidingen. Voor deze activiteiten moet het CGL onafhankelijk kunnen opereren.

Voorgaande punten samengevat, hebben het RIVM en de GBI's niet hetzelfde belang bij het CGL, terwijl dit voor een succesvol gezamenlijk CGL wel vereist is.

## 2. Het CGL wordt onvoldoende geschraagd door adequate en structurele overlegstructuren

Het CGL wordt op dit moment onvoldoende geschraagd door adequate en structurele overlegstructuren, waarbij het CGL op een structurele manier betrokken is.

Dit betreft in de eerste plaats overlegstructuren om de juiste omgeving voor het functioneren van het CGL te creëren. Met name:

- Interdepartementaal overleg. Naarmate centrale beleidskaders (gezondheidsbevordering en preventie, Arbo, onderwijs, ruimtelijke ordening, wijken, et cetera) beter op elkaar zijn afgestemd, is het gemakkelijker om op decentraal niveau integraal (settinggericht) te werken en hierbij passende (programma's van) interventies te ontwikkelen, stimuleren en faciliteren (vergelijk kritische succesfactor 2).
- Interbestuurlijk overleg. Naarmate het bestuurlijk overleg tussen het ministerie van VWS en de koepels van de lokale actoren (VNG, GGD-NL, GGZ-NL, et cetera) structureler en hechter van karakter is, kan het CGL de lokale uitvoeringspraktijk gemakkelijker en met meer legitimiteit stimuleren, faciliteren en lange termijn focus geven (vergelijk kritische succesfactor 4).
- Accounthoudersoverleg VWS. Naarmate de GBI's eenduidiger en consistenten worden aangestuurd door de accounthouders van VWS in overleg met het CGL, kan het CGL gemakkelijker met de GBI's samenwerken.

Dit betreft in de tweede plaats overlegstructuren om het primaire proces van het CGL goed te laten verlopen en aan te takken op enerzijds de vraagzijde en anderzijds de aanbodzijde. De huidige klankbordgroep is hiervoor onvoldoende geschikt.

### 3. Verskillende verwachtingspatronen met betrekking tot het CGL

Wat van het CGL precies wordt verwacht verschilt. Het ministerie van VWS lijkt een redelijk dwingend sturend CGL voor ogen te staan, zowel richting GBI's als richting de lokale uitvoeringspraktijk. De GBI's sluiten zich hierbij aan voor wat betreft het door het CGL sturen van de uitvoeringspraktijk op hun producten. De lokale actoren uit de gezondheidsbevordering (gemeenten, GGD'en) denken eerder aan een stimulerend en faciliterend CGL, vanuit het feit dat de verantwoordelijkheid voor gezondheidsbevordering wettelijk gezien op lokaal niveau is neergelegd en in de wetenschap dat het CGL geen instrumenten ter beschikking heeft om de lokale uitvoeringspraktijk dwingend te sturen. Het CGL erkent dit, alsmede het feit dat het CGL thans ook geen instrumenten heeft om de GBI's te sturen (geen doorzettingsmacht). Het is onder deze omstandigheden lastig voor het CGL om betrokken partijen, alsmede opdrachtgever VWS, tevreden te stellen. Een duidelijke en eenduidige keuze met betrekking tot het (de) type(n) regisseur dat (die) het CGL is, en ook het zo nodig verkrijgen van de daarbij behorende instrumenten is noodzakelijk, maar thans niet vanzelfsprekend (vergelijk kritische succesfactor 5).

### 4. De balans tussen wetenschap en praktijk

De uitvoeringspraktijk heeft behoefte aan best practises met een indicatie van de kosteneffectiviteit die qua implementatie niet al te complex (en daarmee duur) zijn. Omdat (programma's van samenhangende) interventies die hier niet aan voldoen niet grootschalig zullen worden gebruikt, is het van belang dat het CGL een balans vindt tussen enerzijds de behoefte aan niet te complexe best practises en anderzijds de ontwikkeling richting het enkel nog werken met en waarmerken/certificeren van qua effectiviteit wetenschappelijk bewezen interventies (evidence-based). Het profiel van het RIVM en de meeste RIVM-ers – wetenschappelijk gedreven kennisinstituut / medewerkers – kan het CGL hinderen bij het vinden van deze balans en het doen van concessies aan de wetenschappelijkheid van interventies ten behoeve van de meer praktisch georiënteerde uitvoeringspraktijk (vergelijk kritische succesfactor 3).

## 4. Conclusie, eisen aan de organisatie en strategische opties CGL

### 4.1 Conclusie externe en interne analyse

De eerste vraag die leidend was voor de onderhavige strategische doorlichting luidde: 'waarom is er onduidelijkheid over de positie en rol van het CGL en waarom werkt het CGL niet geheel zoals bedoeld?'

De in de voorgaande hoofdstukken gepresenteerde externe en interne analyse leiden in combinatie tot de conclusie dat dit in ieder geval niet ligt aan het feit dat het CGL ongewenst zou zijn in de gezondheidsbevorderingssector en daarin geen rol of meerwaarde zou kunnen hebben. Integendeel. De actoren uit de gezondheidsbevordering zien meerwaarde in het CGL. ZonMw, GBI's en uitvoerende actoren als GGD'en zitten in belangrijke mate op één lijn wat betreft een CGL dat:

- Voor de lokale uitvoeringspraktijk overzicht creëert over en structuur brengt in de bestaande leefstijlinterventies.
- Leemten in de lokale uitvoeringspraktijk signaleert en hierop – bijvoorbeeld via ZonMw – toegesneden nieuwe interventies laat ontwikkelen, dan wel zorgt voor hierop toegesneden (integrale, settinggerichte) programma's van samenhangende interventies (kortom: vraagarticulatie ten behoeve van interventieontwikkeling en –bundeling voor settings).
- De kwaliteit van bestaande en nieuwe interventies onafhankelijk beoordeelt en de interventies op basis van deze onafhankelijke beoordeling waarmerkt c.q. van een kwaliteitslabel voorziet.
- Een lange termijn agenda voor gezondheidsbevordering maakt en bewaakt en in lijn hiermee zorgt voor het beheren, onderhouden en actualiseren van bij deze lange termijn agenda passende (programma's van samenhangende) interventies.

Ook het feit dat het RIVM als thuisbasis voor het CGL fungeert staat niet of nauwelijks ter discussie. Het RIVM staat voor betrokken actoren als thuisbasis van het CGL in principe garant voor onafhankelijkheid en het op basis van (wetenschappelijke) kennis kunnen opbouwen van een gezaghebbende status op het gebied van (interventies voor) gezondheidsbevordering. Onafhankelijke beoordeling van interventies en het op grond daarvan op een professionele manier waarmerken van interventies, en ook lange termijn agendazetting en -bewaking zijn activiteiten waarvan de actoren in de uitvoeringspraktijk (zoals GGD'en) bij voorrang hechten aan uitvoering ervan door/bij het RIVM. Ook de GBI's (h)erkennen dit. Zoals aangegeven in paragraaf 3.2.2 wordt van het RIVM hierbij wel een balans tussen wetenschap en praktijk verwacht.

Waarom ligt het dan wel dat het CGL organisatorisch niet werkt zoals bedoeld? Wat zijn de wezenlijke faalfactoren?

De in de voorgaande hoofdstukken gepresenteerde externe en interne analyse brengen in combinatie ten eerste een wezenlijke inherente weeffout in de organisatorische vormgeving aan

het licht die voor problemen zorgt: het feit dat het CGL is neergezet als samenwerkingsverband of netwerkorganisatie van RIVM en GBI's, terwijl beiden niet hetzelfde belang bij het CGL hebben. Gegeven de ontwikkelingen in de sector en de hieruit volgende rollen, taken en kritische succesfactoren voor het CGL is het organisatorisch vormgeven van het CGL als een (exclusief) samenwerkingsverband van het RIVM en de GBI's niet logisch. Het RIVM/CGL heeft niet de handen vrij, terwijl de rollen, taken en kritische succesfactoren in belangrijke mate een onafhankelijk RIVM/CGL vereisen dat juist de handen vrij heeft om los van belangen de uitvoeringspraktijk optimaal te kunnen bedienen. Qua uitvoering is dit ook mogelijk, want voor het goed vervullen van de kerntaken (hierboven met bolletjes samengevat) heeft het RIVM de GBI's in een meewerkende uitvoerende rol niet nodig. Dat de (exclusieve) koppeling tussen het RIVM en de GBI's er wél ligt leidt af van waar het werkelijk om gaat, en zorgt (mede gezien andere belangen van de GBI's) voor vraagstukken en discussies die onnodig en niet functioneel zijn op het vlak van onder andere: de personele inzet (kwantitatief en kwalitatief), de besturing en besluitvorming (GBI's willen meebeslissen, maar formeel is dit lastig), de focus (ontwikkeling en innovatie versus structurele implementatie van wat bestaat), de exclusiviteit van het aanbod van interventies (GBI's zien het CGL als hun 'verkoopkanaal') en de onafhankelijke positie van het CGL in de gezondheidsbevorderingssector, tussen vraag en aanbod. Het CGL is door dit alles relatief veel met interne organisatieperikelen bezig geweest en worstelt om op een goede manier uit de startblokken te komen. Verschillende verwachtingspatronen en beelden van het CGL als regisseur binnen de gezondheidsbevorderingssector (dwingend sturend versus faciliterend en stimulerend) versterken deze worsteling. Het thans enige overlegorgaan met de vraag- en aanbodzijde (klankbordgroep) is voorts een te zwakke en hybride afstemmingsstructuur om dit te veranderen.

De in de voorgaande hoofdstukken gepresenteerde externe en interne analyse leiden ten tweede tot het inzicht dat het CGL thans onvoldoende wordt geschraagd door en betrokken is bij adequate en structurele overlegstructuren, terwijl dit gezien de kritische succesfactoren wel noodzakelijk is:

- Voor het kunnen laten ontwikkelen en implementeren van integrale settinggerichte programma's van interventies zijn op elkaar afgestemde centrale beleidskaders een voorwaarde. Het interdepartementale overleg sluit hierop thans onvoldoende aan.
- Voor het goed kunnen stimuleren, faciliteren en lange termijn focus geven van de decentrale uitvoeringspraktijk is bestuurlijk overleg tussen het ministerie van VWS en koepelorganisaties (zoals VNG, GGD-NL, GGZ-NL, en dergelijke) belangrijk. Het bestaande interbestuurlijk overleg behoeft tegen deze achtergrond versterking.
- Voor het goed kunnen samenwerken met de GBI's is het van belang dat zij door het ministerie van VWS eenduidig en op met het CGL afgestemde wijze worden aangestuurd. Het bestaande overleg ter zake behoeft tegen deze achtergrond versterking (accounthoudersoverleg, afgestemd met het CGL).

Uiteraard zijn er meer faalfactoren die maken dat het CGL het moeilijk heeft gehad in het afgelopen jaar. Het langdurig niet vervuld zijn van de vacature voor een centrumhoofd heeft bij partijen in de uitvoeringspraktijk bijvoorbeeld geleid tot twijfels over de ernst die het VWS en RIVM

eigenlijk is met het tot wasdom brengen van het CGL. Ook is in de gespreksronde wel gezegd dat een jaar eigenlijk te kort is om goed de balans op te kunnen maken en dat het CGL de tijd moet worden gegund om zich een positie te verwerven. Zonder aan deze verzachtende omstandigheden en op zichzelf valide factoren voorbij te willen gaan, zijn de auteurs niettemin van mening, dat de hiervoor aangeduide inherente weeffout in de organisatorische vormgeving van het CGL, alsmede het onvoldoende zijn vormgegeven van de aangegeven overlegstructuren van primair en fundamenteel belang zijn voor het goed kunnen functioneren van het CGL en als zodanig met voorrang moeten worden (h)erkend en opgelost (zie paragraaf 4.2).

## 4.2 Eisen aan de organisatie

De tweede vraag die leidend was voor de onderhavige strategische doorlichting luidde: 'onder welke condities zou het CGL beter kunnen functioneren?'. In deze paragraaf wordt ter beantwoording van deze vraag achtereenvolgens ingegaan op: de eisen aan de organisatorische vormgeving van het CGL (4.2.1), de eisen aan de organisatorische inbedding van het CGL (overlegstructuren, 4.2.2) en de overige eisen (4.2.3).

### 4.2.1 Eisen aan de organisatorische vormgeving van het CGL

Uit de externe en interne analyse volgen, gecombineerd met de in paragraaf 4.1 gegeven verklaringen voor het thans niet zoals bedoeld functioneren van het CGL, twee hoofdeisen voor de organisatorische vormgeving van het CGL, teneinde goed te kunnen functioneren.

#### 1. Onafhankelijk en vrij van belangen de kerntaken kunnen uitvoeren

Het CGL moet onafhankelijk en vrij van belangen kunnen opereren. Het RIVM wordt door alle betrokken actoren gezien als een adequate thuisbasis voor een onafhankelijk en belangenvrij CGL. Het CGL moet bij het RIVM op een voor de kerntaken – zie voor deze taken onder andere de opsomming in paragraaf 4.1 – juiste schaal (qua kwantiteit en kwaliteit van de bemensing, apparatuur, et cetera) worden ingericht. Dit betekent dat het CGL dan voor de kerntaken (primair proces) niet langer mede is aangewezen op uitvoerende menskracht van andere (belanghebbende) actoren uit de gezondheidsbevorderingssector, zoals thans de GBI's. Het CGL is als organisatie geen samenwerkingsverband of netwerkorganisatie, maar een onderdeel van het RIVM. Uiteraard is het van belang dat het CGL als RIVM-centrum en gegeven de kerntaken goede banden onderhoudt en regelmatig overlegt en afstemt met alle actoren uit de gezondheidsbevordering, teneinde het functioneren van het netwerk van gezondheidsbevorderende actoren te bevorderen. Maar dit is wezenlijk anders dan een samenwerkingsverband of netwerkorganisatie zijn. Het CGL is geen netwerkorganisatie, maar een organisatie die netwerken activeert en daarin participeert.

#### 2. Een duidelijke en eenduidige keuze met betrekking tot de wijze waarop het CGL zich tot de aanbieders van en vragers naar interventies verhoudt – met andere woorden: duidelijkheid over het type regisseur dat het CGL is – en het adequaat instrumenteren van deze keuze

Het CGL functioneert gezien de kerntaken tussen de vragers naar en de aanbieders van interventies. Het CGL wordt gezien als een regisseur. Om als regisseur ten aanzien van c.q. tussen vraag en aanbod goed te kunnen functioneren, moet er een voor alle partijen duidelijke en eenduidige keuze worden gemaakt over de wijze waarop het CGL zich als regisseur tot de vragers respectievelijk de aanbieders verhoudt (stroomlijnen verwachtingen met betrekking tot het CGL en de relaties van het CGL met de vraag- en aanbodzijde). Of anders gezegd: hoe gaat het CGL netwerken van vragers en netwerken van aanbieders activeren en daarin participeren en welke instrumenten heeft het CGL daarbij nodig? Deze vraag staat centraal in paragraaf 4.3.

#### *4.2.2 Eisen aan de organisatorische inbedding van het CGL (overlegstructuren)*

Naast de in paragraaf 4.2.1 opgenomen eisen aan de organisatorische vormgeving van het CGL, zijn er eisen aan de organisatorische inbedding van het CGL. Dit betreft de beschikbaarheid van adequate ondersteunende overlegstructuren, waarbij het CGL betrokken is. De vereiste ondersteunende overlegstructuren zijn als volgt:

- Interdepartementaal overleg (VWS, OC&W, SZW, VROM, et cetera) voor het afstemmen van centrale beleidskaders ten behoeve van het kunnen ontwikkelen en implementeren van integrale settinggerichte (programma's van) interventies.
- Interbestuurlijk overleg (VWS, VNG, GGD-NL, GGZ-NL, et cetera) voor het gemakkelijker en met meer legitimiteit kunnen stimuleren, faciliteren en lang termijn focus geven van de lokale uitvoeringspraktijk (vraagzijde).
- Accounthoudersoverleg (accounthouders VWS, CGL) voor het gemakkelijker kunnen samenwerken met de GBI's (aanbodzijde).

#### *4.2.3 Overige eisen*

De lokale uitvoeringspraktijk heeft behoefte aan kennis over en ondersteuning bij het implementeren van (programma's van) interventies. Als er geen implementatieondersteuningsfunctie komt om in deze behoefte te voorzien, dan bestaat het risico dat de (programma's van) interventies van het CGL niet of niet juist worden toegepast. Zoals aangegeven in hoofdstuk 2 zit de totstandkoming van een implementatieondersteuningsfunctie in een impasse. Een denkbaar alternatief voor de gestrande initiatieven op dit vlak in de afgelopen periode is wellicht het vormgeven van deze functie volgens de zogenoemde 1 – 5 – 25 formule. In deze formule staat de '1' voor het RIVM (CGL), de '5' voor vijf regionale GGD'en en de '25' voor 25 decentrale GGD'en. Verschillende centra van het RIVM hebben reeds ervaring met deze formule opgedaan. Het nader onderzoeken en uitwerken van de implementatieondersteuningsfunctie volgens de 1 – 5 – 25 formule valt buiten de scope van het onderhavige onderzoek en vereist een specifieke verkenning. Derhalve wordt hier in de rest van dit rapport geen aandacht aan besteed.

### **4.3 Strategische opties organisatorische vormgeving en inbedding CGL**

De derde vraag die leidend was voor de onderhavige strategische doorlichting luidde: 'welke strategische opties voor de organisatorische vormgeving en inbedding van het CGL zijn er binnen de gestelde condities aan de organisatie?'

In antwoord op deze vraag worden in deze paragraaf strategische opties voor de organisatorische vormgeving van de relaties van het CGL met enerzijds de vragers naar (paragraaf 4.3.1) en anderzijds de aanbieders van leefstijlinterventies (paragraaf 4.3.2) beschreven. Ingegaan wordt op het type regisseur dat het CGL voor vragers en aanbieders wel en niet kan zijn en op de noodzakelijke overlegstructuren (inbedding). Dat het CGL een onderdeel is van het RIVM (conform hoofdeis 1 uit paragraaf 4.2.1) en niet langer functioneert als een samenwerkingsverband of netwerkorganisatie van RIVM en GBI's hebben de auteurs hierbij voorondersteld. In paragraaf 4.3.3 wordt tot besluit aandacht besteed aan de verankering of inbedding van het CGL op rijksniveau.

#### *4.3.1 De relatie met en de regie ten aanzien van de lokale uitvoeringspraktijk / vraagzijde*

In Nederland zijn de gemeenten bij wet primair verantwoordelijk voor de OGZ waarvan gezondheidsbevordering een onderdeel is. Daarbij nemen zij, naast de lokale en regionale situatie, de landelijke prioriteiten uit de Preventienota van VWS in acht. De gemeenten en/of hun lokale uitvoeringsorganisaties en partners (zoals GGD'en, GGZ's e.d.) beslissen zelf over de instrumenten en (programma's van) leefstijlinterventies die zij inzetten en zij hechten daar gezien hun verantwoordelijkheid voor dit onderwerp ook zeer aan ('geen verantwoordelijkheid zonder beslissingsbevoegdheid'). Periodiek worden de gemeenten door de IGZ beoordeeld.

Kijkend naar de eerder in figuur 2.3 en 2.4 weergegeven regievormen en het juist hierboven gestelde inzake de lokale verantwoordelijkheid, is een CGL dat de lokale uitvoeringspraktijk met veel doorzettingsmacht regisseert onder de huidige omstandigheden niet wenselijk en mogelijk. De sturingsmogelijkheden van het CGL ten aanzien van de uitvoeringspraktijk zijn beperkt en uitbreiding van die mogelijkheden ligt onder de huidige omstandigheden ook niet voor de hand. Daarvoor zou de sturingsfilosofie van het gezondheidsbevorderingsbeleid vergaand moeten worden aangepast, in casu worden gecentraliseerd, wat de komende jaren niet wordt verwacht. Dit betekent dat het CGL voor de lokale uitvoeringspraktijk, in termen van figuur 2.3 en 2.4, in eerste instantie primair een faciliterende (figuur 2.3) of procesgerichte (figuur 2.4) regisseur zal zijn. Dit komt overeen met het beeld dat de lokale uitvoeringspraktijk van de regierol van het CGL heeft.

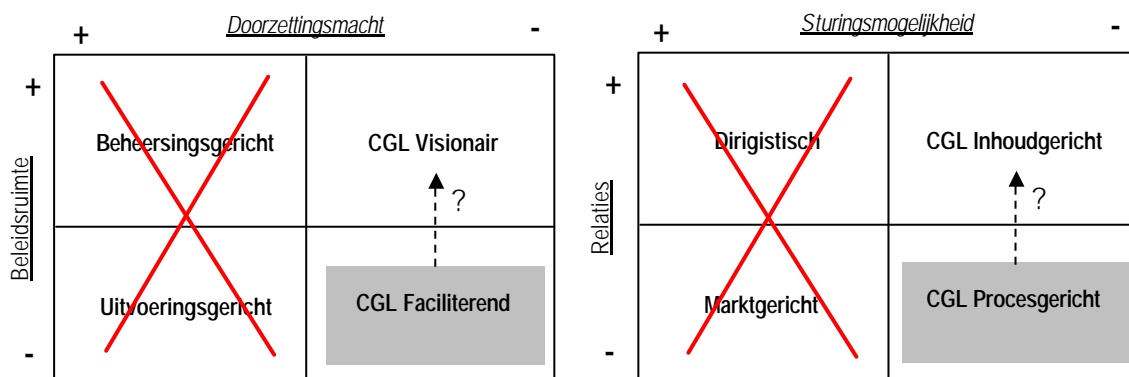
Afhankelijk van de vraag in hoeverre het CGL zelf ruimte heeft of krijgt voor visieontwikkeling met betrekking tot gezondheidsbevordering en preventie (te bepalen door het ministerie van VWS) (figuur 2.3) dan wel of de relaties van het CGL met de lokale partijen nauw zijn of zich in die richting ontwikkelen, kan het CGL in de loop van de tijd wellicht opschuiven van een faciliterende naar een visionaire regisseur (figuur 2.3) respectievelijk van een procesgerichte naar een inhoudgerichte regisseur (figuur 2.4).

Opschuiven van een faciliterende naar een visionaire regisseur past op zichzelf bij de eerder genoemde behoefte van het veld aan een CGL dat een lange termijn agenda voor

gezondheidsbevordering maakt en bewaakt. Hiervoor is wel een randvoorwaarde dat het CGL ruimte krijgt voor visieontwikkeling en -uitdraging van het ministerie van VWS, want op dit moment is het RIVM (VTV, CGL) weliswaar nauw betrokken bij documenten zoals de Preventievisie, maar de uiteindelijke afzender ervan is de minister van VWS en niet het RIVM (VTV, CGL).

Opschuiven van een procesgerichte naar een inhoudgerichte regisseur lijkt op korte termijn lastiger voor het CGL. Op dit moment hecht de lokale uitvoeringspraktijk namelijk aan de eigen verantwoordelijkheid. Om als inhoudgerichte regisseur afspraken met lokale partijen te maken over bijvoorbeeld in te zetten interventies, zal het CGL vermoedelijk eerst gezag moeten opbouwen bij de lokale uitvoeringspraktijk door deze goed van dienst te zijn met de taken en taakvervulling die de lokale praktijk van het CGL verwacht. Afspraken maken over door de lokale uitvoeringspraktijk in te zetten interventies lijkt op korte termijn eerder een kwestie die op bestuurlijk niveau moet worden geregeld, tussen het ministerie van VWS en VNG en/of GGD-NL (zie figuur 1.2). Eventueel zou de IGZ op termijn het maken van afspraken kunnen bevorderen, bijvoorbeeld concluderende dat een x % gemeenten wel/niet werkt met gewaarmerkte interventies ('naming & faming' / 'naming & shaming').

In figuur 2.5 is het voorgaande samengevat, aan de hand van de eerder gepresenteerde regievormen.



Figuur 2.5: Het type regisseur dat het CGL is en kan worden ten aanzien van de lokale uitvoeringspraktijk

Het is voor het CGL als faciliterende of procesgerichte regisseur van groot belang om goed te zijn ingebed in de uitvoeringspraktijk op verschillende niveaus.

- Op operationeel en tactisch niveau, om over een continu bij de behoeften van de uitvoeringspraktijk passend aanbod van producten te beschikken en steeds te weten welke factoren op lokaal niveau de implementatie van (programma's van) interventies kunnen maken of breken. Zodoende is het CGL tot optimale vraagarticulatie, stimulering en facilitering in staat.
- Op strategisch en bestuurlijk niveau, teneinde ontwikkelingen in de uitvoeringspraktijk goed te kunnen volgen ('de vraag van morgen kennen'), en ook om legitimiteit en gezag te

verwerven bij bestuurders van (koepel)organisaties die de uitvoeringspraktijk vertegenwoordigen.

Op operationeel niveau volstaat de thans functionerende klankbordgroep met enkele vertegenwoordigers van GGD'en niet, om de noodzakelijke voeling met en inbedding in de uitvoeringspraktijk te realiseren. De betrokken GGD-ers staan namelijk onvoldoende model voor de uitvoeringspraktijk in het algemeen en kunnen het veld onvoldoende vertegenwoordigen. Om op operationeel niveau goed voeling te houden met de uitvoeringspraktijk is een weloverwogen benadering (moderne marketingstrategie) met een juiste mix van instrumenten (waaronder bijvoorbeeld een goed vormgegeven pr-functie, klantenpanels, de bestaande 'Werkplaats monitoren vraag en aanbod', et cetera) noodzakelijk. Het uitwerken van zo'n moderne marketingstrategie is een CGL-project op zichzelf en valt buiten de scope van het onderhavige rapport. Met opzet spreken de auteurs van een moderne marketingstrategie (zie tekstkader 'marketing').

#### **Tekstkader 'Marketing'**

Traditioneel wordt 'marketing' wel geassocieerd met de zogenoemde 4 P's: een Product moet tegen een juiste Prijs worden verkocht op een juiste Plaats, ondersteund door de juiste Promotie. Deze traditionele marketingopvatting is in de afgelopen jaren aangevuld met alternatieve concepten, in aansluiting op de verandering van 'ouderwetse aanbodgedreven productiebedrijven' naar 'moderne klantgerichte organisaties'. In plaats van de 4 P's wordt dan bijvoorbeeld wel gesproken over de 4 C's, te weten:

1. Customer solution (oplossingen bieden voor problemen van klanten in plaats van producten aanbieden).
2. Cost to consumer (uitgaan van de kosten voor de klant in termen van tijd, geld en moeite in plaats van het centraal stellen van een juiste prijs).
3. Convenience (redeneren vanuit het gemak voor de klant door bijvoorbeeld de inzet van slimme internettoepassingen waar hij niet de deur voor uit hoeft).
4. Communicatie (tweezijdige communicatie met klanten realiseren in plaats van eenzijdig en aanbodgedreven een product promoten).

#### **Einde tekstkader**

Op strategisch bestuurlijk niveau is het CGL thans niet of nauwelijks in de uitvoeringspraktijk ingebed. Het in paragraaf 4.2.2 als noodzakelijk voorgestelde interbestuurlijk overleg van het ministerie van VWS met de VNG, GGD-NL, GGZ-NL, et cetera biedt een goede mogelijkheid om deze inbedding te realiseren. Het CGL zou op strategisch bestuurlijk niveau (sectordirecteur) bij dit overleg betrokken kunnen/moeten worden.

#### *4.3.2 De relatie met en de regie ten aanzien van de aanbieders van interventies*

Ten aanzien van de aanbodzijde ligt er voor wat betreft de regierol van het CGL minder vast. Er is, anders dan bij de lokale uitvoeringspraktijk, immers geen wet die de verantwoordelijkheid van de aanbodzijde formeel regelt en vastlegt en daarmee de regiemogelijkheden sterk beïnvloed.

Dit betekent dat een bewuste en vrije keuze, tussen de verschillende typen regisseur die het CGL ten aanzien van de aanbodzijde is, in beginsel mogelijk is. Zoals gezegd in paragraaf 2.4.2 is dit een keuze die VWS ten principale zal moeten maken. Belangrijk is met name de mate waarin VWS het CGL daadwerkelijke doorzettingsmacht / sturingsmogelijkheden ten aanzien van de aanbodzijde wil verstrekken. De kritische succesfactoren voor het CGL (en met name de factoren 2 en 4) indiceren voor de auteurs in ieder geval, dat het CGL ten aanzien van de aanbodzijde over doorzettingsmacht en sturingsmogelijkheden moet kunnen beschikken, teneinde te kunnen laten ontwikkelen, beheren, onderhouden en actualiseren waar de uiteindelijk voor gezondheidsbevordering verantwoordelijke uitvoeringspraktijk daadwerkelijk behoefte aan heeft. Onderstaand volgt daarom een nadere verkenning van de mogelijkheden van het CGL als dirigistische en marktgerichte regisseur, twee typen regisseur met doorzettingsmacht.

#### A. Het CGL als dirigistische regisseur van het aanbod

Figuur 2.4 (en ook de rechterkant van figuur 2.5) laat zien dat een dirigistische regisseur moet beschikken over sturingsmogelijkheden ten aanzien van de aanbieders van interventies, alsmede over nauwe relaties met de te sturen aanbieders.

Op dit moment heeft het CGL vooral nauwe relaties met de GBI's als aanbieders van interventies (afgedwongen: CGL als samenwerkingsverband van RIVM en GBI's). Met de overige aanbieders van interventies zijn de relaties minder nauw (universiteiten, GGD'en, academische werkplaatsen, professionals, commerciële aanbieders).

Op dit moment beschikt het CGL niet over mogelijkheden om de aanbieders van interventies te sturen. Dit geldt zowel voor de aanbieders waarmee het CGL nauwe relaties heeft (de GBI's) als voor de aanbieders waarmee het CGL minder nauwe banden onderhoudt.

Naar de toekomst toe kan het CGL de relaties met alle aanbieders verstevigen. Echter, daadwerkelijk de beschikking krijgen over sturingsmogelijkheden is alleen met betrekking tot de GBI's tot op zekere hoogte haalbaar. De GBI's worden namelijk – in tegenstelling tot de andere aanbieders – rechtstreeks gesubsidieerd door VWS en VWS zou het accounthouderschap en subsidie-instrument direct in handen van het CGL kunnen geven, zodat het CGL een stuur voor de GBI's in handen krijgt. Het CGL zou dan een vergelijkbare positie krijgen als het Centrum voor Bevolkingsonderzoek (CvB) van het RIVM. Het stuur van het CGL op de GBI's kan vervolgens worden verstevigd door van de huidige instellings- en meerjarige projectsubsidies over te stappen naar opdrachtgever-opdrachtnemer relaties van het CGL met de afzonderlijke GBI's. De uiteindelijke financiering van de GBI's zou in deze variant overigens via ZonMw kunnen verlopen (het CGL de inhoudelijke eisen en begeleiding; ZonMw de financiële procedure en uitbetaling).

Samengevat kan een voor de aanbodzijde dirigistisch CGL slechts een specifieke groep van aanbieders gedeeltelijk regisseren, in casu: de GBI's maar alleen en voor zover gesubsidieerd door VWS. De (groeierende) groep van overige aanbieders van interventies mist een dergelijk CGL.

Het eerder aangegeven accounthoudersoverleg zou in deze optie een accounthoudersoverleg van het CGL (en eventueel ZonMw) met de GBI's zijn. In casu: opdrachtgever-opdrachtnemers overleggen van het CGL (en eventueel ZonMw) met de afzonderlijke GBI's, desgewenst aangevuld met een overleg op overkoepelend niveau van het CGL (en eventueel ZonMw) met de in het LOT verenigde GBI's.

## B. Het CGL als marktgerichte regisseur van het aanbod

Figuur 2.4 (en ook de rechterkant van figuur 2.5) laat zien dat een marktgerichte regisseur beschikt over sturingsmogelijkheden. De relaties met de te sturen organisaties zijn los. De marktgerichte regisseur regisseert of stuurt het aanbod van interventies met behulp van (economische) prikkels.

Deze optie voor het regisseren van de aanbodzijde biedt interessante perspectieven, mede gegeven de ontwikkelingen in de gezondheidsbevorderingssector (groeidend aantal verschillende aanbieders) en de kritische succesfactoren van het CGL. Deze optie biedt in beginsel namelijk optimaal ruimte voor het vanuit de behoeften van de lokale uitvoeringspraktijk laten ontwikkelen van het daarbij best passende aanbod door de daarvoor meest aangewezen aanbieder(s). Voor deze optie is vereist dat het CGL over budget beschikt om (programma's van) interventies te laten ontwikkelen, beheren, onderhouden en/of actualiseren. Bijvoorbeeld het budget dat het ministerie van VWS daarvoor thans via subsidies wegzet<sup>7</sup>. Het CGL kan deze optie vervolgens op verschillende manieren vormgeven. Het CGL kan kiezen voor het directe opdrachtgever-opdrachtnemer model, dan wel indirect – via een tenderprocedure (ook wel bekend als 'innovatief aanbesteden') – als opdrachtgever gaan fungeren. Hieronder worden beide modellen kort besproken. In beide gevallen is samenwerking tussen het CGL en ZonMw mogelijk (bijvoorbeeld CGL de inhoudelijke eisen en ZonMw de procedure).

### *Directe opdrachtgever-opdrachtnemer model*

In deze variant beschikt het CGL over budget om (programma's van) interventies te laten ontwikkelen, beheren, onderhouden en/of actualiseren. Het CGL signaleert leemten in de uitvoeringspraktijk (zie paragraaf 4.3.1) en zet voor het vervullen van deze leemten offerteaanvragen uit bij de meest in aanmerking komende aanbieders in de markt. Het CGL kiest de beste aanbieding en geeft vervolgens opdracht om de gewenste interventie of het gewenste programma van interventies te ontwikkelen, beheren, onderhouden en/of actualiseren.

### *Tenderprocedure ('innovatief aanbesteden')*

In deze variant beschikt het CGL over budget om (programma's van) interventies te laten ontwikkelen, beheren, onderhouden en/of actualiseren. Het CGL signaleert leemten in de uitvoeringspraktijk en zet deze leemten om in een vraaggestuurde onderzoeks- en/of ontwikkelagenda of -programma dat in de markt wordt gezet. Aanbieders (of consortia van aanbieders en vragers) kunnen voorstellen doen. Uiteindelijk kiest het CGL de beste voorstellen en laat deze door de winnende partij(en) uitvoeren. CGL-ers begeleiden de uitvoering namens de opdrachtgever, maar hebben geen productieverantwoordelijkheid.

Belangrijk verschil tussen beide procedures is dat het CGL bij het directe opdrachtgeverschap in belangrijke mate zelf de specificaties van het gevraagde product bepaalt (zelf de oplossing die er

---

<sup>7</sup> Al is een complicatie dat de subsidies van VWS aan de GBI's thans in belangrijke mate instellingssubsidies zijn.

moet komen verzint) en zich beperkt tot enkele gekwalificeerde aanbieders in de markt aan wie een offerte wordt gevraagd. Bij de tenderprocedure zet het CGL in principe een vraag in de markt, waarna aanbieders en/of consortia van aanbieders en vragers gaan nadenken over en elkaar gaan beconcurreren op de beste oplossing. Kortom: bij de tenderprocedure doet het CGL een actief beroep op de creatieve ontwikkelkracht van het complete veld. Voorts wordt geen enkele aanbieder bij voorbaat uitgesloten. De tenderprocedure sluit aan bij de kritische succesfactoren en met name ook bij de wenselijke ontwikkeling dat interventieontwikkeling en –toepassing steeds meer bij elkaar komen: dat een aanbiedend consortium mede moet bestaan uit vragers/probleemhebbers is namelijk een gebruikelijke eis (bevorderen beleidsconcurrentie tussen vragende partijen / probleemhebbers). Ook is gebruikelijk dat aanbieders/consortia een eigen bijdrage leveren, wat het commitment van de aanbiedende partijen versterkt.

Als marktgerichte regisseur is de behoefte van het CGL aan algemeen overleg en afstemming met aanbieders van interventies in principe beperkt. Het CGL moet uiteraard de aanbiedersmarkt goed kennen en weten wat er te koop is, maar hoeft in principe alleen met aanbieders die een opdracht van het CGL verworven hebben pro-actief en nauw contact te onderhouden en af te stemmen. Bijvoorbeeld via opdrachtcoördinatoren. De prikkel voor algemeen overleg, afstemming en het goed houden van de banden ligt in deze variant eerder bij de (georganiseerde) aanbieders zelf (bijvoorbeeld het LOT), teneinde goed voeling te houden met de behoeften van het CGL en – via het CGL – de uitvoeringspraktijk om ‘in business’ te blijven.

### C. De dirigistische versus de marktgerichte regisseur vanuit het perspectief van het CGL

De kritische succesfactoren (paragraaf 2.4.3) en de belangrijkste eis aan de organisatorische vormgeving van het CGL – onafhankelijk en vrij van belangen de kerntaken kunnen uitvoeren (paragraaf 4.2.1) – leiden met betrekking tot de aanbodzijde welhaast vanzelf tot de conclusie dat de marktgerichte regisseur het wint van de dirigistische regisseur. Eenvoudigweg omdat het CGL als dirigistische regisseur van de aanbodzijde niet volledig vrij en onafhankelijk is, maar gebonden aan de GBI's als enige aanbieders. Dit past alleen al niet bij de kritische succesfactor dat het CGL in staat moet zijn om het voor leemten in de uitvoeringspraktijk best passende aanbod te laten ontwikkelen, los van de vraag wie dat doet.

Bijkomend voordeel voor het CGL als marktgerichte regisseur voor de aanbodzijde is dat het CGL in die hoedanigheid niet zoals nu (en zoals in de hoedanigheid van dirigistische regisseur vermoedelijk het geval zal zijn) zelf actief vragers en aanbieders/GBI's bij elkaar hoeft te brengen en te managen in werkplaatsen, om van losse interventies van de GBI's te komen tot voor de uitvoeringspraktijk bruikbare handleidingen of programma's van interventies voor bijvoorbeeld settings. Iets wat het CGL thans heel veel tijd, moeite en 'sleurwerk' kost (voorbeeld: Werkplaats Gezonde school). Als marktgerichte regisseur is het CGL namelijk in staat om dit inclusief criteria en randvoorwaarden (zoals bijvoorbeeld de betrokkenheid van vragers/probleemhebbers bij het samenstellen van programma's van interventies) 'aan de markt' te vragen. Voor de rest kunnen de taken met betrekking tot de regierol van het CGL op het gebied van handleidingen of

programma's hetzelfde blijven <sup>8</sup>; enkel het laten samenstellen van nieuwe handleidingen of programma's van interventies gaat op een andere manier. Niet meer binnen werkplaatsen van en met veel pijn en moeite getrokken door het CGL, maar door (samenwerkende) partijen in de markt, binnen door het CGL gestelde criteria en randvoorwaarden. De daadwerkelijke uitvoering van de procedure kan desgewenst overigens bij ZonMw plaatsvinden (CGL de criteria en randvoorwaarden voor ontwikkeling; ZonMw de procedure).

Samengevat adviseren de auteurs op grond van de onderhavige analyse de marktgerichte regisseur als regievorm voor het CGL, richting de aanbieders/ontwikkelaars van (programma's van) interventies.

#### *4.3.3 De inbedding van het CGL op rijksniveau*

Vanwege de toenemende integraliteit van het gezondheidsbevorderingsvraagstuk moet het CGL goed zijn ingebed op rijksniveau. In paragraaf 4.2.2 is in dit verband gewezen op de eis van interdepartementaal overleg, inclusief betrokkenheid van het CGL.

Op het eerste gezicht zijn er twee opties voor het inbedden van het CGL op rijksniveau:

- a. VWS organiseert en leidt het noodzakelijke interdepartementale overleg welk overleg ambtelijk wordt ondersteund door het CGL (het CGL voert het secretariaat). De sturingsrelatie tussen VWS en RIVM/CGL blijft hetzelfde: het VWS is voor wat betreft het CGL opdrachtgever van het RIVM en het RIVM is opdrachtnemer.
- b. Het RIVM blijft voor wat betreft het CGL hiërarchisch aangestuurd worden door VWS, terwijl de functionele aansturing van het CGL in handen wordt gelegd van een op te richten 'interdepartementale stuurgroep CGL' onder voorzitterschap van VWS. Deze stuurgroep kan wederom ambtelijk worden ondersteund door het CGL (secretariaatvoering).

Een voordeel van optie a is dat deze optie het dichtst tegen de huidige praktijk aan zit. Het risico van deze optie is onvoldoende commitment van de betrokken departementen. Dit laatste is juist een voordeel van optie b. Een gezamenlijke interdepartementale stuurgroep borgt in principe het commitment van de voor integrale gezondheidsbevordering noodzakelijke ministeries en een eenduidige sturing van het CGL ter zake. Een gezamenlijke interdepartementale stuurgroep zou ook uiting geven aan het feit dat de Preventievisie uiteindelijk een document is van het voltallige kabinet en niet alleen van het ministerie van VWS.

---

<sup>8</sup> Behoeftenonderzoek; criteria voor handleidingen of programma's; goedkeuring ontwikkelde handleidingen of programma's; publicatie en verspreiding; beheer, evaluatie en bijstelling. Zie brief en offerte CGL aan VWS over handleidingen, december 2007 en medio 2008.

#### 4.4 Samenvatting

1. Er is behoefte aan een CGL bij het RIVM met als kerntaken:
  - Het voor de lokale uitvoeringspraktijk creëren van overzicht over en brengen van structuur in de bestaande leefstijlinterventies.
  - Het signaleren van leemten in de lokale uitvoeringspraktijk en hierop – bijvoorbeeld via ZonMw – toegesneden nieuwe interventies en (integrale, settinggerichte) programma's van samenhangende interventies (ook wel 'handleidingen') laten ontwikkelen (vraagarticulatie ten behoeve van interventieontwikkeling en –bundeling voor settings).
  - Het onafhankelijk beoordelen van de kwaliteit van bestaande en nieuwe interventies en interventies op basis van deze onafhankelijke beoordeling waarmerken c.q. van een kwaliteitslabel voorzien.
  - Het maken en bewaken van een lange termijn agenda voor gezondheidsbevordering en in lijn hiermee zorgen voor het beheren, onderhouden en actualiseren van bij deze lange termijn agenda passende (programma's van samenhangende) interventies.
2. Het CGL van het RIVM moet de onder 1 genoemde kerntaken onafhankelijk en vrij van belangen kunnen uitvoeren. Dit impliceert dat de huidige situatie, waarin het CGL voor de kerntaken mede wordt bemenst door de GBI's (het CGL als samenwerkingsverband of netwerkorganisatie), moet worden beëindigd. Het CGL moet bij het RIVM op een voor de kerntaken juiste schaal worden ingericht. Onafhankelijkheid en een juiste schaal zijn ook van belang, wil het CGL de activiteiten op het vlak van het ontwikkelen, beheren, evalueren en bijstellen van zogenoemde Handleidingen (vergelijkbaar met 'professionele richtlijnen', zij het minder hard) op een juiste manier kunnen uitvoeren.
3. Het CGL van het RIVM functioneert gezien de onder 1 genoemde kerntaken als regisseur van/tussen de vragers naar en de aanbieders van (programma's van) interventies. Dit vereist een voor alle partijen duidelijke en eenduidige keuze met betrekking tot het type regisseur dat het CGL is.

##### *Regie ten aanzien van de lokale uitvoeringspraktijk*

De regie ten aanzien van de lokale uitvoeringspraktijk (vraagzijde) is bij gebrek aan doorzettingsmacht (gezien de wettelijke decentrale verantwoordelijkheid voor gezondheidsbevordering) in eerste instantie primair faciliterend of procesgericht van aard. Afhankelijk van de vraag in hoeverre het CGL beleidsruimte heeft/krijgt dan wel of de relaties van het CGL met de lokale partijen nauw zijn of zich in die richting ontwikkelen, kan het CGL in de loop van de tijd opschuiven naar een visionaire regisseur (die lokale partijen op basis van gezag en een wenkend toekomstperspectief verleidt tot de inzet van bepaalde interventies) respectievelijk een inhoudgerichte regisseur (die op basis van gezag afspraken maakt met lokale partijen over in te zetten interventies). Echt dwingende sturing van het CGL op de uitvoeringspraktijk (met doorzettingsmacht) ligt vooralsnog niet in het verschiet.

Het CGL moet als regisseur goed zijn ingebed in de uitvoeringspraktijk op operationeel en tactisch niveau, maar ook op strategisch en bestuurlijk niveau. Op operationeel en tactisch niveau is een te ontwikkelen weloverwogen benadering (moderne marketingstrategie) met een juiste mix van instrumenten noodzakelijk. Op strategisch bestuurlijk niveau kan de inbedding worden gerealiseerd door deelname van het CGL aan het voor het CGL noodzakelijke interbestuurlijk overleg tussen het ministerie van VWS en de VNG, GGD-NL, GGZ-NL, et cetera.

#### *Regie ten aanzien van de ontwikkelaars en aanbieders van interventies*

Ten aanzien van de aanbieders van interventies moet het CGL, gezien de kritische succesfactoren, met doorzettingsmacht regie kunnen voeren. Dit kan in beginsel op twee manieren, te weten:

- a. Het CGL als dirigistische regisseur van de GBI's. In deze variant moet het CGL doorzettingsmacht krijgen ten aanzien van de GBI's. Dit kan door het accounthouderschap / subsidie-instrument dat VWS thans zelf in handen heeft aan het CGL over te dragen en bij voorkeur over te stappen van instellings- en projectsubsidies op opdrachtgever-opdrachtnemer relaties. Een minpunt is dat het CGL als dirigistische regisseur van de GBI's de groeiende en in toenemende mate interessante groep van overige interventieontwikkelaars mist, waaronder academische werkplaatsen, commerciële bureaus, bedrijven, et cetera.
- b. Het CGL als marktgerichte regisseur van het aanbod. In deze variant krijgt het CGL sturingsmogelijkheden ten aanzien van de complete aanbodzijde. Dit kan door het CGL vrijelijk te laten beschikken over een of het VWS-budget om (in samenwerking met ZonMw) interventies of programma's van samenhangende interventies (alsmede 'handleidingen') te laten ontwikkelen, beheren, onderhouden en/of actualiseren, uitgaande van de door het CGL gesignaleerde leemten en noden in de lokale uitvoeringspraktijk. De GBI's zijn in deze variant 'aanbieder tussen de aanbieders'. Zij zullen zich met anderen moeten meten in de slag om de budgetten die VWS via het CGL (in samenwerking met ZonMw) beschikbaar stelt voor interventieontwikkeling en het samenstellen van programma's van interventies.

Algemene overlegstructuren van het CGL met de aanbodzijde zijn in deze variant niet nodig. De prikkel voor algemeen overleg en afstemming komt in deze variant eerder te liggen bij de (georganiseerde) aanbieders. Uiteraard vergen de aanbieders met een opdracht van het CGL wel specifieke begeleiding van het CGL, bijvoorbeeld via opdrachtcoördinatoren.

Als de dirigistische en de marktgerichte regisseur met elkaar worden vergeleken aan de hand van de kritische succesfactoren en de eisen aan de organisatorische vormgeving van het CGL, dan sluit de marktgerichte regisseur daarbij het beste aan. Bijkomend voordeel is

dat het CGL niet meer zelf hoeft te sleuren aan werkplaatsen met vragers en aanbieders om programma's van interventies samen te stellen. Men zet dit 'in de markt'. Op grond van de onderhavige analyse adviseren de auteurs te kiezen voor het CGL als marktgerichte regisseur van de aanbieders / ontwikkelaars van (programma's van) interventies.

4. Vanwege de toenemende integraliteit van het gezondheidsbevorderingsvraagstuk moet het CGL goed zijn ingebed op rijksniveau. Dit kan door het CGL goed te betrekken bij structureel interdepartementaal overleg van VWS met de relevante andere departementen. Dit kan ook door het CGL functioneel te laten aansturen door een op te richten 'interdepartementale stuurgroep CGL' onder voorzitterschap van VWS. In beide gevallen kan het CGL ambtelijk ondersteunen c.q. het secretariaat voeren.
5. Van groot belang voor het succes van het CGL is voorts de totstandkoming van een implementatieondersteuningsfunctie. De toepasbaarheid van de zogenoemde 1 – 5 – 25 formule zou hiervoor nader kunnen worden verkend in de wetenschap dat de recente initiatieven om te komen tot een ondersteuningsfunctie zijn mislukt.

#### 4.5 Aandachtspunten vervolgtraject

In aansluiting op dit rapport is het volgens de auteurs essentieel dat er expliciete keuzen worden gemaakt met betrekking tot:

- A. De aangegeven kerntaken van het CGL.
- B. De positionering van het CGL als zelfstandig RIVM-centrum in plaats van samenwerkingsverband van RIVM en GBI's.
- C. De positionering van het CGL als faciliterende ofwel procesgerichte regisseur voor de lokale uitvoeringspraktijk en het hierop aansluitend opzetten c.q. intensiveren van interbestuurlijk overleg van het ministerie van VWS met de VNG, GGD-NL, GGZ-NL, et cetera, waarbij het CGL nadrukkelijk betrokken wordt. Alsmede het op tactisch en operationeel niveau uitwerken van een moderne marketingstrategie.
- D. De positionering van het CGL als marktgerichte regisseur voor de aanbodzijde en het daarbij aan het CGL verlenen van de noodzakelijke instrumenten om deze regierol waar te kunnen maken (budget voor ontwikkeling, beheer en actualisatie van (programma's van) interventies en Handleidingen).
- E. De structurele inbedding van het CGL op interdepartementaal rijksniveau (interdepartementaal overleg versus interdepartementale stuurgroep CGL).
- F. Het verkennen en vormgeven van een adequate implementatieondersteuningsfunctie, bijvoorbeeld via de zogenoemde 1 – 5 – 25 formule.

## Bijlage 1 – Documentatie

- AEF, 'Competent regisseren – analyse regietaken RIVM/V&Z', definitief concept, Utrecht, 3 december 2007.
- Dees, D. en V. Stöcker, 'Brug naar de toekomst, lokaal gezond – een nieuwe ondersteuningsstructuur, samenwerking GGD-NL, NIGZ en VNG, rapportage, 3 april 2008.
- GGD-NL en VNG, Brief aan de minister voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport betreffende Preventienota, 28 november 2007.
- IGZ, 'Staat van de gezondheidszorg 2005'
- LOT, Brief aan RIVM/CGL t.a.v. dr. ir. M.N. Pieters betreffende evaluatie Centrum Gezond Leven, 23 september 2008.
- RIVM, interne notitie 'Het RIVM als regisseur van publieke gezondheidszorg', datum onbekend.
- RIVM / CGL, 'Centrum Gezond Leven – toegang tot alle leefstijlinterventies', brochure.
- RIVM / CGL, 'Intern verslag wensen en behoeften van GGD-professionals', 1 december 2007.
- RIVM / CGL, 'Intern verslag wensen en behoeften van gemeenten', 30 juli 2008.
- RIVM / CGL, 'Intern verslag wensen en behoeften van GGZ instellingen', 30 juli 2008.
- RIVM / CGL, 'Intern verslag wensen en behoeften van thuiszorgorganisaties', 30 juli 2008.
- RIVM / CGL, 'Het CGL op koers: ambitie, taken, organisatie en aansturing', notitie, concept 29 juli 2008.
- RIVM / CGL, 'Triaalverslag Centrum Gezond Leven – april-augustus 2008'.
- RIVM / CGL, Verslagen Klankbordgroep Centrum Gezond Leven 13 december 2007, 11 maart 2008 en 12 juni 2008.
- RIVM / CGL, Plan van aanpak Loket en I-database 2008.
- RIVM / CGL, Plan van aanpak Werkplaats monitoren vraag en aanbod interventies, januari 2008.
- RIVM / CGL, Plan van aanpak Werkplaats certificering, november 2007.
- RIVM / CGL, Opzet projectplan Werkplaats Gezonde School.
- RIVM / CGL, Brief van 16 oktober 2008 aan de GBI's, betreffende 'Samenwerking GBI's en CGL 2009'.
- RIVM / CGL, Brief aan VWS van december 2007 betreffende de taken met betrekking tot de regierol van het CGL op het gebied van handleidingen.
- RIVM / CGL, 'Offerte handleidingen 2009' (concept, zonder datum)
- RIVM, 'Definitieve offertes projecten en kennisvragen 2008, programma CGL: Centrum Gezond Leven', 30 november 2007.
- RIVM, Projectbureau nieuwe publieke taken, werkgroep richtlijnontwikkeling, 'Richtlijnen voor verantwoorde zorg en de rol van de RIVM-centra voor publieke gezondheidszorg – een algemeen RIVM-kader voor ontwikkeling en beheer van richtlijnen'.
- TSG Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen, Spectrum 'Kennismanagement rond gezondheidsbevordering', nummer 4, 2008.
- VNG, Brief aan de Vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport uit de Tweede Kamer der Staten-Generaal betreffende het rapport van de IGZ, Staat van de Gezondheid

2005: openbare gezondheidszorg. Inclusief bijlage 1 (notitie 'organisatorische, beleidsmatige en budgettaire ruimte') en bijlage 2 ('VNG-visienota over de rol van de gemeenten in de openbare gezondheidszorg – elf uitgangspunten voor beleid').

- VNG, Brief aan de Vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport uit de Tweede Kamer der Staten-Generaal betreffende visie VNG, GGD-NL en NIGZ op lokale gezondheidsbevordering, 12 juni 2006.
- VWS/DGV/VGP, 'Vorming van een Centrum Gezond Leven bij het RIVM', notitie, 19 december 2005.
- VWS, 'VWS-visie op GBI-samenwerking onder CGL/RIVM -regie', Powerpointpresentatie voor DG RIVM / DGV-overleg, 6 februari 2006.
- VWS, Brief van de minister van VWS aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten Generaal betreffende het Centrum Gezond Leven, 7 juli 2006.
- VWS, 'Gezond zijn, gezond blijven – een visie op gezondheid en preventie', september 2007.
- Websites, diverse.

## **Bijlage 2 – Gesprekspartners en informanten**

### **VWS**

1. Mevrouw Van Bolhuis, directeur VGP
2. De heer Ruwaard, directeur PG
3. De heer Van Iwaarden, afdelingshoofd Gezondheidsbevordering

### **RIVM / CGL**

4. Mevrouw Pieters, sectorhoofd Volksgezondheid en Zorg
5. De heer Stokx, medewerker sector Volksgezondheid en Zorg, oud verkenner CGL
6. Mevrouw Van Sonderen, kwartiermaker CGL
7. Mevrouw Bos, medewerker CGL
8. Mevrouw Van Dale, medewerker CGL
9. De heer Bogers, medewerker CGL
10. Mevrouw Schuit, medewerker CGL
11. Mevrouw Blokdijk, medewerker CGL
12. Mevrouw Sturkenboom, medewerker CGL
13. De heer Kok, medewerker CGL

### **ZonMw**

14. De heer Smid, directeur

### **GBI's / Themainstituten**

15. Mevrouw Van Gennip – directeur/bestuurder Stivoro
16. De heer Everhardt – Programmahoofd Middelengebruik Jongeren Trimbos
17. Mevrouw Van Sluys – directeur Voedingscentrum
18. De heer Hurman – directeur NIGZ

### **GGD-NL / GGD'en**

19. De heer De Vries – directeur GGD-NL
20. De heer Kruisselbrink – directeur GGD Midden-Nederland
21. De heer Van der Smissen – afdelingsmanager GB GGD West-Brabant