

Strategische doorlichting CGL – Managementsamenvatting

1. Het Centrum Gezond Leven

Per 1 juni 2007 startte het Centrum Gezond Leven (CGL) bij het RIVM. Een belangrijke aanleiding hiervoor is het jaarrapport 2005 van de IGZ. De minister van VWS constateerde op grond daarvan versnippering: (a) bij de gezondheidsbevorderende instellingen (GBI's / aanbodzijde), (b) in de uitvoeringspraktijk op lokaal niveau (vraagzijde) en (c) tussen vraag en aanbod. De minister initieerde vervolgens het CGL voor regie en coördinatie en met als centrale taak: het doen uitvoeren van deskundige, doelmatige, effectieve en slagvaardige gezond levenprogramma's via de scholen, wijken, werkplekken, sportverenigingen en zorgvoorzieningen (settings). Het CGL fungeert hiertoe volgens de minister als vraaggestuurd loket met kruisverkoop: het inventariseert de lokale behoeften en 'verkoopt' deze aan de GBI's voor gerichte interventieontwikkeling; andersom 'verkoopt' het CGL de gericht ontwikkelde en door het CGL op kwaliteit getoetste interventies aan het lokale niveau (gemeenten, GGD'en, professionals in de settings). Om een succesvol regisserend CGL te bevorderen hechtte de minister aan: (1) het, gestimuleerd door het CGL, vormgeven van een implementatieondersteuningsfunctie en (2) het niet vrijblijvend vormgeven van de samenwerking door als VWS: (a) via de subsidievoorwaarden eisen te stellen aan de GBI's ¹, (b) via bestuurlijk overleg met de VNG en GGD-NL daadwerkelijke implementatie te bevorderen en (c) via de aanwijzingsbrief invloed uit te oefenen op de onderzoeksprogrammering van ZonMw.

2. Probleemstelling, onderzoeksvragen en opdracht

Het CGL loopt herhaaldelijk aan tegen verschillende beelden bij betrokken actoren over onder andere: de positie, rol en centrale taak van het CGL, de functie of rol die deze actoren tegenover het CGL geacht worden te vervullen, de manier waarop zij zich tot het CGL verhouden (meebeslissen of niet?) en het type regisseur dat het CGL eigenlijk is. Ervaringen en voortschrijdend inzicht leren voorts dat de gezondheidsbevorderingssector op enkele punten anders in elkaar zit en functioneert dan aanvankelijk verondersteld. Dit alles maakt dat het RIVM twijfelt of het CGL in de huidige positie, structuur en inbedding wel conform de bedoeling en opdracht van VWS kan functioneren. Vandaar de opdracht voor een strategische doorlichting met als kernvragen:

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?

MMG Advies deed in de periode september/oktober 2008 literatuuronderzoek, hield vijf werksessies met leiding en medewerkers van het CGL, interviewde een tiental direct betrokkenen en structureerde de verkregen informatie volgens het model van de strategische analyse (Ansoff).

¹ De GBI's moeten elk 1 fte per jaar aan het CGL leveren (het CGL als samenwerkingsverband van RIVM en GBI's).

Een externe analyse (gericht op kritische succesfactoren) en een interne analyse (gericht op aan de kritische succesfactoren afgemeten sterkten en zwakten van de organisatie), die vervolgens met elkaar in verband worden gebracht voor het trekken van conclusies kenmerken dit model.

3. Resultaat externe analyse – de kritische succesfactoren van het CGL

De auteurs keken in de externe analyse naar het primaire en voorwaardenscheppende proces van gezondheidsbevordering en naar de belangrijkste ontwikkelingen en trends in deze sector. Uit de externe analyse volgen zes kritische succesfactoren voor het CGL. Dit zijn zaken die het CGL (goed) moet doen c.q. die voor het CGL moeten zijn geregeld om in deze sector te midden van de daar actieve partijen succesvol als regisseur te kunnen opereren:

1. Het CGL moet een gestructureerd overzicht van bestaande leefstijlinterventies creëren en dit overzicht laagdrempelig toegankelijk maken voor de primair voor gezondheidsbevordering verantwoordelijke gemeenten en de uitvoeringspraktijk (GGD'en, professionals). Het CGL moet orde scheppen in de chaos van leefstijlinterventies die men op lokaal niveau ervaart.
2. Het CGL moet in de uitvoeringspraktijk gevoelde leemten signaleren en in staat zijn het hierbij best passende aanbod te laten ontwikkelen van interventies en programma's van samenhangende interventies (settinggericht en in toenemende mate integraal van aard). 'Best passend' impliceert dat het CGL ten aanzien van de ontwikkelaars en 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 – conform de huidige situatie waarin het CGL functioneert als samenwerkingsverband van RIVM en GBI's – is dan niet logisch. Voor het kunnen laten ontwikkelen van settinggerichte en integrale programma's van interventies zijn op elkaar afgestemde centrale beleidskaders een voorwaarde (gezondheidsbevordering en preventie, Arbo, onderwijs, ruimtelijke ordening, wijken, et cetera).
3. Het CGL moet 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 men op lokaal niveau uiteindelijk beslist over welke interventies worden ingezet en men de best beschikbare interventies met een advies gepresenteerd wil krijgen, is de thans bestaande exclusieve relatie van het CGL met de GBI's als aanbieders van interventies ook om de volgende reden niet vanzelfsprekend: deze exclusieve relatie perkt de scope en onafhankelijke positie van het CGL en het gewaarmerkte aanbod voor de uitvoeringspraktijk vooraf nodeloos in.

4. Het CGL moet een (inhoudelijke) gezondheidsbevorderingsagenda voor de langere termijn ontwikkelen en bewaken en in lijn hiermee zorgen voor het laten beheren, onderhouden en actualiseren van bij deze lange termijn agenda passende (programma's van) leefstijl-interventies, 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, en dergelijke.
5. Tezamen met opdrachtgever VWS moet het CGL 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. In beginsel zijn vier hoofdvormen van regie beschikbaar, afhankelijk van de sturingsmogelijkheden of doorzettingsmacht van het CGL (groot / klein) en de relaties van het CGL met de te regisseren partijen (sterk / zwak). Zie figuur 1.



Figuur 1: Hoofdvormen van regie volgens Kaats e.a.

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) gewaarmerkte interventies. Want de (programma's van) interventies van het CGL kunnen nog zo goed zijn, als zij niet juist worden geïmplementeerd zullen de resultaten ervan tegenvallen.

4. Resultaat interne analyse – de relatieve sterkten en zwakten van het CGL

De auteurs keken in de interne analyse naar de bestaande strategie, organisatie- en overleg-structuren, activiteiten en stijl en staf van het CGL. Dit leidde, afgemeten aan de gepresenteerde kritische succesfactoren, tot de volgende sterkten en zwakten van het huidige CGL. De zwakten zijn in belangrijke mate het antwoord op de eerste kernvraag van paragraaf 2.

Relatieve sterkten van het huidige CGL

1. De producten waar het CGL nu voor zorgt voorzien in principe in de behoeften van gemeenten, GGD'en, GGZ-instellingen, en dergelijke. De Werkplaats Loket voorziet bijvoorbeeld in de behoefte aan een gestructureerd en laagdrempelig toegankelijk (internet) overzicht van alle bestaande leefstijlinterventies (vergelijk kritische succesfactor 1). De Werkplaats Certificeren van interventies voorziet in de vraag van de uitvoeringspraktijk naar inzicht in welke interventies beter/slechter werken en inzicht in de kosteneffectiviteit van interventies.
2. De positie van het RIVM als thuisbasis voor het CGL is onbetwist. Het RIVM staat voor betrokken actoren 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 professioneel 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 bij voorrang hechten aan uitvoering ervan door/bij het RIVM. Ook de GBI's (h)erkennen dit.

Relatieve zwakten van het huidige CGL

1. Het CGL als samenwerkingsverband van het RIVM en de GBI's werkt contraproductief:
 - a. De bijdrage van de GBI's aan het CGL is volgens de kwartiermaker van het CGL in verschillende opzichten onvoldoende (brief aan de GBI's, de dato 16 oktober 2008) en de CGL coördinatoren van het RIVM kunnen dit binnen de huidige verhoudingen niet veranderen. Het bestaande sturingsinstrument (subsidievoorwaarden) schiet bijvoorbeeld 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 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-instellingssubsidies aan de GBI's heeft voornamelijk weinig impact.
 - b. De positionering als samenwerkingsverband 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'). Vanwege de agentschapstatus en de Wet op het RIVM is dit formeel gezien echter nauwelijks realiseerbaar.
 - c. De positionering als samenwerkingsverband sterkt de GBI's in 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 daarin. 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).
- 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 voldoende 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. Onafhankelijkheid is voor deze activiteiten zeer belangrijk.
2. Het CGL wordt nu onvoldoende geschraagd door adequate en structurele overlegstructuren, waarbij het CGL structureel betrokken is.

In de eerste plaats overlegstructuren om de juiste omgeving voor het CGL te creëren:

- a. 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).
- b. 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).
- c. Accounthoudersoverleg VWS. Naarmate de GBI's eenduidiger en consistentere worden aangestuurd door de accounthouders van VWS in overleg met het CGL, kan het CGL gemakkelijker met de GBI's samenwerken.

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 met de GBI's en de GGD'en is hiervoor onvoldoende geschikt.

3. 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 aan een stimulerend en faciliterend CGL, omdat de verantwoordelijkheid voor gezondheidsbevordering wettelijk gezien op lokaal niveau ligt en omdat het CGL geen instrumenten heeft om de lokale uitvoeringspraktijk dwingend te sturen. Het CGL erkent dit, en ook dat het CGL nu 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 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 – wetenschappelijk kennisinstituut – kan het CGL hinderen bij het vinden van deze balans en het doen van concessies aan de wetenschappelijkheid van interventies voor de meer praktisch georiënteerde uitvoeringspraktijk (vergelijk kritische succesfactor 3).

5. Conclusie

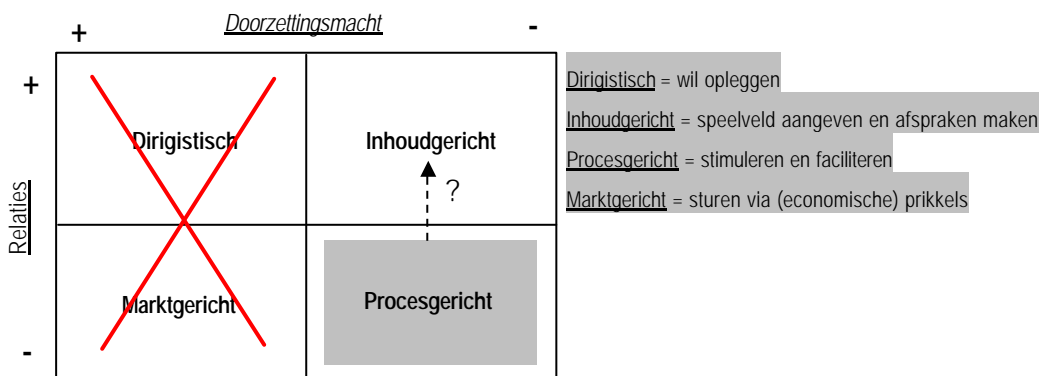
1. Er is behoefte aan een CGL bij het RIVM met als kerntaken:
 - Het voor de lokale uitvoeringspraktijk creëren van overzicht over en brengen van structuur in de bestaande leefstijlinterventies.
 - Het signaleren van leemten in de lokale uitvoeringspraktijk en hierop – bijvoorbeeld via ZonMw – toegesneden nieuwe interventies en (integrale, settinggerichte) programma's van samenhangende interventies 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 van RIVM en GBI's – moet worden beëindigd. Het CGL moet als RIVM-centrum op een voor de kerntaken juiste schaal worden ingericht.

3. Het CGL van het RIVM functioneert gezien de 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) primair faciliterend / procesgericht van aard. Echt dwingende sturing van het CGL op de uitvoeringspraktijk (met doorzettingsmacht) ligt vooralsnog niet in het verschiep. Het CGL moet als procesgerichte 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 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. In de toekomst kan het CGL wellicht van een procesgerichte naar een inhoudgerichte regisseur van de lokale uitvoeringspraktijk toegroeien, afhankelijk van de mate waarin het lukt om gezag op te bouwen en op grond hiervan de relaties met de lokale uitvoeringspraktijk te verstevigen. De regie van het CGL ten aanzien van de lokale uitvoeringspraktijk is afgebeeld in figuur 2.



Figuur 2: Regie van het CGL ten aanzien van de lokale uitvoeringspraktijk

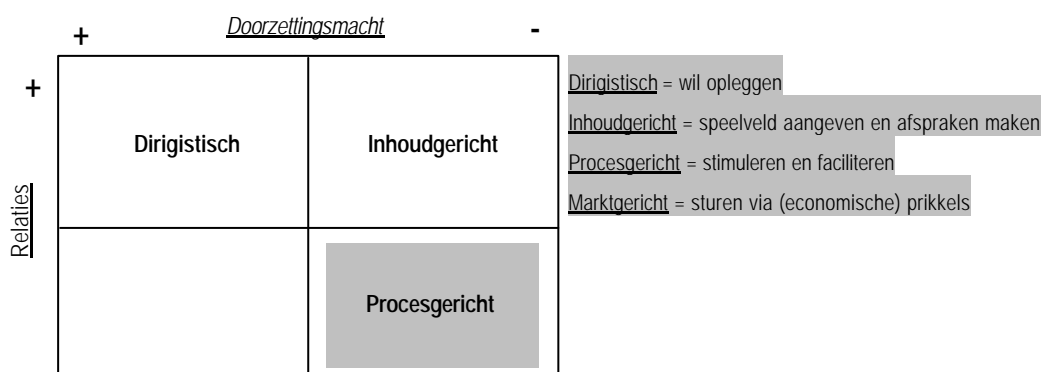
Regie ten aanzien van de ontwikkelaars en aanbieders van interventies

De aanbieders van interventies moet het CGL, gezien de kritische succesfactoren en de kerntaken, met doorzettingsmacht kunnen regisseren. Dit kan, met referentie aan figuur 1, op twee manieren:

- a. Het CGL als dirigistische regisseur. Deze regievorm vereist directe doorzettingsmacht van het CGL over de ontwikkelaars en aanbieders van interventies. Directe doorzettingsmacht over het gehele diverse en zich uitbreidende veld van ontwikkelaars en aanbieders is niet realistisch. Directe doorzettingsmacht voor het CGL is alleen maar haalbaar ten aanzien van de GBI's 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 groot nadeel is dat het CGL als dirigistische regisseur de groeiende en in toenemende mate interessante groep van overige interventieontwikkelaars mist, waaronder academische werkplaatsen, commerciële bureaus, bedrijven, et cetera. Dit spoort niet met de kritische succesfactoren van het CGL.
- b. Het CGL als marktgerichte regisseur van het aanbod. In deze variant krijgt het CGL wel sturingsmogelijkheden over de complete aanbodzijde, 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 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.

Afgemeten aan de kritische succesfactoren, sluit de marktgerichte regisseur daarbij veel beter aan dan de dirigistische regisseur. Bijkomend voordeel is dat het CGL niet meer, zoals nu het geval is, 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 gemaakte analyse adviseren de auteurs te kiezen voor het CGL als marktgerichte regisseur van de aanbieders / ontwikkelaars van (programma's van) interventies.

De regie van de ontwikkelaars en aanbieders door het CGL is afgebeeld in figuur 3.



Marktgericht ←-----

-

Figuur 2: Regie van het CGL ten aanzien van de ontwikkelaars en aanbieders 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. Het feit dat de Preventievisie een kabinetsdocument is zou een interdepartementale stuurgroep kunnen legitimeren. 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. In deze formule staat de '1' voor het RIVM, de '5' voor vijf regionale GGD'en en de '25' voor de decentrale GGD'n.

6. Aandachtspunten vervolgtraject

De gemaakte analyse leidt tot de noodzaak om expliciete keuzen te maken over:

- 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 door het CGL 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).
- 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.

MMG Advies BV, Den Haag, 15 december 2008

Ir. P. (Paul) Kerkhoven MBA en drs. J.P. (Jean-Paul) de Poorter MPM CMC