

Samenvatting

Samenvatting
Samenvatting

Centraal in dit proefschrift staat de afstemming tussen beleid, praktijk en onderzoek op het terrein van de openbare gezondheidszorg. Openbare gezondheid wordt in het Engels aangeduid met de term 'public health' (= publieke gezondheid). De termen openbare gezondheidszorg, publieke gezondheid en publieke gezondheidszorg worden in dit proefschrift afwisselend gebruikt, steeds met dezelfde betekenis.

De openbare gezondheidszorg is vooral gericht op gezondheidsbevordering, gezondheidsbescherming, ziektepreventie en acute hulpverlening in geval van ongevallen en rampen. Uitgangspunt is telkens: 'Voorkomen is beter dan genezen'. Het gaat om het verbeteren van de volksgezondheid, en dus om het bevorderen van de kwaliteit van leven, het streven naar een lang én gezond leven, en het voorkomen van bedreiging of verslechtering van de gezondheid van risicogroepen. De openbare gezondheidszorg onderscheidt zich van de reguliere gezondheidszorg in die zin dat de reguliere zorg zich richt op behandeling ter genezing ('cure') en via verzorging ('care') van patiënten op het moment dat hun gezondheid al is geschaad. Het initiatief tot het aanbieden van openbare gezondheidszorg ligt bij de overheid. De overheid treedt actief en ongevraagd op. Op landelijk niveau bestaat de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid, waarin in algemene bewoordingen is aangegeven waaraan lokale overheden uit het oogpunt van volksgezondheid dienen te voldoen. De concrete uitvoering van deze wet wordt overgelaten aan de gemeenten. De gemeenten financieren deze collectieve en preventieve zorg zelf, in tegenstelling tot de reguliere, op het individu gerichte gezondheidszorg, die volledig uit het zorgverzekeringsstelsel wordt betaald. De Inspectie voor de Gezondheidszorg controleert of gemeenten de wet naar behoren uitvoeren. Op gemeentelijk niveau raakt de zorg voor de volksgezondheid aan allerlei andere beleidsterreinen, zoals wonen, werken, welzijn, onderwijs, milieu en verkeer. Beslissingen die op deze terreinen worden genomen, beïnvloeden tevens de publieke gezondheid. Door het voeren van facetbeleid probeert de overheid zich hiervan rekenschap te geven. De openbare gezondheidszorg begeeft zich hiermee ook buiten de keten van gezondheidszorginstellingen. Sterker nog: zonder facetbeleid en samenwerking met andere partners heeft de openbare gezondheidszorg maar beperkt resultaat. Cruciaal voor een adequate samenwerking is een voldoende onderlinge afstemming tussen beleid, praktijk en onderzoek. Dat de samenwerking op gemeentelijk niveau kan en moet worden verbeterd is het uitgangspunt van dit proefschrift. Deze samenwerking is geen doel op zich, maar een voorwaarde voor een betere volksgezondheid in de toekomst. De in dit proefschrift beschreven studie richt zich op de vraag welke belemmeringen een betere afstemming en samenwerking tussen beleid, praktijk en onderzoek op het terrein van de openbare gezondheidszorg in de weg staan, en wat er voor nodig is om deze belemmeringen op te heffen.

De studie is gebaseerd op de analyse van een zestal voorbeelden uit de periode 1991 tot 2005. Elk voorbeeld betreft een onderzoek naar een 'public health' probleem met uitdrukkelijke praktijk- en beleidsrelevantie. Voor een deel zijn de opzet en uitkomsten van deze onderzoeken reeds in een eerder stadium in artikelvorm gepubliceerd. In deze oorspronkelijke publicaties stond het vakinhoudelijke perspectief centraal. Pas achteraf zijn deze zes onderzoeken geselecteerd om dienst te doen als 'casus' (voorbeeld-materiaal) voor de onderhavige studie. Als gevalsbeschrijvingen illustreren ze de zwakke en sterke punten in de afstemming en samenwerking tussen beleid, praktijk en onderzoek in de openbare gezondheidszorg: wat er mis gaat, en waarom dat gebeurt; maar ook hoe het goed kan gaan, en waarom. De zes voorbeelden behandelen de volgende thema's:

1. Probleemjongeren die regelmatig spijbelen, agressief zijn, regelmatig stelen uit winkels, overmatig alcohol en drugs gebruiken en thuis problemen hebben waardoor ze weglopen, vormen een verborgen groep. Om preventief jeugdbeleid te kunnen opzetten moet de omvang van de groep bekend zijn en dient er inzicht te zijn in de ernst en aard van hun problemen. Daarna kan de gemeente een programma opzetten en uitvoeren om deze problemen terug te dringen. Het onderzoek toonde aan dat 2 tot 3% van de Maastrichtse

- jongeren tot de risicogroep van probleemjongeren behoort, hetgeen overeenkomt met circa 300 tot 500 autochtone jongeren. De allochtone jongeren konden niet worden bereikt.
2. Sexueel overdraagbare aandoeningen (SOA) komen in toenemende mate voor, vooral onder jongeren beneden de 25 jaar. Hoeveel mensen jaarlijks last hebben van dergelijke aandoeningen is echter niet bekend. Evenmin is bekend welke artsen de meeste patiënten zien en waar de beste mogelijkheden liggen om voorlichting te geven ter preventie van herhaling van de klachten. Daarom werd onder alle huisartsen, gynaecologen, dermatologen en urologen in Limburg een schriftelijke enquête gehouden om exacte aantallen te achterhalen. Geconcludeerd werd dat de meeste patiënten (bijna 80%) hun huisarts consulteren. Verder bleken de diagnostiek, de registratie en de behandeling van SOA's voor verbetering vatbaar. Zo werden partners vaak niet gewaarschuwd en werd vaak blind behandeld, dat wil zeggen dat medicatie werd gegeven zonder aanvullend onderzoek.
 3. Door een onrustbarende toename van het aantal personen dat met de politie in aanraking komt als gevolg van gokproblematiek, nam de burgemeester van Maastricht in 1990 het initiatief om het gemeentelijke gokbeleid te herzien. Onderzoek werd gedaan naar het aantal gokgelegenheden in de stad en de leeftijd van de bezoekers. Besloten werd voortaan geen gokautomaten meer toe te staan in zogenaamde laagdrempelige gelegenheden zoals sportkantines en snackbars, waar jeugd beneden de 18 jaar toegang heeft. Gokken is volgens de wet alleen toegestaan boven de 18 jaar. In 1999 vroegen de bestaande speelautomatenhallen een vergunning aan voor een verlenging van de openingstijden van 11 uur 's avonds tot 1 uur 's nachts. De gemeente Maastricht wilde graag inzicht hebben in de mogelijke negatieve effecten van deze maatregel, voordat tot honorering van de verzoeken om langer open te mogen blijven zou worden overgegaan. Onderzoek wees op een gering negatief effect. Een afweging van de economische, recreatieve en volksgezondheidsbelangen resulteerde uiteindelijk in het besluit de openingstijden te verlengen tot 1 uur 's nachts.
 4. Hepatitis B is een ernstige en veel voorkomende aandoening onder homo- en biseksuele mannen, prostituees, prostituanten en spuitende druggebruikers. Vanuit het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) werd een landelijke proefcampagne gelanceerd om deze risicogroepen te vaccineren tegen hepatitis B. Onderzoek werd gedaan naar hoe deze moeilijk bereikbare groepen gemotiveerd kunnen worden tot een hepatitis B vaccinatie. Via diverse kanalen werd de doelgroep bereikt. De campagne bleek doeltreffend en doelmatig. Het landelijke beleid werd als reguliere gemeentelijke taak gecontinueerd.
 5. Het bevorderen van de gezondheid van de jeugd is een belangrijke voorwaarde voor gezondheid op latere leeftijd. De school kan hierbij een belangrijke rol vervullen. Echter, in Nederland worden onderwijsinstellingen door tal van organisaties benaderd om uiteenlopende thema's onder de aandacht van de jeugd te brengen. Dit leidt tot versnippering en ineffectiviteit. Het programma Schoolslag is bedoeld om het aanbod van voorlichtingsprogramma's richting scholen te kanaliseren en kwalitatief te optimaliseren. De school wordt geïnformeerd over de feitelijke gezondheids-toestand van de leerlingen. Vervolgens krijgt de school ondersteuning bij het verhelderen van de prioriteiten en het maken van schoolgezondheidsplannen. Hiervoor is samenwerking tussen diverse partijen noodzakelijk. Onderzocht wordt hoe deze samenwerking kan worden vormgegeven en of de veranderingen ten goede komen aan de kwaliteit van het schoolgezondheidsbeleid en de gezondheid van de jeugd.
 6. Hart- en vaatziekten vormen nog steeds een belangrijke oorzaak van ziekte en sterfte in Nederland, vooral in Zuid-Limburg. Dit gegeven vormde in 1998 de aanleiding om Hartslag Limburg te starten, een preventieprogramma voor mensen met risicogedrag (overgewicht, onvoldoende beweging, ongezonde voeding en roken) en voor patiënten die zich met hartklachten melden bij de huisarts of het ziekenhuis. In Maastrichtse achterstandsbuurtten werden veel laagdrempelige activiteiten uitgevoerd, variërend van dans-sessies tot voorlichting over de tekst op etiketten van voedingsmiddelen in de supermarkt. Patiënten kregen extra ondersteuning bij het aanleren van een gezonde leefstijl. Het programma bleek effectief. Binnen het gemeentelijke gezondheidsbeleid werd zes jaar lang prioriteit gegeven aan dit programma. Uit financiële en politieke overwegingen werd uiteindelijk afgezien van structurele uitvoering ervan. Alleen de leefstijladvisering in het ziekenhuis kon worden gecontinueerd.

Bij elk van de bovenstaande zes casus was sprake van naast elkaar opererende beleidsprocessen, uitvoeringspraktijken en onderzoeksactiviteiten. De afstemming daartussen was soms gebrekkig en de samenwerking verliep niet altijd succesvol. Op basis van een vooraf ontwikkeld theoretische raamwerk werden deze gevalsbeschrijvingen in een multiple-case study aan een gemeenschappelijke analyse onderworpen. De opeenvolgende hoofdstukken van het proefschrift beschrijven dit analyseproces.

Hoofdstuk 1 introduceert het onderwerp van dit proefschrift: het gebrek aan afstemming tussen beleid, praktijk en onderzoek op het terrein van de publieke gezondheid. De overwegingen en motieven die aan dit onderzoek ten grondslag hebben gelegen, worden belicht. Meestal wordt de publieke gezondheid beschreven in termen van intenties of streefdoelen. Publieke gezondheid refereert niet naar een eigenstandig kennisgebied maar ontleent zijn identiteit aan een combinatie van diverse disciplines. Publieke gezondheidszorg omvat: 1. **beleid**, omdat het domein intrinsiek verbonden is met politieke keuzen, prioriteiten en beslissingen ten aanzien van de inrichting van de zorg; 2. **praktijk**, omdat het beleid uitgevoerd moet worden, bijvoorbeeld via het organiseren van voorlichting, sociale actie, dienstverlening en voorzieningen; en 3. **onderzoek**, om de aard en omvang van publieke gezondheidsproblemen in kaart te brengen, de determinanten ervan te identificeren, en het (potentiële) effect van het beleid en het handelen in de praktijk vast te stellen. Waar Nederland wat betreft de (gezonde) levensverwachting jarenlang tot de top vijf van de Europese landen behoorde, worden we de laatste jaren geconfronteerd met een onrustbarende achteruitgang op de ranglijst. We nemen tegenwoordig een middenpositie in in de rij van de 27 EU-landen. Om hierin verandering te kunnen aanbrengen is effectief beleid nodig op het terrein van de publieke gezondheidszorg. Echter, er is onvoldoende inzicht in wat er nodig is om van een effectieve publieke gezondheidszorg te kunnen spreken. Bovendien is onvoldoende duidelijk welke parameters bij het beoordelen van de effectiviteit in beschouwing genomen dienen te worden, en wat hierbij de rol is van bijvoorbeeld ethische, uitvoeringstechnische, praktische, organisatorische en economische aspecten. Zo is de discussie over de effectiviteit van het huidige rookbeleid gevoerd vanuit allerlei verschillende invalshoeken en met allerlei verschillende argumenten, variërend van individuele vrijheidsberoving tot economische gevolgen en praktische uitvoerbaarheid van de naleving van de nieuwe wetgeving. De bewijsvoering inzake de effectiviteit is dus uitermate complex. Juist omdat de effectiviteit van de publieke gezondheidszorg zo moeilijk valt aan te tonen, zeker op korte termijn, lijkt een langdurige en meer structurele samenwerking tussen beleid, praktijk en onderzoek geïndiceerd. Deze breed gedragen visie stoelt op de aanname dat een dergelijke samenwerking binnen de publieke gezondheidszorg vanzelf zal leiden tot een hogere kwaliteit en effectiviteit, en tevens tot beter inzicht hierin. Echter, de geschiedenis herbergt tal van voorbeelden waaruit blijkt dat deze samenwerking maar moeizaam tot stand komt. Ook momenteel is een dergelijke samenwerking tussen de drie domeinen relatief zeldzaam.

Tegen deze achtergrond worden in dit hoofdstuk de onderzoeksvraag, het onderzoeksontwerp en de methoden van onderzoek beschreven. Een kort historische schets van de ontwikkelingen binnen de publieke gezondheidszorg wordt gepresenteerd, van het overheidsbeleid in deze, de praktijkuitvoering en het onderzoek. De centrale vraagstelling van dit proefschrift gaat over de barrières tussen beleid, praktijk en onderzoek die een gezamenlijke ontwikkeling belemmeren en over hoe deze barrières geslecht kunnen worden. De vraagstelling van het onderzoek beperkt zich tot het lokale niveau, oftewel het gemeentelijke volksgezondheidsbeleid.

Hoofdstuk 2 analyseert de werkcycli van respectievelijk beleid, praktijk en onderzoek zoals deze door de binnen deze domeinen opererende professionals worden uitgevoerd. Een werkcyclus beschrijft de achtereenvolgende stappen die men doorgaans maakt om een probleem aan te pakken. Het gaat hierbij om vier stappen. Stap 1 begint met de (h)erkenning van een probleem. Vervolgens wordt in stap 2 het probleem ontrafeld, waarbij er vragen gesteld worden zoals: hoe vaak komt het probleem voor, bij wie, waarom, waardoor, wat kunnen we eraan doen? Er wordt een plan van aanpak opgesteld waarin wordt vastgelegd wie wat gaat doen, waar, wanneer, en hoe. In stap 3 wordt dit plan daadwerkelijk uitgevoerd. Stap 4 beschrijft de resultaten en mondt uit in een nieuwe beoordeling van probleem: is het probleem verminderd of niet? Samengevat

bestaat de werkcyclus uit: probleemdefinitie, probleemanalyse en plan van aanpak, uitvoering, en interpretatie. Op het eerste gezicht lijken de werkcycli van praktijk, beleid en onderzoek sterk op elkaar. Ze zijn opgebouwd uit dezelfde stappen. Maar bij nadere analyse blijken er per stap grote verschillen en tegengestelde belangen te bestaan. Deze tegengestelde belangen zijn te herleiden tot het zogenaamde niche-karakter van beleid, praktijk en onderzoek. De term 'niche' komt uit de biologie en heeft betrekking op omgevingscondities die noodzakelijk zijn voor het instandhouden van de eigen soort. Naar analogie van het biologische niche-concept kunnen praktijk, beleid en onderzoek worden opgevat als aparte niches. Elke niche moet zichzelf in stand houden en creëert hiervoor bepaalde omstandigheden waardoor samenwerking die zich uitstrekt over de eigen grenzen wordt bemoeilijkt. Zo heeft elke niche een eigen referentiekader, een eigen taal, eigen gedragscodes, een eigen tempo etcetera. De analyse van de verschillen tussen de werkcycli van beleid, praktijk en onderzoek bracht dertien ongelijkwaardigheden aan het licht. Deze varieerden van de wijze van prioriteitstelling van problemen tot het hebben van de formele macht, de waardering van bewezen effectiviteit, de werkhouding van de professionals, tempoverschillen in de werkcycli, transparantie van de te bereiken einddoelen, en aandacht voor evaluatie en continuïteit. De werkcyclus van het beleid duurt vier jaar. De cyclus vangt aan met de benoeming van een verantwoordelijke wethouder na de lokale verkiezingen en eindigt na vier jaar, als in de aanloop naar de nieuwe verkiezingen de beleidseffecten zichtbaar moeten zijn. De werkcyclus van een academisch (promotie) onderzoekstraject kan in gemiddeld vier jaar worden afgerond, maar is niet onderhevig aan de druk van politieke besluitvormingsprocessen. De werkcyclus van de praktijk is doorgaans veel korter, liefst zo kort mogelijk, aangezien praktijkprofessionals geconfronteerd worden met acute, dagelijkse problemen die bij voorkeur zo snel mogelijk opgelost moeten worden. Deze verschillen in duur van de werkcycli die kenmerkend zijn voor beleid, praktijk en onderzoek zorgen ervoor dat samenwerking uitermate ingewikkeld is.

Geconcludeerd wordt dat de individuele gedragingen van beleidsmakers, onderzoekers en praktijkprofessionals van nature moeilijk met elkaar verenigbaar zijn, tenzij er een samenwerkingsverband wordt aangegaan om de barrières te bespreken en te zoeken naar oplossingen. Binnen zo'n samenwerkingsverband is een plan van aanpak nodig om de partijen tot elkaar te brengen. Dit dient zowel op bestuurlijk (oftewel strategisch) niveau te geschieden, als op institutioneel (oftewel tactisch) en individueel (oftewel operationeel) niveau. Gegeven het hiërarchische karakter van de besluitvormingsprocedures over het gemeentelijke beleid is het noodzakelijk onderscheid te maken tussen deze drie systeemniveaus, aangezien op elk van de niveaus veranderingen nodig zijn.

In **Hoofdstuk 3** wordt een zogenaamd 'logisch model' beschreven waarin de relevante factoren die bepalend zijn voor (het gebrek aan) samenwerking worden onderscheiden op de drie systeemniveaus, te weten het bestuurlijke, institutionele en individuele niveau. De methode van Intervention Mapping is gebruikt om systematisch theorieën en empirische gegevens te gebruiken voor de selectie van praktische strategieën. Praktische strategieën geven concreet inhoud aan het plan van aanpak uit hoofdstuk 2 en geven aan *hoe* men tot samenwerking kan komen. In dit hoofdstuk worden tevens de belangrijkste actoren op de drie onderscheiden niveaus beschreven. Op bestuurlijk niveau zijn gemeentebestuur, gemeenteraad, directies van instellingen en hoogleraren uit de onderzoekswereld, directeuren van onderzoeksinstituten, en/of programmaleiders binnen de onderzoeksorganisatiestructuur de aangewezen actoren. Op institutioneel niveau spelen directeuren van gemeentelijke diensten en van uitvoerende instellingen een belangrijke rol naast de vakgroepvoorzitters van de universiteit. Individuele praktijkprofessionals, onderzoekers en beleidsambtenaren zorgen voor de feitelijke werkuitvoering.

De belangrijke factoren op bestuurlijk niveau zijn macht, leiderschap en middelen. Op institutioneel niveau hebben de relevante factoren betrekking op ondersteuning van het management voor organisatie ontwikkeling, leiderschap, het klimaat van de organisatie, de cultuur van de organisatie en het opbouwen van capaciteit om tot samenwerking te komen. Of op dit niveau voldaan wordt aan de voorwaarden voor samenwerking, wordt in de eerste plaats bepaald door (het gedrag van) de managers. Op individueel niveau zijn de belangrijkste voorwaardenscheppende factoren voor samenwerking kennis, houding, ervaren sociale norm, uitkomstverwachting, bekwaamheid en vertrouwen in eigen kunnen.

Voor elk van de factoren op bestuurlijk, institutioneel en individueel niveau wordt beschreven welke theoretische kennis er beschikbaar is, en hoe op basis van deze kennis de selectie van een serie praktische strategieën gericht op bevordering van de samenwerking tot stand is gekomen. We presenteren een pakket van dertig, op theorie gebaseerde, praktische strategieën waarvan we verwachten dat deze de kansen op samenwerking bevorderen. Het gaat hierbij niet om een vast pakket dat past bij elke vorm van samenwerking, maar om een variabel pakket, waarvan de invulling afhankelijk is van de specifieke context waarin de samenwerking plaatsvindt. Een belangrijk aspect van Intervention Mapping is juist het op-maat maken van het plan van aanpak. Dit impliceert dat elke situatie waarbij de samenwerkingsverhoudingen in het geding zijn, afzonderlijk geanalyseerd moet worden, om te kunnen beoordelen welke combinatie van praktische strategieën in de gegeven situatie het meest geëigend is.

In **Hoofdstuk 4** wordt een vergelijking gemaakt tussen de theoretisch gefundeerde praktische strategieën zoals voorgesteld in hoofdstuk 3 en de opvattingen van experts uit het praktijkveld, de beleidssector en de onderzoekswereld over essentiële samenwerkingsstrategieën. Het doel van de expertbijeenkomst was te toetsen of de door experts voorgestelde praktische strategieën voor samenwerking tussen beleid, praktijk en onderzoek overeenkomen met de theoretisch gefundeerde praktische strategieën, zowel qua inhoud als prioriteitstelling. De opzet van de expertbijeenkomst wordt beschreven, en vervolgens de resultaten en de manier waarop consensus is bereikt over de praktische strategieën. Hoewel de door de experts voorgestelde en de uit de theorie afgeleide praktische strategieën verschillend waren geformuleerd, bracht een inhoudsanalyse een grote mate van overeenstemming aan het licht ten aanzien van de achterliggende betekenis van de strategieën. Indien nodig werd daarom gekozen voor een herdefinitie van een bepaalde strategie, zodanig dat deze voldoende recht deed aan zowel de theorie als de mening van de experts. Het uiteindelijke resultaat was een pakket van dertig geherformuleerde praktische strategieën. Deze lijst met strategieën is vervolgens gebruikt als checklist om de kwaliteit van de samenwerking tussen beleid, praktijk en onderzoek te beoordelen in de context van de multiple-case study (hoofdstuk 5).

Hoofdstuk 5 beschrijft de belangrijkste uitkomsten van de multiple-case study. Gerapporteerd wordt in welke mate dertig eerder geïdentificeerde praktische strategieën gehanteerd zijn in zes verschillende casus. De zes casus zijn ontleend aan beoogde samenwerkingsverbanden tussen de niches van beleid, praktijk en onderzoek gedurende de periode 1991 tot 2005, binnen de gemeenten Maastricht, Margraten, Meerssen, Eysden en Valkenburg. De zes gekozen voorbeelden zijn exemplarisch voor de samenwerkingsproblemen die zich in de Nederlandse openbare gezondheidszorg kunnen voordoen. De toepassing van de praktische strategieën is in algemene termen geëvalueerd, aan de hand van de volgende beoordelingscategorieën: intensieve/goede implementatie (+; 2 punten), gemengde implementatie (+-; 1 punt), geen implementatie (-; 0 punten). Op basis van de scores per strategie is voor elke casus een totaal-score berekend. Interpretatie van deze overall-score vond plaats tegen de achtergrond van de betreffende casus.

De resultaten van de multiple-case study laten zien dat er in drie van de zes casussen succesvol is samengewerkt. Succesvolle samenwerking betekende dat de samenwerking ook na de proefperiode en na afloop van de tijdelijke projectfinanciering gecontinueerd werd. De resultaten laten verder duidelijk zien dat samenwerking niet beklijft na de proefperiode als veranderingen op individueel niveau niet gepaard gaan met institutionele en bestuurlijke veranderingen. Als bestuurlijke, institutionele en individuele veranderingen met elkaar in de pas blijven lijkt dit de samenwerking te bevorderen. Succesvolle samenwerking tussen de verschillende niches lijkt tot stand te kunnen komen indien meerdere en bovendien verschillende praktische strategieën worden toegepast op elk van de drie systeemniveaus. Het beslissende aantal en de specifieke soort kan per casus verschillen en is mede afhankelijk van de context. Succesvolle samenwerking impliceert tevens dat er herhaaldelijk verbindingen tussen de onderscheiden werkcycli tot stand komen. Geconcludeerd wordt dat **samenhang** tussen de systeemniveaus noodzakelijk is. Samenhang betekent hier dat er zowel verticale communicatieverbindingen zijn tussen de actoren die opereren binnen de drie systeemniveaus, als horizontale verbindingen tussen beleid, praktijk en onderzoek. Samenhang tussen het bestuurlijke, institutionele en individuele niveau wordt ook

wel omschreven als strategische, tactische en operationele aansturing. Een dergelijke samenhang tussen de niches leidt ertoe dat de desbetreffende actoren met elkaar in dialoog raken. Als gemeentebestuur, hoogleraren, directeuren van onderzoeksinstituten en directies van instellingen gezamenlijk de resultaten van bijvoorbeeld de onderzoekswerkcyclus bespreken kunnen zij meer gefundeerd besluiten of zij de onderzoeksuitkomsten in praktische of beleidsmaatregelen willen vertalen. Om het onderzoek naar de probleemjongeren als voorbeeld te nemen: op basis van de uitkomst dat 2-3% van de Maastrichtse jeugd tot de risicogroep van probleemjongeren lijkt te horen, kan in onderlinge samenspraak besloten worden of specifieke aandacht voor deze categorie in het kader van het gemeentelijke jeugdbeleid al dan niet wenselijk is. Andersom kunnen praktijkervaringen ook worden ingebracht in beslissingen over beleid en onderzoek. Zo laat het Schoolslag-voorbeeld zien dat op basis van signalen uit de praktijk besloten kan worden het schoolgezondheidsbeleid te profileren als apart onderdeel van het gemeentelijke gezondheidsbeleid en tevens dat het initiëren van onderzoek om de effectiviteit van dit beleid te evalueren hoge prioriteit krijgt.

Alle positieve bevindingen en potenties ten spijt, heeft dit onderzoek ook uitgewezen dat zelfs in geval van het realiseren van een geslaagde afstemming tussen strategische, tactische en operationele aansturing in beleid, praktijk en onderzoek, succes op de langere termijn nog niet gegarandeerd is. Eén van de drie casus die als succesvol werden bestempeld, het Hartslagproject, maakte dit duidelijk.

Gedurende de periode 1991–2005 is door de Zuid-Limburgse GGD het accent verschoven van individuele naar institutionele en bestuurlijke strategieën. Vooral de institutionele samenwerkingsstrategieën met aandacht voor organisatieontwikkeling blijken bij te dragen aan succes. Een lerende organisatie waar managers voorzien in de randvoorwaarden om te kunnen samenwerken biedt de beste kansen. Kennelijk heeft de GGD leergeld betaald voor eerdere ervaringen. Landelijke verspreiding van deze inzichten is noodzakelijk om te voorkomen dat GGD-en in hun ontwikkeling geremd worden.

Dit onderzoek laat verder zien dat er grote onduidelijkheid bestaat over welke partij op institutioneel niveau de rol van procesmanager dient in te vullen: de betreffende beleidsambtenaar, de directeur van de desbetreffende gemeentelijke dienst, of de GGD? Daarnaast zijn de bijbehorende taken en verantwoordelijkheden van de procesmanager niet helder geformuleerd.

Prestatie-indicatoren dienen om de doelstellingen van de organisatie en het waardering- en beloningssysteem voor het personeel met elkaar in overeenstemming te brengen. Ons onderzoek laat zien dat er vanuit het management weinig aandacht is voor prestatie-indicatoren in combinatie met persoonlijke ontwikkelingsplannen om zo het personeel aan te moedigen tot samenwerking. Dit gebrek aan aandacht staat in schril contrast met de mening van experts, die aangaven zeer veel belang te hechten aan het hanteren van heldere prestatie-indicatoren gericht op samenwerking. Prestatie-indicatoren die het niveau van de eigen organisatie overstijgen waren hoegenaamd afwezig, hoewel er na verloop van tijd wel verbetering optrad.

Het probleem van de verschillende planningscycli en werktempo's compliceert de samenwerking. Beleid, praktijk en onderzoek werken elk met een eigen tijdshorizon. In geen van de casus is bij de planning van de werkprocessen in de verschillende domeinen voldoende geanticipeerd op deze tempoverschillen. Voor zover praktijkbevindingen al werden ingebracht bij de besluitvorming over beleid en onderzoek, ging het meestal om een toevalstreffer. Om verbindingen tussen de werkcycli van beleid, praktijk en onderzoek te kunnen realiseren is het noodzakelijk dat de professionals de werkprocessen vooraf op elkaar afstemmen. In het voorbeeld van schoolgezondheidsbeleid is dit nog het meest expliciet geprobeerd. De vierjaars termijn van gemeentelijk beleid is als uitgangspunt gebruikt voor de planning van de activiteiten in de verschillende domeinen. Dit betekent dat de presentatie van de schoolgezondheidsgegevens, het formuleren van prioriteiten, het maken en uitvoeren van schoolgezondheidsplannen en het evalueren ervan moet plaatsvinden gedurende een periode van vier jaar, die overeenkomt met de gemeentelijke beleidscyclus.

De aanname dat succesvolle samenwerking tussen de drie niches bijdraagt aan het vergroten van de kennis over de effectiviteit, doelmatigheid en doeltreffendheid van de publieke gezondheidszorg is niet – of ten minste nog niet – overtuigend aangetoond in dit onderzoek. Bij de drie succesvolle casus was er wel sprake van terugkerende verbindingen tussen de werkcycli,

waarbij resultaten van de ene werkcyclus werden ingevoerd in een andere werkcyclus, zodat er langzaam aan verbeteringen tot stand kunnen komen wat betreft de effectiviteit, doelmatigheid en doeltreffendheid. Zo zijn in het voorbeeld van hepatitis B de praktijkgegevens over het bereiken van de doelgroep betrokken bij het herformuleren van het beleid. Vervolgens is het aangepaste beleid uitgevoerd en op effectiviteit onderzocht. De onderzoeksgegevens hiervan zijn op hun beurt gebruikt voor een aanpassing van het landelijke en lokale beleid wat betreft de vaccinatie van risicogroepen. De succesvol georkestreerde interacties tussen beleid, praktijk en onderzoek lijken inderdaad gepaard te gaan met een verbetering van het effect van de publieke gezondheidszorg.

Hoofdstuk 6 bevat een algemene discussie over de onderzoeksresultaten en een kritische beschouwing over de methodologische kwaliteit van het onderzoek. Ondanks enkele tekortkomingen in de onderzoeksopzet schuilt de kracht van deze studie in het feit dat de bruikbaarheid van een aantal praktische samenwerkingsstrategieën is getest bij zes verschillende voorbeelden uit de publieke gezondheid. Een pakket van strategieën is samengesteld op geleide van theoretische kaders en meningen van experts. De verwachting was dat bij toepassing van deze strategieën de samenwerking tussen beleid, praktijk en onderzoek zou worden bevorderd. Op basis van een multiple-case study konden conclusies worden getrokken over het potentiële vermogen van deze strategieën om de barrières tussen de drie niches te slechten. Het gebruik van praktische strategieën om een samenwerkingsproces te evalueren is vernieuwend. Deze werkwijze heeft nieuw inzicht opgeleverd, vooral met betrekking tot het belang van organisatieontwikkelingsstrategieën.

Tot slot bevat dit hoofdstuk een aantal conclusies en worden aanbevelingen voor de toekomst gedaan. Om te komen tot effectieve publieke gezondheidszorg is het zaak te zorgen voor voldoende wisselwerking tussen beleid, praktijk en onderzoek, waarbij tal van disciplines elkaar kunnen ontmoeten. Dit onderzoek heeft aangetoond dat de kloof tussen beleid, praktijk en onderzoek overbrugbaar is als er 1. een samenhangende toepassing van praktische strategieën op de drie systeemniveaus gerealiseerd kan worden; 2. organisatieontwikkelingsstrategieën worden toegepast die gericht zijn op samenwerking en het toewijzen en formuleren van de rol van procesmanager op institutioneel niveau; 3. prestatie-indicatoren worden geformuleerd die de eigen organisatie overstijgen; 4. praktische strategieën op maat worden vastgesteld, gericht op het kritisch beschouwen van het referentiekader van de niches; en 5. voorafgaand aan de start van samenwerking aandacht wordt gegeven aan de gewenste verbindingen tussen beleid, praktijk en onderzoek.

Op basis van de onderzoeksresultaten worden de volgende aanbevelingen gedaan. Indien het voor het bereiken van gezondheidseffecten nodig is dat een nieuw programma na de proefperiode gecontinueerd wordt, bevelen wij aan om hiermee reeds rekening te houden tijdens de initiële besluitvorming op bestuurlijk niveau. Het besluit om te starten dient, bij gebleken succes, tevens een besluit tot continuering in te houden of ten minste de intentie ertoe. Daarnaast bevelen wij aan om op institutioneel niveau prioriteit te geven aan en competenties te ontwikkelen gericht op samenwerkingstrategieën die de eigen organisatie overstijgen. Voorgesteld wordt om bij intersectorale samenwerking de directeur van de GGD, of een daartoe gemandateerde GGD-professional, als procesmanager op te laten treden. Nieuwe prestatie-indicatoren gericht op samenwerking zijn nodig. Als voorbeeld wordt de constructie genoemd waarbij onderzoekers, beleidsmakers en praktijkprofessionals op 50-50 basis worden aangesteld bij twee verschillende instellingen. Dit kan wederzijds voordeel opleveren voor de betrokken instellingen. Aan Zorgonderzoek Nederland (ZonMw) wordt het advies gegeven om samenwerking binnen het domein van de publieke gezondheid als expliciet doel in te bouwen in bestaande en nieuw te starten onderzoeksprogramma's. Praktische samenwerkingsstrategieën dienen afgestemd te zijn op de context waarin deze worden toegepast. De belangrijkste premisse is dat de toepassing van een praktische strategie bijdraagt aan een grotere bereidheid tot het kritisch reflecteren op de reguliere denk- en werkwijze om de kloof tussen praktijk, beleid en onderzoek te kunnen overbruggen. Bij elke werkcyclus is de (h)erkenning van een probleem het startpunt van handelen. Daarom wordt aanbevolen om direct na elke nieuwe ronde van lokale verkiezingen op bestuurlijk niveau gezamenlijk – dat wil zeggen met verantwoordelijke wethouder, de hoogleraar publieke gezondheid en/of de directeur van het 'public health'

onderzoeksinstituut, en de GGD-directeur – onderhandelingen te voeren over het lokale gezondheidsbeleid en besluiten te nemen over gezamenlijke plannen voor de komende vier jaar. Consensus over de maatschappelijke, wetenschappelijke en praktische relevantie van een probleem vormt de eerste stap in een gezamenlijke aanpak. De werkcycli kunnen gelijktijdig starten of elkaar opvolgen waarbij resultaten van de ene werkcyclus benut kunnen worden in de andere werkcyclus. Ten slotte bevelen we aan om overeenstemming te bereiken over de vervolgstappen voor de lange termijn, zodat effectieve programma's kunnen worden ontwikkeld en geprolongeerd. Dit onderzoek heeft vooralsnog geen overtuigend bewijs geleverd voor de veronderstelling dat samenwerking automatisch leidt tot 'evidence-based public health', hoewel er wel aanwijzingen in die richting zijn. Pogingen om de beschikbare kennis met betrekking tot evidence-based public health te vergroten lijken voordeel te hebben van een helix-achtige benadering. De helix bestaat uit regelmatig terugkerende verbindingen tussen de werkcycli van beleid, praktijk en onderzoek, vergelijkbaar met de waterstofbruggen tussen de baseparen in de DNA-helix. Een lange termijn programmering in de vorm van een helix spoort met de geleidelijke vorderingen die binnen de publieke gezondheidszorg gebruikelijk zijn.

De vorming van Academische Werkplaatsen voor de Publieke Gezondheid in Nederland biedt een uitstekende gelegenheid om samenwerking tussen beleid, praktijk en onderzoek te realiseren, waarbij versterking van het lokale gezondheidsbeleid het uitgangspunt moet zijn.

Voor een uitvoerigere Nederlandstalige samenvatting, zie:
www.academischewerkplaatslimburg.nl