

Licentie

Dit document '*Publieke gezondheid nieuwe stijl: informatie van de GGD als grondstof voor sociale innovatie*' van Menno van der Horst (mennovanderhorst.nl) is in licentie gegeven volgens een Creative Commons Naamsvermelding 4.0 Internationaal-licentie. Dit houdt in dat het is toegestaan om dit werk te kopiëren, distribueren, vertonen, op te voeren en om afgeleide werken te maken, zelfs voor commerciële doeleinden, zolang ik, Menno van der Horst, wordt vermeld als maker.



Samenvatting

Dit document met de titel *'Publieke gezondheid nieuwe stijl: informatie van de GGD als grondstof voor sociale innovatie'* geeft Menno van der Horst antwoord op de vraag: *'Hoe kan de samenleving de publieke gezondheid zo goed mogelijk zelf bewaken, beschermen en bevorderen, ondersteund door middel van informatie van de GGD Haaglanden?'*. Menno is deeltijdstudent aan de opleiding Business IT & Management aan De Haagse Hogeschool en is werkzaam voor de gemeente Den Haag als informatie-analist voor GGD Haaglanden. De aanleidingen voor dit onderzoek zijn demografische ontwikkelingen, de wens van het Kabinet om dienstverlening dichter naar burgers toe te brengen, de actievere houding van inwoners om maatschappelijke problemen aan te pannen, verandering van dienstverlening van de overheid door de financieel-economische crisis en de razendsnelle ontwikkelingen in de ICT.

In opdracht van de Chief Information Officer (CIO) van de gemeente Den Haag en onder begeleiding van de GGD en het eSociety Instituut is in een half jaar tijd kwalitatief, exploratief onderzoek gedaan. Door middel van literatuurstudie en interviews met professionals in de publieke en preventieve zorgsector zijn de gegevens verzameld en gebruikt voor het opstellen van scenario's.

Ontwikkelingen die relatie hebben tot de onderzoeksvraag en relevant zijn voor de GGD zijn: de actievere rol van inwoners en tegelijkertijd de meer faciliterende rol van de overheid, de veranderende manier van dienstverlening door de overheid en de continue verbondenheid van mensen door middel van technologie.

De GGD kan inwoners in staat stellen zelf een actieve bijdrage te leveren aan de publieke gezondheid. Inwoners moeten worden gefaciliteerd door gegevens beschikbaar te stellen waarmee inwoners zelf risico's of bedreigingen voor de volksgezondheid kunnen ontdekken. Daarnaast zal er op gegevensniveau een verband moeten worden gelegd tussen risico's en bedreigingen, symptomen en kenmerken daarvan en de tegenmaatregel(en) die de GGD adviseert.

De bestaande informatievoorziening zal moeten worden aangepast zodat gegevens automatisch kunnen worden verwerkt en gepubliceerd. Tijdens het verwerken zullen de gegevens worden geanonimiseerd en worden er semantische verbanden gelegd tussen risico's, symptomen en advies. Dit proces van verwerken en openbaar maken moet worden ingebed in de organisatiestructuur. Bovendien moet de organisatie open staan voor haar nieuwe, faciliterende, rol in netwerken, moet ze bereid zijn om te leren van initiatieven van anderen en zal ze medewerkers de ruimte moeten geven om sociale innovaties te ondersteunen.

Een belangrijke doelgroep van de GGD zijn de sociaal kwetsbaren. Daarvan kan worden geconcludeerd dat zij zelf niet actief kunnen of willen bijdragen aan de publieke gezondheid. Door sterke schakels in hun netwerk te faciliteren, kunnen zij in een eerder stadium worden geholpen. Op die manier kan worden voorkomen dat ze afglijden naar meervoudige problematiek.

Dit onderzoek bevat een implementatieplan dat handvatten biedt om de kansen te benutten, door informatie en de informatievoorziening op een strategische manier in te zetten voor de publieke gezondheid.

Inhoudsopgave

1. Inleiding	6
1.1 Inleiding	7
1.2 Leeswijzer	8
2. Eigen bijdrage aan publieke gezondheid	7
2.1 Aanleiding	7
2.2 Probleem	8
2.3 Hoofdvraag	10
2.4 Deelvragen	10
2.5 Hypothese	10
3. Onderzoeksontwerp	12
3.1 Projectdefinitie	12
3.2 Projectstrategie	19
4. Dataverzameling	26
4.1 Samenleving	27
4.2 Gezondheid	28
4.3 Publieke gezondheid	29
4.4 Bewaken, beschermen & bevorderen	31
4.5 Zelf bewaken, beschermen & bevorderen	32
4.6 GGD informatie	38
4.7 Veranderingen in de samenleving	39
4.8 Veranderingen in de publieke gezondheid	42
4.9 ICT-ontwikkelingen	44
4.10 GGD Haaglanden	47
5. Selectie van gegevens	53
5.1 Samenleving	53
5.2 Gezondheid	53
5.3 Publieke gezondheid	53
5.4 Bewaken, beschermen & bevorderen	54
5.5 Zelf bewaken, beschermen & bevorderen	54
5.6 GGD informatie	54
5.7 Veranderingen in de samenleving	55
5.8 Veranderingen in de publieke gezondheid	55
5.9 ICT-trends	55
5.10 GGD Haaglanden	55
6. Scenarioplanning	57
6.1 Impact en onzekerheid	57
6.2 Scenario's	58
6.3 Selectie	63

7. Implementatie	65
7.1 Uitgangspunten	68
7.2 Doelen	69
7.3 Producten	69
7.4 Consequenties	67
7.5 Organisatie	67
7.6 Kosten	68
7.7 Scope	68
7.8 Communicatie	68
7.9 Early warning-signalen	68
7.10 Succesfactoren	69
7.11 Risico's	69
8. Conclusie	71
9. Evaluatie en reflectie	72
9.1 Resultaten	72
9.2 Vervolg	74
Literatuur	76
Woordenlijst	80
Tabellen en figuren	82
Bijlagen	84

1. Inleiding

Dit document is een product van mijn afstudeerproces.

1.1 Inleiding

Als afsluiting van de deeltijd bachelor opleiding Business IT & Management aan De Haagse Hogeschool moet ik een afstudeeronderzoek doen. Dit adviesrapport heb ik opgeleverd aan mijn opdrachtgever, begeleider en begeleidend lector.

1.2 Leeswijzer

Wat de aanleiding is van dit onderzoek, wat het exacte probleem is en hoe de huidige situatie eruit ziet wordt beschreven in hoofdstuk 2. Daarin worden ook de hoofdvraag, deelvragen en hypothese beschreven. Het plan om te komen tot een antwoord op de onderzoeksvraag is te vinden in hoofdstuk 3. In hoofdstuk 4 worden de gegevens die zijn gevonden in de fase van dataverzameling worden gepresenteerd aan de hand van de deelvragen. Deze gegevens worden vervolgens in hoofdstuk 5 geanalyseerd en er worden kritische kanttekeningen bij geplaatst. In hoofdstuk 6 zijn de bevindingen uitgewerkt in veranderalternatieven. Voor één alternatieven is in hoofdstuk 7 een strategisch implementatieplan opgesteld. De conclusies zijn getrokken in hoofdstuk 8. De afsluiting van het project is beschreven in hoofdstuk 9.

Woorden voorzien van een (esculaap) zijn toegelicht in de woordenlijst aan het einde van dit document.

2. Eigen bijdrage aan publieke gezondheid

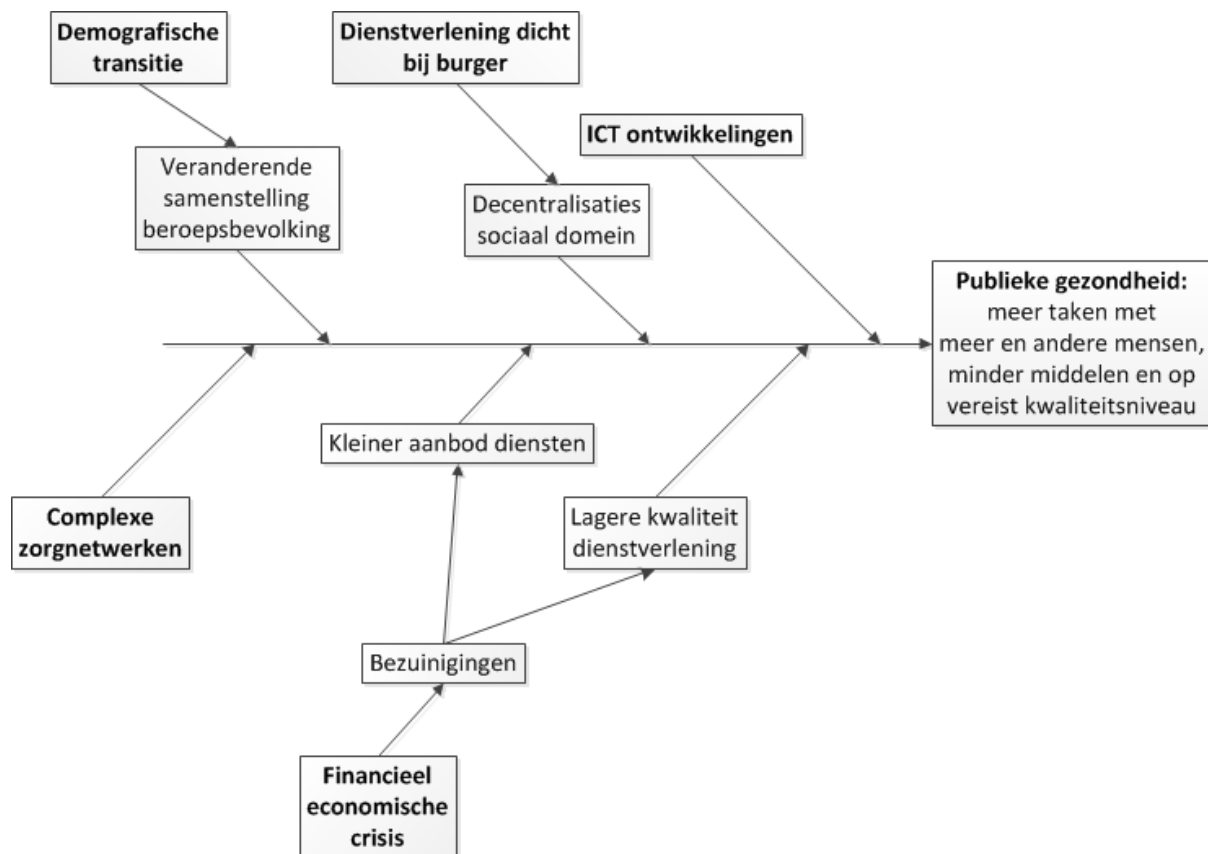
Dit hoofdstuk licht de aanleiding, het probleem, de onderzoeksvragen en de hypothese toe.

2.1 Aanleiding

Er zijn verschillende externe ontwikkelingen die mijn onderzoek relevant maken voor de gemeente Den Haag en GGD Haaglanden:

1. Demografische transitie. De samenstelling van de beroepsbevolking in de regio Haaglanden zal veranderen. De babyboomers gaan met pensioen, wat zorgt voor een grote afname van ervaren personeel, met name in de sectoren overheid, zorg en onderwijs. In de grote steden zal de aanwas van de bevolking met name worden veroorzaakt door de toename van niet-westerse groepen;
2. Lokale overheden krijgen meer taken toegewezen vanuit de rijksoverheid omdat de rijksoverheid de hulpvraag dichter bij de burger wil brengen. Gemeenten ontvangen hiervoor minder middelen dan dat de rijksoverheid zelf nodig had om deze uit te voeren. De taken met de grootste gevolgen zijn vooral gerelateerd aan het sociale domein, beter bekend als de drie decentralisaties: zorg voor langdurig zieken of ouderen, hulp bij het vinden van werk en de jeugdzorg;
3. De financieel-economische crisis zorgt voor minder belastinginkomsten en dwingt de gemeente tot forse bezuinigingen, waardoor het niveau van de dienstverlening wordt versoberd;
4. Toepassingen op het gebied van ICT hebben zich bijzonder snel ontwikkeld en omdat de GGD ICT alleen gebruikt voor het ondersteunen van de primaire processen is de verwachting dat daar nog veel kansen liggen. Ontwikkelingen zoals mobiele apparaten en enorme toename van data bieden naar verwachting nieuwe kansen;
5. De samenwerking tussen semi-overheidsinstellingen, non-gouvernementele organisaties en de curatieve en publieke gezondheidszorg in complexe netwerken neemt toe. Waar rollen en bevoegdheden vroeger duidelijk gescheiden waren wordt er nu in netwerken samengewerkt die per casus kunnen verschillen. Het onderwerp van de casus (bijvoorbeeld een kind of gezin) wordt actief betrokken bij het proces en heeft daar zeggenschap en verantwoordelijkheid over.

Bovenstaande ontwikkelingen zijn schematisch weergegeven in onderstaand oorzaak-gevolg-diagram. Hierbij is de volgorde op de horizontale lijn waaraan de oorzaken zijn verbonden geen indicatie van het moment waarop ze zich voordeden.



Figuur 2.1. Oorzaak-gevolg diagram

2.2 Probleem

De GGD is een kennisintensieve organisatie. De medewerkers gebruiken informatie en hun kennis om de publieke gezondheid van de inwoners van Haaglanden te optimaliseren. De vraag rijst of er niet méér kan worden gedaan met de waardevolle informatie.

Informatie en ICT zijn nu middelen die de ambtenaar in de publieke gezondheidszorg ondersteunen in de uitvoer van de wettelijke taken en aanvullende diensten. In het jaar voorafgaand aan dit afstudeeronderzoek heb ik uit hoofde van mijn functie gesprekken gevoerd met alle managers van de GGD. Verschillende van hen gaven te kennen, na een presentatie van mij in het managementteam over strategische ontwikkelingen, dat zij behoefte hadden aan verder onderzoek op dit gebied. Met name het delen van kennis en informatie met de samenleving werd door verschillende leidinggevenden genoemd.

In onderstaande tabel wordt systematisch beschreven op welk probleem dit onderzoek een antwoord wil geven:

Vraag	Antwoord
Wat is het probleem?	De GGD bezit veel kennis en informatie en gebruikt deze in haar primaire processen. Medewerkers van de GGD vragen zich af of dit niet op een andere manier kan worden ingezet om bij te dragen aan hetzelfde doel - publieke gezondheid. Er zijn verschillende ontwikkelingen in de samenleving (zie Figuur 2.1) waarvan verschillende medewerkers vermoeden dat deze nieuwe kansen bieden, terwijl deze nu niet worden benut.
Wie heeft het probleem?	Er is geen concreet probleem, wel het vermoeden dat er kansen zijn die nu niet

	bewust en actief door de GGD worden onderzocht.
Wanneer is het probleem ontstaan?	Het besef dat er kansen zouden kunnen zijn is ontstaan nadat ik medio 2013 in het managementteam van de GGD een presentatie heb gegeven over ontwikkelingen op het snijvlak van de publieke gezondheid en informatievoorziening . Dit heeft geleid tot (meer) nieuwsgierigheid bij (meerdere) managers en concrete uitwerking van plannen om verder te kijken dan de huidige toepassing van informatie en ICT.
Waarom is het een probleem?	Wanneer de GGD niet goed weet wat er op haar af komt kan ze ook geen bewuste keuzes maken over de toekomst van de organisatie. Er komen grote veranderingen op de GGD af waarvan met nog niet kan overzien wat de gevolgen zijn. Dit onderzoek draagt bij aan het inzichtelijk maken van de aanstaande veranderingen.
Waar doet het probleem zich voor?	Het probleem geldt voor alle informatie die de GGD beheert. De afdeling die het probleem erkent en wil onderzoeken wat de kansen zijn is de afdeling Epidemiologie en Gezondheidsbevordering.
Wat is de aanleiding, hoe is het probleem ontstaan?	Er zijn verschillende aanleidingen die leiden tot het besef dat de GGD moet onderzoeken waar kansen liggen: demografische transitie, decentralisaties, ICT-ontwikkelingen, complexe zorgnetwerken en de financieel-economische crisis.

Tabel 2.1. Uiteenzetting van het probleem.

Een van de gevolgen van eerder genoemde ontwikkelingen is dat inwoners steeds meer verantwoordelijkheden krijgen om doelstellingen te bereiken die eerder werden gestimuleerd, ondersteund of uitgevoerd door de overheid. Inwoners moeten in de toekomst dus ook actiever zorg dragen voor hun eigen en andermans gezondheid en een gezonde omgeving.

De sociale innovatie - waarbij inwoners zelf het initiatief nemen om maatschappelijke problemen op te lossen - neemt toe en overheden doen steeds vaker een beroep op vrijwilligers, zelfredzaamheid en participatie van hun inwoners (Adviesraad voor het Wetenschaps- en Technologiebeleid, 2014).

De GGD heeft een belangrijke verantwoordelijkheid naar de samenleving als het gaat om de publieke gezondheid. Het probleem is dat de huidige informatievoorziening van de gemeente en met name de GGD niet voorbereid is op de ontwikkelingen uit de vorige paragraaf.

Ik zou de GGD graag willen laten zien wat de mogelijkheden op het gebied van informatievoorziening zijn. Dit afstudeeronderzoek is een goede aanleiding om uitgebreid te kijken naar de lange termijn en na te denken over de strategie van de organisatie en de informatievoorziening.

Het onderzoek past ook in de behoefte van de gemeente Den Haag om inzicht te krijgen in de inrichting van de informatievoorziening op lange termijn, met name in het sociale domein.

2.3 Hoofdvraag

De wettelijke taken van de GGD hebben tot doel om de publieke gezondheid te bevorderen, bewaken en beschermen. Wanneer dit doel, gezien de ontwikkelingen in §2.1, deels de verantwoordelijkheid wordt van de samenleving rijst de vraag:

Hoe kan de samenleving de publieke gezondheid zo goed mogelijk zelf bewaken, beschermen en bevorderen, ondersteund door middel van informatie van de GGD Haaglanden?

2.4 Deelvragen

De hoofdvraag leidt tot onderstaande deelvragen. Per deelvraag wordt ook toegelicht wat het doel is en hoe deze tot stand is gekomen:

Deelvraag	Doel
Wat wordt er verstaan onder de samenleving?	Als vastgesteld is wat de definitie van de samenleving is kan worden bepaald hoe deze kan worden voorzien van informatie.
Wat is gezondheid?	Door te definiëren wat er onder gezondheid wordt verstaan is er duidelijkheid over de betekenis gedurende dit onderzoek en kan het bereik van het onderzoek beter worden bepaald.
Wat is publieke gezondheid?	Om te kunnen onderzoeken hoe de doelen van publieke gezondheid kunnen worden bereikt is het noodzaak om de definitie vast te stellen.
Wat wordt er bedoeld met 'bewaken, beschermen en bevorderen'?	Nadat het doel is bepaald is het belangrijk om te beschrijven hoe de GGD beoogt dit te bereiken.
Wat wordt bedoeld met het 'zelf' bewaken, beschermen en bevorderen?	In de volgende paragraaf wordt verondersteld dat inwoners kunnen bijdragen aan de publieke gezondheid wanneer zij beschikken over de juiste informatie. In deze deelvraag ga ik op zoek naar wat er nodig is om dat mogelijk te kunnen maken.
Welke informatie gebruikt de GGD nu?	Door inzicht te verschaffen in de informatie en gegevens van de GGD kan worden bepaald wat kan worden gebruikt door de samenleving.
Wat zijn relevante, langdurige veranderingen in de samenleving?	Veranderingen in de maatschappij leiden tot veranderingen in zowel de politiek als de organisatie. De belangrijkste zijn genoemd in 1.1 Aanleiding. Door deze en mogelijke andere trends te benoemen kunnen er scenario's worden ontwikkeld.
Wat zijn relevante, langdurige veranderingen in de publieke gezondheid?	De publieke gezondheidszorg ontwikkelt zich continu en inzicht in deze veranderingen schept een kader voor dit onderzoek.
Wat zijn relevante trends in ICT?	Ontwikkelingen in de (zorg)technologie bieden veel kansen en volgen elkaar snel op. Door de relevante en actuele trends te benoemen kan een realistischer toekomstbeeld worden geschetst.

2.5 Hypothese

In de huidige situatie gebruikt de GGD informatie in de processen waarvan ze zelf eigenaar is. Informatie wordt gedeeld met ketenpartners, opdrachtgevers en partijen waaraan moet worden verantwoord. Alleen informatie in de vorm van onderzoeken en voorlichting wordt met de samenleving gedeeld.

Mijn hypothese is dat wanneer de hoofdprocessen van de GGD deels in de samenleving worden uitgevoerd, inwoners dankzij informatie (zoals gegevens en beleid) zelf beter in staat worden gesteld om voor zichzelf en met elkaar beslissingen te nemen die goed zijn voor de algehele publieke gezondheid. Door mensen (onder andere) beter te informeren kan er een langdurige gedragsverandering worden bewerkstelligd (zie §4.4.1 en §7.4.1).

Bovendien worden andere instellingen, zowel (semi)publiek als privaat, in staat gesteld om dienstverlening aan te bieden op basis van de informatie die de GGD verstrekt.

3. Onderzoeksontwerp

Dit hoofdstuk beschrijft de aanpak om de projectdoelen te halen binnen de gestelde randvoorwaarden, om zo te voldoen aan de competentie Initiëren project.

3.1. Projectdefinitie

Mijn onderzoek is niet alleen praktijkgericht, het is ook tot op zekere hoogte analytisch-empirisch; ik wil indirect bijdragen aan een deel voor het fundament van een betere, gezondere maatschappij. Het zal een kwalitatief onderzoek worden omdat het geen gebruik maakt van cijfermatige informatie en juist meer gericht is op de betekenis van situaties. Het onderzoek richt zich op een gebied waarover in Nederland nog geen onderzoek is gedaan. Het onderzoek is daardoor exploratief van aard; er zullen veel gegevens worden gezocht, waarvan uiteindelijk zal blijken dat een klein deel bruikbaar is.

3.1.1 Doelstelling

Dit onderzoek moet bijdragen aan de strategische inzet van de informatie en de informatievoorziening zodat de doelen van de organisatie beter, mogelijk op een andere manier, kunnen worden bereikt.

Ik streef ernaar om het onderzoeksrapport en de scenario's zo op te stellen dat deze generaliseerbaar zijn voor andere gemeenten en GGD'en.

Voor mijn werkgever gemeente Den Haag wil ik een bijdrage leveren aan het organisatie- en informatiebeleid voor het sociale domein, waar de publieke gezondheidszorg deel van uitmaakt. Mijn onderzoek kan worden gebruikt om keuzes te maken over hoe informatie en ICT in de toekomst in te zetten in het sociale domein en hoe de organisatie hiermee om moet gaan.

Voor het management en de professionals van de GGD Haaglanden wil ik een toekomstbeeld schetsen waarin ze - náást de wettelijke taken - inwoners ook kunnen stimuleren om informatie en ICT-middelen te gebruiken om daarmee hun leefstijl en gezondheid te verbeteren. Het is de bedoeling inzicht te geven in de nieuwe mogelijkheden en kansen om zo het management bewust keuzes te kunnen laten maken. Het is niet de bedoeling om op korte termijn concrete resultaten, bijvoorbeeld in de vorm van projecten, in de organisatie te implementeren. De nadruk ligt vooral op het bewust maken van de organisatie en bijdragen aan de verandering dat de organisatie ook naar buiten gericht zal moeten zijn. De directie en het management moeten dankzij mijn onderzoek in staat zijn bewuste keuzes te maken over de visie van de organisatie en de informatievoorziening. Met behulp van deze scenario's kan het management van de GGD Haaglanden zijn visie afstemmen op deze ontwikkelingen.

3.1.2 Succescriteria

Voor de (gedelegeerd) opdrachtgever en begeleider van de GGD is het onderzoek succesvol wanneer:

1. de resultaten worden uitgedragen en dat leidt tot **discussie** over de inzet van informatie voor de gezondheid voor de stad. Bij voorkeur vindt dit plaats met

de gemeente en de GGD, in samenwerking met De Haagse Hogeschool, maatschappelijke organisaties, het bedrijfsleven of in netwerken zoals de Digitale Steden Agenda;

2. het leidt tot **één scenario** dat door de gemeente en GGD gedragen wordt en op basis waarvan verschillende betrokkenen (zoals gemeente, GGD, onderwijs en bedrijfsleven) bereid zijn om een pilot te starten.

Er zijn meerdere belanghebbenden bij dit onderzoek, zij worden in onderstaande paragrafen toegelicht. Wanneer belangen sterk van elkaar afwijken of zelfs tegenstrijdig zijn, worden de belangen van de opdrachtgever voorop gesteld, gevolgd door die van de GGD en vervolgens het lectoraat.

3.1.3 Gemeente Den Haag

In de volgende paragrafen worden de gemeentelijke organisatie en dienstverlening, de inrichting van de informatievoorziening en relaties met een programma en twee landelijke samenwerkingsverbanden toegelicht.

3.1.3.1 Gemeentelijke organisatie

De gemeentelijke organisatie is verantwoordelijk voor verschillende taken zoals onderwijs, welzijn, stedelijke ontwikkeling, sociale zaken, het heffen van belastingen en de publieke gezondheid (Rijksoverheid, z.d. a).

In het regeerakkoord is vastgelegd dat de overheid dienstverlening dicht bij de burger wil laten plaatsvinden (Kabinet, 2012). Een van de uitwerkingen met de meeste gevolgen is bekend als de 'drie decentralisaties'. Het gaat hier om drie sociale taken die van oudsher werden uitgevoerd door de provincies of stadsgewesten en werden gefinancierd door de rijksoverheid. Het gaat om de zorg voor langdurig zieken of ouderen, hulp bij het vinden van werk en de jeugdzorg (Rijksoverheid, z.d. b).

Deze taken worden nu toebedeeld aan gemeenten, vergezeld van meer 'beleidsvrijheid'. Er is in alle gemeenten nog veel onduidelijkheid over wat deze vrijheid inhoudt en wat de exacte impact is van de decentralisaties. Bovendien krijgen gemeenten minder budget dan waarover de uitvoerende organisaties beschikten vóór de decentralisatie.

In 2010 benoemde de dienst Onderwijs, cultuur & welzijn (OCW) van de gemeente deze ontwikkeling in haar strategienota (Gemeente Den Haag, 2010b). Sindsdien richt de dienst zich op de omvorming van een organisatie die nu vooral gericht is op de verzorgingsmaatschappij, naar een organisatie die de participatiemaatschappij faciliteert. Ook in het sociale domein krijgen burgers meer regie en eigen verantwoordelijkheid.

3.1.3.2 Informatievoorziening

De organisatie van de informatievoorziening is ingericht volgens het 9-vlakmodel van Maes (2003) en het functioneel beheer is ingericht conform de gemeentelijke standaard Business Information Services Library (BiSL; Van der Pols & Donatz, 2011) (Gemeente Den Haag, 2011b). De richtinggevende processen worden uitgevoerd door het bureau van de CIO van de gemeente Den Haag. De sturende processen zijn de verantwoordelijkheid van de afdeling Informatievoorziening van de dienst. De operationele processen worden decentraal uitgevoerd door de sectoren of afdeling.

Het gemeentelijk informatiebeleid gaat uit van dienstverlening aan louter Haagse inwoners. De GGD heeft echter twee keer zoveel klanten in totaal negen gemeenten. De GGD onderzoekt samen met de gemeente Den Haag hoe hiermee om te gaan.

Ik ben als informatie-analist werkzaam op de afdeling Informatievoorziening van de dienst OCW. Vanuit die rol voorzie ik de GGD van advies over de organisatie, processen, informatievoorziening en de betreffende ondersteunende informatiesystemen. Daarnaast ben ik de schakel tussen de primaire processen en ondersteuning enerzijds, en gemeentelijk beleid en landelijke ontwikkelingen anderzijds. In Bijlage C is het organogram van de gemeente opgenomen, met daarin de positie van de GGD en mijn opdrachtgever (zie ook §3.1.7 en §3.3.3).

3.1.3.3 ICT voor de Stad

Een van de ICT-programma's van de gemeente is *ICT voor de Stad* en gaat over hoe ICT kan bijdragen aan een betere stad. Het kent vier thema's: een levendige ICT-sector, infrastructuur die zorgt voor toegang tot diensten en informatie, digitale vaardigheden en open data (Gemeente Den Haag, 2013). In dit programma gaat de gemeente verder dan het alleen inzetten van informatie en ICT voor de ondersteuning van de eigen bedrijfsprocessen. Het is uitdrukkelijk de bedoeling om samen met bedrijven, onderwijsinstellingen en inwoners ICT op een bredere manier in te zetten. Dit gebeurt al op verschillende thema's (zoals veiligheid, winkelen) en ook de GGD heeft zelf aangegeven dat ze graag willen verkennen wat de mogelijkheden zijn voor de volksgezondheid. Namens de dienst OCW en vanwege mijn ervaringen met de werkzaamheden in het kader van het project Open data neem ik deel aan dit programma.

3.1.3.5 Stedenlink en Digitale Steden Agenda

Naast het interne programma ICT voor de Stad is Den Haag ook partner van de Stedenlink (Den Haag, 2011a). Dat is een samenwerkingsverband tussen tien steden en drie provincies die zich inzetten voor breedband en open netwerken. Zij voeren daartoe een breed ICT-beleid, dat zich richt op de aanleg van glasvezelverbindingen en de maatschappelijke meerwaarde die ICT voor hun bewoners kan hebben. Hun gezamenlijke ambities zijn vastgelegd in *Digitale Steden Agenda*; een programma voor gemeenten en marktpartijen die actief zijn met de ontwikkeling en implementatie van maatschappelijk relevante ICT-diensten. Een van de thema's daarin is de zorg. Op het gebied van reguliere zorg (zoals huisartsen en ziekenhuizen) wordt voldoende onderzoek gedaan en zijn er verschillende projecten en pilots.

De publieke gezondheidszorg is nog geen onderwerp in dit thema, terwijl het voor gemeenten wel een cruciale, wettelijke taak is. Den Haag kan en wil, door middel van dit onderzoek, een bijdrage leveren aan het convenant en zo andere deelnemers hierover informeren.

3.1.4 GGD Haaglanden

De GGD Haaglanden is een (semi-)lokale overheidsinstelling met ongeveer 400 medewerkers die zorg dragen voor de publieke gezondheid van alle ruim 1 miljoen inwoners in de gemeenten Den Haag, Delft, Leidschendam-Voorburg, Midden-Delfland, Pijnacker-Nootdorp, Rijswijk, Wassenaar, Westland en Zoetermeer. De organisatie bedient deze negen gemeenten vanuit de hoofdlocatie in Den Haag en is als geheel weer onderdeel van de organisatie van de gemeente Den Haag.

Alhoewel de GGD Haaglanden bestaat sinds 1 januari 2014, bestaat het instituut Gemeentelijke Gezondheidsdienst al meer dan 75 jaar. De GGD Haaglanden is ontstaan uit een samenvoeging van de GGD Den Haag en GGD Zuid-Holland West.

De taken van de GGD liggen (onder andere) verankerd in de Wet Publieke Gezondheid (WPG). De organisatie richt zich op vele doelgroepen en een brede problematiek, de belangrijkste domeinen zijn: infectieziektebestrijding, seksuele gezondheid, medische milieukunde en technische hygiënezorg, sociaal medische zorg, forensische geneeskunde, openbare (geestelijke) gezondheidszorg, epidemiologie, gezondheidsbevordering en beleidsadvisering, toezicht op de kinderopvang, jeugdgezondheidszorg, zorgcoördinatie en ambulancezorg.

Naast bovengenoemde reguliere taken is een ander belangrijke taak van de GGD het crisismanagement. In geval van een calamiteit, ongeval of ramp heeft de GGD, afhankelijk van de omvang van de crisis, een belangrijke rol in het coördineren of bijdragen aan het hoofd bieden aan de crisis.

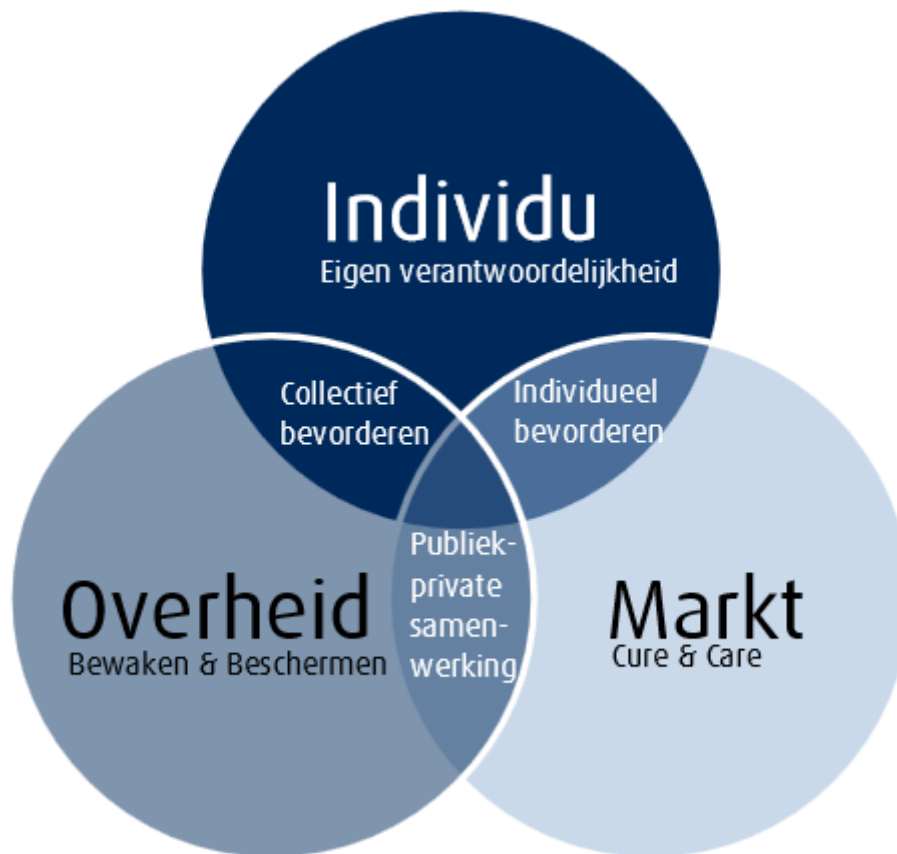
Een belangrijk verschil met de curatieve zorg is dat de GGD tracht te voorkomen dat mensen ziek worden. Door het gedrag van mensen te veranderen, risico's op te sporen en tegenmaatregelen te nemen streeft de dienst naar een gezonde samenleving. Wanneer de GGD een ziek persoon behandelt is dat dan ook niet om dat individu te genezen, maar om te voorkomen dat er meer mensen ziek worden.

Een analyse van de structuur en cultuur van de organisatie, evenals het bedrijfsmodel en de organisatie van de informatievoorziening zijn beschreven in §4.10.

3.1.4.1 Taken & dienstverlening

De GGD Haaglanden heeft twee primaire verantwoordelijkheden voor de publieke gezondheid: de samenhang in de collectieve preventie en de afstemming tussen de curatieve en preventieve gezondheidszorg en het coördineren van hulp bij ongevallen en rampen. Deze verantwoordelijkheid ligt verankerd in verschillende wetten, waarvan de WPG de belangrijkste basis vormt. Andere wetten waarmee de GGD onder andere te maken heeft, zijn de WMO, de Wet Veiligheidsregio's en de Tijdelijke Wet Ambulancezorg. Op verzoek van gemeenten biedt de GGD aanvullende dienstverlening in diverse domeinen. De taken en doelen van elke GGD liggen hiermee vast in de wet. De missie van nagenoeg elke GGD richt zich op het bevorderen, bewaken en beschermen van de publieke gezondheid. De strategie die overal in het land wordt toegepast is een van intensieve samenwerking met alle belanghebbenden.

In onderstaand diagram (Figuur 3.1) is weergegeven wie verantwoordelijk is voor gezondheid. De GGD opereert op de snijvlakken van collectief bevorderen, publiek private samenwerking en in het middelste gebied waar alle drie de groepen samen komen.



Figuur 3.1. Verantwoordelijkheden voor gezondheid. (Directeuren Publieke Gezondheid, 2012).

3.1.5 De Haagse Hogeschool

De Haagse Hogeschool is niet alleen de instelling waarbij ik mijn deeltijdopleiding volg, het is in mijn onderzoek ook een samenwerkingspartner.

Het eSociety Instituut is een initiatief van het Lectoraat Informatie, Technologie en Samenleving en werkt als strategische innovatiepartner voor organisaties in zorg, welzijn en overheid op het snijvlak van informatietechnologie en sociaal-maatschappelijke vraagstukken. Samen met docentonderzoekers, projectleiders en studentonderzoekers werken zij aan kortlopende en meerjarige onderzoeksprojecten.

Het lectoraat kent een aantal onderzoeksprogramma's waaraan mijn onderzoek een bijdrage zou kunnen leveren. Enerzijds is het *Government of the Future* een programma waarin wordt gezocht naar 'brede sociaal-maatschappelijke innovatie door het actief verkennen van nieuwe toepassingsmogelijkheden en langere termijneffecten van ICT in de publieke sector'. Daarnaast wordt er onderzoek gedaan naar de *Future Care*, over hoe de maatschappelijke verschuivingen effect hebben op de zorg en hoe ICT daarbij nieuwe oplossingen kan creëren.

In mijn werk heb ik geruime tijd samengewerkt met het lectoraat. De gemeente Den Haag en de provincie Zuid-Holland hebben in samenwerking met het eSociety Instituut een langdurig samenwerkingsverband op het project Open data. In nauwe samenwerking met medewerkers van het lectoraat hebben een collega en ik invulling gegeven aan de bewustwording over het onderwerp en verankering in de politieke en ambtelijke organisatie. De samenwerking is altijd erg prettig en constructief geweest en het was ook een natuurlijke keuze om mijn onderzoek te laten bijdragen aan de onderzoeksprogramma's van het instituut. Anderzijds ondersteunt het lectoraat me actief in mijn onderzoek door

tweewekelijkse gesprekken met lector Bert Mulder, waarin we discussiëren over de manier van onderzoeken en de inhoudelijke interpretatie van de gegevens.

3.1.6 Toegevoegde waarde

Dit onderzoek beoogt weliswaar bij te dragen aan het optimaliseren van de operationele processen (Treacy & Wiersema, 1993) van de GGD, maar het uiteindelijke doel is de samenleving in staat te stellen om er een gezond leven op na te houden. Dankzij het zicht op ontwikkelingen en de scenario's die in het onderzoek worden geschetst krijgt de GGD handvatten om vorm te geven aan de richting van de organisatie, de dienstverlening en de informatievoorziening. Daar tegenover staat dat er ook kritisch wordt gekeken naar hoe realistisch en relevant de ontwikkelingen zijn specifiek voor de GGD en met name de sociaal kwetsbaren (zie §3.1.9.3).

Omdat de gemeente en GGD publieke instellingen zijn is de financiële opbrengst minder relevant dan het maatschappelijke rendement van een investering. Daarnaast is de vraag vanuit de opdrachtgever niet ingegeven vanuit de wens op managementinformatie, concurrentievoordeel of timing van nieuwe producten of diensten. Belangrijk zijn wel de bijdrage die wordt geleverd aan de strategische doelen van gemeente Den Haag en GGD Haaglanden en het inrichten van de strategische informatievoorziening. De vraag is dan ook hoeveel geld er wordt terugverdiend of bespaard ten opzichte van de investering door de samenleving. Een simpele vraag met een complexe methodiek en uitgebreid antwoord, welke daarom in dit plan of door het onderzoek niet (volledig) zal worden beantwoord. In het actieplan van het geselecteerde scenario zal hier aandacht aan worden besteed.

3.1.7 Organogram

Schematische weergaven van de drie organisaties zijn te vinden in Bijlage C.

In het organogram van de Gemeente Den Haag is aangegeven waar mijn opdrachtgever Jan-Willem Duijzer (Bestuursdienst, CIO) en de GGD zich bevinden. De GGD is deels buiten OCW geplaatst omdat de organisatie onderdeel is van die dienst (en daarmee gemeente Den Haag) en wordt aangestuurd door de acht andere gemeenten.

De gemarkeerde afdeling Epidemiologie & gezondheidsbevordering van de GGD Haaglanden valt onder de verantwoordelijkheid van mijn begeleider Geertje Ariëns.

De (deeltijd) opleiding Business IT & management die ik aan De Haagse Hogeschool volg wordt aangeboden door de academie ICT & media. Vanuit het lectoraat Informatie, technologie & samenleving word ik begeleid door lector Bert Mulder. Het eSociety Instituut is een initiatief van dit lectoraat.

3.1.8 Activiteiten en producten

In Bijlage D is een schematische weergave te vinden waarin alle fasen, activiteiten en producten en de samenhang daartussen zijn opgenomen.

De opdrachtgever, begeleider en lector hebben het meeste baat bij het Onderzoeksrapport. De Haagse Hogeschool vereist een afstudeerdossier met daarin alle documenten die zijn geproduceerd. Het belangrijkste document voor de beoordeling is het Eindverslag.

Het Eindverslag is een document waarin wordt beschreven welke processen zijn doorlopen, hoe de tussen- en eindproducten tot stand zijn gekomen, waar en waarom is afgeweken van het oorspronkelijke plan van aanpak en bevat een evaluatie hiervan.

Zowel opdrachtgever als lector hebben gesuggereerd om een samenvatting van mijn bevindingen wereldkundig te maken. Als vormen werden genoemd: presentaties tijdens netwerkbijeenkomsten over zorg & ICT in de regio Haaglanden, evenementen van de Digitale Steden Agenda of een publicatie in een folder en tijdschrift.

3.1.9 Scope

Deze paragraaf beschrijft welke activiteiten moeten worden uitgevoerd en welke producten moeten worden opgeleverd om een uitspraak te kunnen doen over de onderzoekseenheden.

Het onderzoek wordt gedaan in opdracht van de gemeente Den Haag en is primair bedoeld voor GGD Haaglanden. Om die reden is er in deze paragraaf een korte beschrijving van de regio opgenomen. Ook is één groep inwoners in het bijzonder om verschillende redenen in deze paragraaf beschreven.

3.1.9.1 Onderzoekseenheden

Het onderzoek is gericht op de GGD en op de samenleving, waarbij er géén sprake is van een opgeschaalde situatie.

Binnen het bereik van dit project vallen alle eenheden die worden onderzocht: de informatievoorziening van GGD Haaglanden met als doel hiermee de samenleving beter in staat te stellen zelf bij te dragen aan een betere publieke gezondheid.

Het onderzoek zal geen inventarisatie maken van de informatiebehoefte van de samenleving en de opgeleverde scenario's zullen niet worden geïmplementeerd.

De decentralisatie van taken naar gemeenten beschouw ik als een gegeven; er zijn meerdere manieren om hiermee om te gaan en ik beperk me hierbij tot het instrument informatie.

3.1.9.2 Haaglanden

De regio Haaglanden is de dichtstbevolkte regio van Nederland: Nederland kent een bevolkingsdichtheid van 450 inwoners per km², Haaglanden 2.595 en Den Haag 6.117.

De situatie in 2013 is, volgens Stadsgewest Haaglanden en het CBS als volgt: de negen gemeenten van de regio Haaglanden hebben een totale oppervlakte van 40.261 hectare.

Samen hebben ze meer dan 1.045.000 inwoners, waarvan 476.000 werkzame personen; de werkloosheid is 8,9%.

3.1.9.3 Sociaal kwetsbaren

De GGD bedient alle inwoners van de regio Haaglanden. Ongeveer 80% is goed in staat om voor zichzelf of de omgeving te zorgen. De overige 20%, men spreekt bij de GGD over de 'onderkant van de samenleving', zijn sociaal kwetsbaren en een belangrijke groep klanten van de GGD. Omdat een deel van de dienstverlening van de GGD aanvullend is op de reguliere zorg komen deze groepen terecht bij de GGD.

Wanneer ik deze groep niet in mijn onderzoek zou meenemen zou dat de waarde van het onderzoek aanzienlijk verminderen. De kenmerken van deze groep heb ik ontvangen van een collega van de afdeling Openbare Geestelijke Gezondheidszorg. De kenmerken zijn (Wolf, 2006):

1. niet of niet voldoende in staat zijn om in de eigen bestaansvoorwaarden te voorzien (dak boven het hoofd, voedsel, inkomen, sociale contacten, zelfverzorging);

2. meerdere problemen tegelijkertijd hebben, waaronder bijvoorbeeld sociaal isolement, verwaarlozing van eigen lichamelijk functioneren en dat van eventuele kinderen, problemen met (huiselijk) geweld, vervuiling van woonruimte en of van woonomgeving, overlastgevend gedrag, gebrek aan vaste of stabiele woonruimte, schulden, psychische problemen en verslavingsproblemen;
3. vanuit het perspectief van professionele hulpverleners niet de zorg krijgen die zij nodig hebben om zich in de samenleving te handhaven, én;
4. geen hulpvraag stellen waar de reguliere hulpverlening een antwoord op heeft. Familie, buren en omstanders vragen meestal om hulp, waardoor vaak sprake is van ongevraagde bemoeienis of hulpverlening.

Door op de website van de gemeente te zoeken in bestuurlijke stukken op trefwoorden als 'gezondheid' en 'GGD' kwam ik terecht bij de Gezondheidsmonitor. In deze *Gezondheidsmonitor 2010* (Gemeente Den Haag, 2010a) worden de volgende bijzondere aandachtsgroepen expliciet benoemd:

- zorgwekkende zorgmijders en hygiënische probleemsituaties;
- dak- en thuislozen;
- prostituees;
- slachtoffers huiselijk geweld;
- mensen met een beperking.

In mijn interviews heb ik juist deze groepen extra onder de aandacht gebracht, zoals te zien is in Bijlage E.

3.1.10 Kosten

De kosten voor dit project worden geschat op minder dan €1.000 aan directe uitgaven. Deze kunnen worden uitgegeven aan het openbaar maken van de onderzoeksresultaten in de vorm van een publicatie.

In Bijlage F is geschat dat het aantal uren dat alle betrokkenen besteden aan dit project 738 is, wat een waarde vertegenwoordigt van circa €67.000.

3.2. Projectstrategie

Dit hoofdstuk beschrijft hoe het project zal worden georganiseerd om tot een succesvol einde te komen.

3.2.1 Methodiek

De hoofdvraag is een voorspellende vraag omdat het onderzoek beoogt antwoord te geven op ontwikkelingen en verwachtingen. Bij dit type vraag zijn verschillende methoden gebruikelijk, waaronder analyse van bestaand materiaal en inhoudsanalyse. Deze methoden zullen worden gebruikt om de deelvragen te beantwoorden.

De hoofdvraag zoekt een antwoord op de vraag welke informatie de samenleving nodig heeft ten behoeve van de publieke gezondheid. Het zou dan ook voor de hand liggen om dat in de samenleving zelf te achterhalen door middel van een kwantitatief onderzoek. Er wordt bewust niet gekozen voor deze methode omdat het doel van het onderzoek niet is om een exact antwoord te geven op de behoefte van de samenleving. De belangrijkste doelen zijn om een discussie te starten over organisatie- en informatiebeleid en bij te dragen aan diverse (onderzoeks)programma's. De vraag is in dit onderzoek immers niet *wat* de samenleving nodig heeft, maar *hoe* deze informatie kan worden gebruikt.

In bestaande literatuur is gezocht naar (combinaties van) de onderwerpen:

- public health;
- publieke gezondheid;
- volksgezondheid;
- sociale innovatie;
- participatie;
- nudge/nudging;
- zelfredzaamheid;
- GGD;
- informatie;
- informatievoorziening.

Om een valide en betrouwbare analyse te kunnen doen zijn er verschillende personen geïnterviewd. Bij elk onderwerp uit de vorige paragraaf heb ik een expert gezocht die ik zou willen ondervragen. De personen die ik heb benaderd om te interviewen zijn:

- Vera Atema en/of Stans Craetters, medewerkers van het project Gezondheidsdialoog bij GGD Haaglanden;
- Jose Loof, gezondheidsmakelaar bij de gemeente Den Haag.
- Gert-Willem van Mourik, senior beleidsmedewerker [e]participatie van de gemeente Den Haag. Hij is betrokken bij het introduceren van vernieuwende vormen van beleids- en uitvoeringsparticipatie;
- Nathalie Pilk, projectleider Decentralisaties sociale domein, in het deelproject Advies & Informatie, bij de dienst Sociale zaken en werkgelegenheid van de gemeente Den Haag. Een van de initiatieven die in dat project zijn genomen is om beleidsinformatie openbaar te maken over wanneer aanvragers voldoen aan de eisen om een voorziening toegewezen te krijgen;
- Hans Haverman, projectmanager Zorg & technologie bij de gemeente Enschede en trekker van het thema 'Zorgende Stad' van de Digitale Steden Agenda;
- Ben van Lier, Account Director Government bij Centric. Hij adviseert lokale overheden bij vraagstukken over technologie en verandertrajecten;
- Peter Keur, adviseur bij PBLQ. Hij ondersteunt overheidsorganisaties bij het inzetten van ICT als vernieuwend middel.

3.2.2 Technieken

Onderstaande manieren, bewerkingen en verrichtingen zijn worden toegepast (in de meeste gevallen), met name om de data te verzamelen en te analyseren. In alfabetische volgorde:

Techniek	Toepassing
4R-model	Trends zullen hiermee worden geanalyseerd zodat de meest relevante trends kunnen worden geselecteerd en worden toegepast in de scenarioplanning.
Ansoff-matrix	Door producten en markten te vergelijken kan inzichtelijk worden gemaakt waar mogelijke kansen liggen. Deze kansen kunnen bijdragen aan een keuze in de scenarioplanning.
Big6	Door deze techniek te hanteren worden op een systematische wijze kwalitatieve gegevens verzameld. Deze gegevens vormen de basis voor de analyse van de deelvragen. In Bijlage G zijn de zoekstrategieën per deelvraag beschreven.
Boston Consulting Group Grid	Deze matrix geeft inzicht in de levenscyclus van producten en diensten. Ik verwacht dat deze kennis bij kan dragen aan de vorming van de scenario's.
Business Model Canvas	Het gedetailleerd analyseren van het bedrijfsmodel maakt (onder andere) inzichtelijk wat de aspecten van de organisatie zijn waarbij de mogelijke verandering de grootste impact zal hebben.

Contingentiefactoren, waaronder Mintzberg	Het inzicht in de inrichting en structuur van de organisatie draagt bij aan de scenario's en aspecten van het verandermanagement.
DESTEP	Het analyseren van ontwikkelingen in de omgeving van de gemeente en GGD dragen bij aan het ontwikkelen van de scenario's.
Ezerman	Een van de scenario's zal leiden tot veranderingen in de organisatie. Het model van Ezerman helpt bij het kiezen van de strategie die past bij de situatie.
Hofstede, Handy & Harrison en/of De Caluwé	Veranderingen kunnen beter worden begeleid wanneer de cultuur van de organisatie bekend is.
Interview(s) en/of workshop(s)	Naast gegevensverzameling uit literatuur zullen ook personen in bepaalde rollen worden ondervraagd. Doel is om de gegevens uit de literatuur te toetsen en te achterhalen hoe men denkt om te gaan met sociaal kwetsbaren.
Ishikawa-diagram	De oorzaken en gevolgen geven inzicht in de aanleidingen van het onderzoek en kunnen mogelijk worden gebruikt in de zoektocht naar trends.
Klokmodel van Looten	De ontwikkeling van de organisatie zal worden toegepast om de veranderingen in de organisatiecultuur en structuur te begeleiden.
Managing Succesful Programmes	Uiteindelijk zullen een of meerdere scenario's worden geadviseerd en om deze te kunnen beheren zal MSP worden toegepast.
Onion model	Het onderzoeken van de belanghebbenden zal worden toegepast om de belangrijkste rollen of groepen te betrekken bij de verwachte veranderingen.
Porter's 5-krachtenmodel	Bedrijfstakanalyse
Prince 2	Om het onderzoeksproject succesvol te laten verlopen zal deze techniek worden toegepast.
Scenarioplanning	Deze techniek zal worden gebruikt om de trends te vertalen naar concrete scenario's.
SWOT	De inzichten over de interne en externe factoren van organisatie dragen bij aan de veranderingen naar aanleiding van de scenario's.
Van der Pols	Veranderingen in de ICT omgeving zullen via deze methode worden vormgegeven.

Tabel 3.1. Technieken en de toepassingsgebieden.

3.2.3 Projectorganisatie

De projectorganisatie wordt ingericht conform Prince 2 (Van Onna & Koning, 2010) en bestaat uit onderstaande rollen:

Lid	Rol	Verantwoordelijkheden	Organisatie
Jan-Willem Duijzer	Executive	Eindverantwoordelijk en recht op veto.	Gemeente Den Haag
Hedwig Miessen	Gedelegeerd opdrachtgever, senior user, quality review	Gedelegeerd eindverantwoordelijk, recht op veto en eindgebruiker van eindproduct, controleren kwaliteit project management en producten.	Gemeente Den Haag
Geertje Ariëns	Senior user, quality review	Eindgebruiker van eindproduct, controleren kwaliteit project management en producten.	GGD Haaglanden
Bert Mulder	Senior supplier, quality review	Ontwerpen, ontwikkelen, faciliteren van tussen- en eindproduct(en), controleren kwaliteit project management en producten.	De Haagse Hogeschool, eSociety Instituut
Menno van der Horst	Project manager	Dagelijkse uitvoer van werkzaamheden, beheren van gedelegeerde taken.	Gemeente Den Haag
Diverse personen	Quality review	Controleren kwaliteit project management en producten.	Diverse organisaties

Tabel 3.2. Projectorganisatie.

Een schematische weergave van alle rollen is opgenomen in Bijlage C.

3.2.4 Kwaliteitszorg

Om de kwaliteit van de processen en producten te vergroten wordt er op verschillende manieren aandacht besteed aan de kwaliteit:

1. de tussenproducten zijn op verschillende momenten in tijd de door betrokken specialisten (zoals onderzochte eenheden en begeleiders vanuit de gemeente, GGD en het eSociety Instituut) worden beoordeeld (*quality review*);
2. door middel van meerdere toetsingen bij referenten op verschillende momenten zijn derden, die geen belanghebbende van het onderzoek zijn, gevraagd om hun mening te geven over het projectmanagement, onderzoeksproces en de inhoud van het onderzoek (*quality review*);
3. periodieke overleggen met individuele leden van de projectorganisatie;
4. goedkeuring door de (gedelegeerd) opdrachtgever bij elke faseovergang;
5. de verschillende activiteiten en fasen zijn enkele of meerdere keren, iteratief, doorlopen.

De projectmanager is verantwoordelijk voor de borging. De veranderingen die optreden worden in verschillende administraties bijgehouden:

1. risico's die zich gedurende het project voordoen worden vastgelegd in het risico logboek (Bijlage H);
2. incidenten worden vastgelegd in het incidenten logboek (Bijlage I);
3. verbeteringen die worden doorgevoerd in de producten worden bijgehouden in het kwaliteitsregister (Bijlage J).

3.2.5 Gerelateerde projecten

Programma's en projecten waarin de gemeente, GGD of lectoraat een rol hebben en die een relatie hebben met dit afstudeerproject zijn de volgende:

Programma/project	Belang	Invloed	Houding
Beleidsadviesnetwerk	1	1	distantie
Gezondheidsdialoog	2	1	respect
Regionalisering	3	2	respect
Decentralisaties sociale domein	3	1	betrokkenheid
Referentie architectuur publieke gezondheid	3	2	betrokkenheid
ICT voor de Stad	4	1	betrokkenheid
Stedenlink & Digitale Steden Agenda	5	1	betrokkenheid
Government of the Future & Future Health	2	1	respect

Tabel 3.3. Belang, invloed en houding van gerelateerde projecten t.o.v. dit afstudeerproject (1 = weinig, 5 = veel).

Een toelichting van de projecten, hun doelen en de manier waarop het belang, de invloed en houding zijn beoordeeld is beschreven in Bijlage K.

3.2.6 Risico's

In onderstaande tabel worden risico's beschreven die het bereiken van het projectdoel kunnen belemmeren of de kwaliteit negatief kunnen beïnvloeden.

In een project kan worden gestuurd op de onderdelen geld, organisatie, kwaliteit, informatie en tijd (*GOKIT*). Voor dit onderzoek is geen budget benodigd en op de kwaliteit wil ik niet inleveren. Ook aan de gestelde tijd wil ik me houden om de praktische reden dat ik dan binnen 3 jaar mijn studie heb afgerond en niet hoeft te wachten tot het volgende inlevermoment in november 2014. Aan de projectorganisatie is ook niet veel te veranderen

omdat het overgrote deel van het werk door mijzelf moet worden verzet. Wanneer het verstrekken van informatie wordt beperkt, leidt dit uiteindelijk tot minder draagvlak en wellicht tot een mindere beoordeling. De tegenmaatregelen van de risico's liggen om die redenen dan ook vooral op het vlak van de onderzoeksvraag en de scope.

#	Risico	K	I	N	R	Tegenmaatregel
1	Tegenstrijdige belangen eindgebruikers.	4	3	3	36	Duidelijke afbakening scope, rollen en producten in plan van aanpak.
2	Geen duidelijk inzicht in gegevensverzamelingen of informatieobjecten van GGD.	4	4	2	32	Gebruik van referentie architectuur en kennis van andere GGD'en.
3	Uitgangspunten (§1.1) blijken niet zo stellig als verwacht.	2	5	4	40	Onderzoeksvraag of scope aanpassen.
4	Deelvragen die definitie beschrijven (1, 2, 3 & 4) blijken breed waardoor de scope zeer groot wordt.	3	4	3	36	Scope beperken.

Tabel 3.4. Projectrisico's (Risico = Kans * Impact * Nabijheid; schaal: 1 = laag, 5 = hoog).

Risico's die een daadwerkelijke bedreiging worden, zijn gedocumenteerd in het risico logboek (Bijlage H) of incidenten logboek (Bijlage I).

3.2.7 Communicatie

In alle gevallen ben ik de verschafter van de informatie.

Partij	Informatie	Frequentie	Wijze
Opdrachtgever en begeleider GGD	Proces	Wekelijks	Highlight report via e-mail (Bijlage L).
Opdrachtgever	Inhoud	2 wekelijks	Gesprek
Begeleider GGD	Inhoud	2 wekelijks	Gesprek
Lectoraat	Inhoud	2 wekelijks	Gesprek
Peers	Inhoud	Bij ±75% van deel- of eindproduct(en)	Opmerkingen in document
Geïnterviewden	Gespreksverslag	Na interview	E-mail
Geïnterviewden	Onderzoeksrapport	Na afronding onderzoek	E-mail
Samenleving, collega's en andere geïnteresseerden	Proces en inhoud	Incidenteel, minimaal eenmaal per week	Sociale media
Directie, managementteam en andere geïnteresseerden van de GGD	Bevindingen	Na beoordeling door De Haagse Hogeschool van het dossier	Presentatie
Professionals in informatievoorziening en zorg	Bevindingen	Vanaf 75% van onderzoeksperiode	Presentaties
Professionals in informatievoorziening en zorg	Bevindingen	Na beoordeling door De Haagse Hogeschool van het dossier	Artikel in tijdschrift

Tabel 3.5. Communicatie naar belanghebbenden.

3.2.8 Planning

De formele start van het project is op 10 februari 2014 en op 6 juni 2014 om 16:00 moet het volledige afstudeerdossier zijn ingeleverd.

De planning en mijlpalen zijn grafisch weergegeven in Bijlage M.

Startdatum	Einddatum	Fase	Mijlpaal
10-02-2014	05-03-2014	Probleemanalyse	
10-02-2014	05-03-2014	Onderzoeksontwerp	Goedkeuring Plan van aanpak door (gedelegeerd) opdrachtgever
05-03-2014	31-03-2014	Dataverzameling	

01-04-2014	09-05-2014	Data-analyse	
10-05-2014		Rapportage	
07-2014	08-2014	Afsluiting	Publicatie van onderzoeksrapport in de HBO Kennisbank
07-2014	10-2014	Afsluiting	Publicatie van bevindingen in artikel in een tijdschrift

Tabel 3.6. Planning.

4. Dataverzameling

In dit hoofdstuk wordt beschreven welke gegevens zijn verzameld. De analyse van en kritische kanttekeningen bij de gegevens zijn te vinden in hoofdstuk 5.

De wettelijke taken van de GGD hebben tot doel om de publieke gezondheid te bevorderen, bewaken en beschermen. Wanneer dit doel deels de medeverantwoordelijkheid wordt van de samenleving rijst de vraag:

hoe kan de samenleving de publieke gezondheid zo goed mogelijk zelf bewaken, beschermen en bevorderen, ondersteund door middel van informatie van de GGD Haaglanden?

De hoofdvraag leidt tot verschillende deelvragen. In onderstaande tabel zijn de deelvragen opgesomd, is aangegeven welke onderzoeksmethoden worden gebruikt, wat het resultaat daarvan is en welke competentie daarmee wordt aangetoond.

De eerste vier deelvragen zijn *sensitizing concepts*; zij geven richting aan de zoektocht naar het antwoord op de hoofdvraag.

Deelvraag	Methode	Product
Wat wordt er verstaan onder de samenleving?	Literatuuronderzoek	Definities, kaders
Wat is gezondheid?	Literatuuronderzoek	Definitie, kaders
Wat is publieke gezondheid?	Literatuuronderzoek	Definitie, kaders
Wat wordt er bedoeld met 'bewaken, beschermen en bevorderen'?	Literatuuronderzoek	Definities, kaders, processen, informatiebehoefte
Zelf bewaken, beschermen en bevorderen?	Literatuuronderzoek, interview(s)	Definities, kaders, inzicht in ontwikkelingen, risico's.
Welke informatie gebruikt de GGD nu?	Literatuuronderzoek, interview(s)	Gegevensverzamelingen
Wat zijn relevante, langdurige veranderingen in maatschappij en samenleving?	Literatuuronderzoek, interview(s)	Inzicht in ontwikkelingen
Wat zijn relevante, langdurige veranderingen in publieke gezondheid?	Literatuuronderzoek, interview(s)	Inzicht in ontwikkelingen
Wat zijn relevante trends in ICT?	Literatuuronderzoek	Inzicht in ontwikkelingen

Tabel 4.1. Deelvragen, methoden en producten.

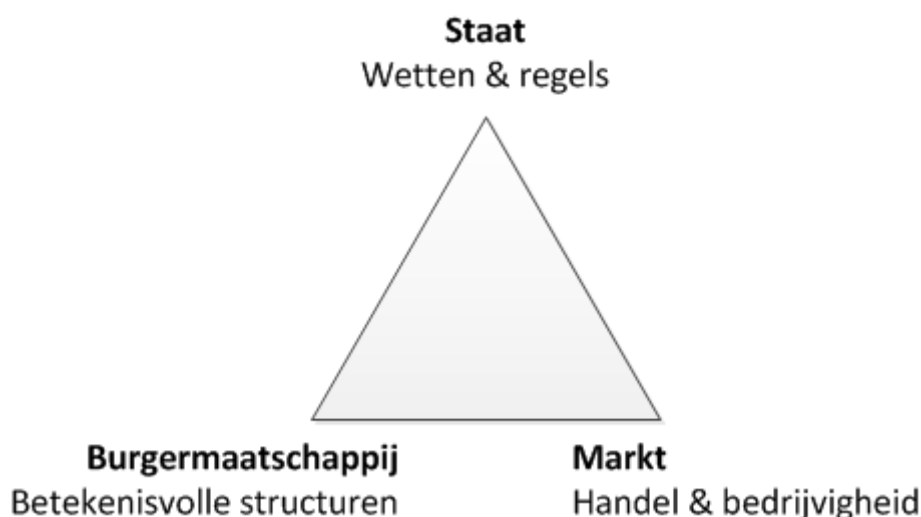
4.1 Samenleving

Wat is de samenleving?

Navraag bij verschillende collega's van zowel de GGD als de gemeente leverde geen duidelijke definitie op van de term samenleving. De zoektocht in LexisNexis, de HBO Kennisbank, Google Scholar of de bibliotheek van De Haagse Hogeschool leverde veel verschillende definities over verschillende vormen van samenleving. Alleen het woordenboek Van Dale biedt een algemene definitie van 'samenleving': *'het geheel van de met elkaar verkerende mensen; maatschappij'*. In combinatie met trefwoorden als sociale innovatie, empowerment, burgerschap, doe-democratie en participatie - deelgebieden die ik in een eerder onderzoek voor de GGD heb onderzocht - heb ik verschillende toepasbare typeringen van de samenleving gevonden. Ook het bestuderen van gebruikte literatuur in onderzoek (sneeuwbalmethode) heeft me geleid naar de eerder genoemde trefwoorden en verschillende experts.

De Raad voor het openbaar bestuur (Rob) beschrijft dat vele taken die nu door de overheid worden uitgevoerd zijn begonnen als particulier initiatief. Gedurende de twintigste eeuw heeft de overheid, in samenwerking met maatschappelijke organisaties, steeds meer van die taken op zich genomen. In de jaren tachtig werden vaker taken overgelaten aan de markt, terwijl we tegenwoordig zien dat de overheid zich meer richt op de samenleving: individuele burgers en hun verbanden (Rob, 2012). Het rapport van de Rob is een grondige analyse van de verhoudingen tussen de overheid, markt en samenleving. Door op de website van de rijksoverheid te zoeken naar publicaties over het thema 'samenleving' heb ik dit rapport gevonden.

De samenleving bestaat volgens het conceptuele model van Zijderveld (Figuur 4.1; 1999) uit drie onderdelen die elk hun eigen kracht bezitten en afhankelijk zijn van de twee andere aspecten. De staat definieert de rechten en plichten van burgers, de markt voorziet in materiële zekerheid en voorspoed door middel van concurrentie, handel en bedrijvigheid. De burgermaatschappij bestaat uit het *'ontwikkelen van zin- en betekenisvolle instituties, aan de hand waarvan mensen hun individuele en collectieve identiteit ontleen'* (Zijderveld, 1999).



Figuur 4.1. Conceptuele 'Democratische driehoek' (Zijderveld, 1999).

Het model blijkt, nadat ik het heb gevonden en heb getoetst bij verschillende collega's van de gemeente, een bekende driedeling te zijn die binnen de gemeente ook wordt gehanteerd. Een collega wees me op een definitie van de burgermaatschappij als *'het platform, waarop zin- en betekenisvolle structuren kunnen ontstaan en zich kunnen bestendigen in instituties'* (Reverda, 2005).

4.2 Gezondheid

Wat is gezondheid?

De algemeen geldende definitie die door de Wereld gezondheidsorganisatie (World Health Organization, hierna WHO) wordt gehanteerd is *'a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity'* (World Health Organization, 1984). Dit kan worden vertaald als *'de staat van volledig fysieke, mentaal en sociaal welbevinden en niet alleen de afwezigheid van ziekten of gebrek'*. Ook in dit geval is de definitie het resultaat van consensus van de leden van de VN en mede daarom heb ik ervoor gekozen deze te gebruiken.

In de definitie wordt onderscheid gemaakt in drie domeinen (vrij vertaald uit: Huber, 2011):

1. *fysiek* - het in evenwicht zijn van alle lichaamsfuncties en het vermogen om dit evenwicht te bewaren, ondanks invloeden van de omgeving (fysiologische homeostase);
2. *mentaal* - het vermogen om om te gaan met en te herstellen van grote psychologische druk en het voorkomen van post-traumatische stress-stoornissen;
3. *sociaal* - een dynamische balans tussen kansen en beperkingen, het manoeuvreren door het leven en beïnvloed door externe omstandigheden zoals sociale en milieu-uitdagingen.

Omdat de definitie van de WHO stamt van vlak na de Tweede Wereldoorlog en inmiddels zijn beperkingen kent, hebben verschillende wetenschappers en medici een actuelere definitie opgesteld. In een ander project in mijn werk heb ik van een collega van de afdeling

Gezondheidsbevordering deze nieuwe definitie van gezondheid (Huber) ontvangen. Hierin is meer rekening gehouden met de eigen kracht van het individu. Deze luidt *'the ability to adapt and to self manage'* (Huber, 2011) en is meer gericht op de eigen kracht van het individu. De nieuwe definitie is (nog) niet door de WHO geaccepteerd.

4.3 Publieke gezondheid

Wat is publieke gezondheid?

In Nederland worden verschillende termen gebruikt die allemaal hetzelfde bedoelen: publieke gezondheid, publieke gezondheidszorg, openbare gezondheid, volksgezondheid en - steeds vaker - de Engelse term *public health*. In dit onderzoek hanteer ik de term publieke gezondheid omdat deze gangbaar is in de branche waarin de GGD acteert.

4.3.1 Definities

De definitie van *public health* is niet moeilijk te vinden; de meeste literatuur verwijst naar dezelfde definitie. Deze definitie wordt momenteel door de WHO gehanteerd en luidt: *'the science and art of preventing disease, prolonging life and promoting health through the organized efforts and informed choices of society, organizations, public and private, communities and individuals'* (Winslow, 1920). Deze definitie van publieke gezondheid is in de gemeenschappelijke visie van alle directeurs in de Publieke Gezondheid vertaald als *'het voorkomen van ziekte, verlengen van de levensverwachting en bevorderen van gezondheid door georganiseerde inspanningen van de maatschappij'* (Directeuren Publieke Gezondheid, 2012).

In de WPG wordt onder de algemene bepaling 'publieke gezondheidszorg' verstaan: *'de gezondheidsbeschermende en gezondheidsbevorderende maatregelen voor de bevolking of specifieke groepen daaruit, waaronder begrepen het voorkómen en het vroegtijdig opsporen van ziekten'* (Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, 2008).

In de visie van de Directeuren Publieke Gezondheid wordt gesteld dat de publieke gezondheid niet is gericht op de *'individuele gezondheidszorg, maar om de mechanismen die nodig zijn om de gezondheid van alle Nederlanders als collectief te waarborgen'* (Directeuren Publieke Gezondheid, 2012). Wanneer er bijvoorbeeld een persoon met een infectieziekte bekend is zal hij of zij worden behandeld. Hierbij is het primaire doel niet om de zieke te behandelen; het doel is om te voorkomen dat meer mensen ongezond worden. Dit vakgebied is daarmee aanvullend op de curatieve zorg, zoals huisartsen en ziekenhuizen.

Recent is er een artikel verschenen in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde waarin een nieuwe definitie voor publieke gezondheid wordt voorgesteld. De auteurs constateren dat de Nederlandse definitie afwijkt van de internationaal gehanteerde definities omdat het terugdringen van gezondheidsachterstanden daarin niet is opgenomen. De nieuwe definitie die zij voorstellen luidt: *'het bevorderen van de volksgezondheid en gelijke kansen op gezondheid, door collectieve interventies gericht op gezondheidsbescherming, gezondheidsbevordering of ziektepreventie'* (Jambroes et al., 2014).

4.3.2 Taken

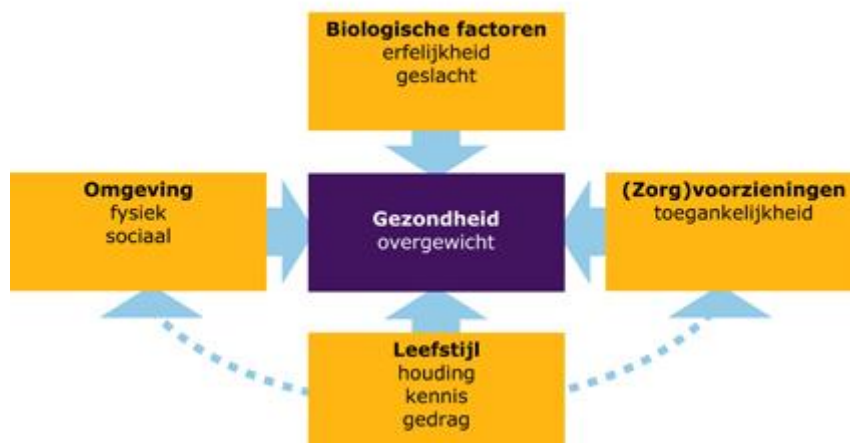
In de publieke gezondheid worden tien taken onderscheiden en in de eerste zeven daarvan is de GGD een van de organisaties waar deze primair zijn ondergebracht (Jambroes et al., 2014):

1. monitoren en rapporteren van gezondheid en het signaleren van ontwikkelingen daarin;
2. opsporen en preventie van ziekten of gezondheidsrisico's;
3. gezondheidsbevordering door populatie- of omgevingsgerichte interventies;
4. integraal gezondheidsbeleid;
5. onderzoek naar en innovatie van de publieke gezondheidszorg;
6. geneeskundige hulp bij oefening en preventie van rampen;
7. vangnetfunctie;
8. waarborgen van voldoende en competente beroepsbeoefenaren;
9. kwaliteitsborging;
10. gezondheidsbescherming.

Bovenstaande taken zijn door Jambroes et al. ontleend uit de WPG, Wet maatschappelijke Ondersteuning (WMO) en Wet Veiligheidsregio's. Door middel van deze taken tracht de GGD invloed uit te oefenen op de gezondheid van inwoners via drie van de vier domeinen (Figuur 4.2; Lalonde, 1974):

1. *zorgvoorzieningen* - toegang, prijs en kwaliteit van huisartsen, ziekenhuizen, verzorging, medicijnen, volksgezondheidsdiensten, tandartsen, ambulances, etc;
2. *leefstijl* - persoonlijke beslissingen die bijdragen aan ongezondheid of leiden tot de dood;
3. *omgeving* - woon- en werkomstandigheden, milieu, partner, vrienden, familie.

Model van Lalonde 1974



Figuur 4.2. Model van Lalonde (1974).

GGD Haaglanden kent negen opdrachtgevers: gemeenten met elk een ander lokaal beleid dat aanvullend is op de wettelijke taken. De lokale politiek heeft invloed op drie van de vier determinanten zoals Lalonde deze heeft gedefinieerd. Deze invloed is aanvullend op de wettelijke taken zoals gedefinieerd in het vorige hoofdstuk (§3.1.4) en kan veranderen na gemeenteraadsverkiezingen.

4.4 Bewaken, beschermen & bevorderen

Wat wordt er bedoeld met ‘bewaken, beschermen en bevorderen’?

4.4.1 Definities

De definities van deze termen zijn vastgesteld door alle Directeuren Publieke Gezondheid van Nederland in de visie ‘*Publieke Gezondheid en Veiligheid verbonden*’ (Directeuren Publieke Gezondheid, 2012).

De publieke gezondheid wordt bewaakt door problemen in de gezondheid van de samenleving inzichtelijk te maken. Om dat te doen worden er vele kwantitatieve onderzoeken gedaan; enerzijds analyseren GGD'en de gegevens die ontstaan in hun eigen processen en daarnaast worden die gegevens landelijk ook vergeleken. Zo kan er lokaal advies worden gegeven over gezondheidsbeleid en kan het ministerie van Volksgezondheid, welzijn & zorg landelijk beleid opstellen. Anderzijds worden er lokaal, regionaal en landelijk gegevens verzameld door middel van enquêtes.

Het bevorderen van de publieke gezondheid gaat om gedragsverandering van mensen zodat zij er een gezonde(re) levensstijl op nahouden. Dat kan niet zonder de juiste kennis (uit het determinant ‘Leefstijl’ in het model van Lalonde), zodat men (mede) op basis daarvan weloverwogen keuzes kan maken.

Een taak die de overheid van oudsher uitvoert is het beschermen tegen bedreigingen. Het gaat hierbij niet alleen om incidentele rampen en crises. Ook structurele risico's zoals maatschappelijke onrust, infectieziekten, huiselijk geweld of medisch milieukundige risico's. In onderstaande tabel worden de drie definities uit twee bronnen naast elkaar benoemd:

Missie	Directeuren Publieke Gezondheid	Mackenbach
<i>bewaken</i>	Verkrijgen van inzicht in gezondheidsproblemen.	Preventie van een specifieke aandoening en voorkomen van infectieziekten.
<i>beschermen</i>	Vanuit het collectieve belang moeten burgers beschermd worden tegen dreigende inbreuken van buitenaf op de gezondheid.	De gehele bevolking, of grote groepen daarvan, beschermen tegen blootstelling aan risicofactoren. Streven naar inrichting van omgeving zodat kans op blootstelling aan risicofactoren zo klein mogelijk is.
<i>bevorderen</i>	Collectieve preventie; elk individu is verantwoordelijk voor de eigen gezondheid, maar mensen moeten wel goed worden geïnformeerd om bewust en onderbouwd keuzes te kunnen maken over gezondheidsissues. Het bevorderen van gezondheid is vanuit het perspectief van het individu een doel, maar vanuit collectief oogpunt is het tevens een middel: door preventie van (welvaarts)ziekten kunnende kosten van de gezondheidszorg worden teruggedrongen.	Gericht op bevorderen van gezond gedrag, ook beïnvloeden van andere determinanten van gedrag.

Tabel 4.2. Definities bewaken, beschermen en bevorderen (Directeuren Publieke Gezondheid, 2012 en Mackenbach & Stronks, 2012)

4.4.2 Processen

De processen zijn in de vorm van *Business Process Diagrammen* weergegeven in Bijlage N. Deze modellen geven aan wat er nodig is om een proces te starten, uit te voeren en wat de uitkomsten ervan zijn. Daarnaast wordt per proces aangegeven wat het doel is en welke rol eindverantwoordelijk is.

Hieronder volgen drie korte beschrijvingen van de processen bewaken, beschermen en bevorderen:

- *bewaken* - De GGD houdt continu in de gaten of er risico's en incidenten zijn die de publieke gezondheid zouden kunnen bedreigen. Daarnaast zijn er verschillende gezondheidsthema's die volgens de politiek aandacht behoeven. Op basis van eigenschappen of symptomen van de aanleiding en landelijk beleid zal een epidemioloog een beleidsadvies opstellen. Wanneer inwoners mogelijk als risicogroep kunnen worden aangemerkt zal het proces Beschermen in werking worden gesteld;
- *beschermen* - Inwoners worden beschermd tegen bedreigingen van de volksgezondheid dankzij informatie over de eigenschappen en symptomen van de dreiging. Een expert (bijvoorbeeld medicus, sociale hulpverlener) kan op basis van beleid de juiste tegenmaatregelen nemen en daarmee de inwoners beschermen;
- *bevorderen* - Inwoners worden gestimuleerd om de juiste keuzes te maken als het gaat om hun gezondheid. De GGD stimuleert inwoners hierbij door bijvoorbeeld voorlichting en gezondheidsprojecten.

4.5 Zelf bewaken, beschermen & bevorderen

Wat wordt er bedoeld met zelf bewaken, beschermen en bevorderen?

In lijn met een samenleving waarin inwoners steeds meer verantwoordelijkheden nemen en krijgen, beantwoordt deze vraag wat daar voor nodig is. De term participatiemaatschappij is in 2013 door de Koning in zijn Troonrede genoemd en ook in de Haagse politiek en in de ambtelijke organisatie wordt deze ontwikkeling veel genoemd.

Mijn zoektocht naar dit onderwerp is al ruim voor mijn afstudeeronderzoek begonnen omdat het ook in twee projecten relevant is. In die periode heb ik geconstateerd dat participatie een belangrijk aspect is van de doe-democratie (vergelijkbaar met *big society* en *civil society*). Participatie is alleen mogelijk is door *empowerment*. Bovendien kan participatie worden uitgesplitst naar burger- en overheidsparticipatie. Daarnaast kunnen inwoners zelf maatschappelijke problemen oplossen zonder hulp van de overheid: sociale innovatie. Om die reden is deze deelvraag volgens bovenstaande structuur opgebouwd.

Uiteindelijk heb ik in deze paragraaf beschreven welke voorwaarden nodig zijn voor actieve deelname aan de maatschappij en welke kritiek erop wordt geleverd.

4.5.1 Doe-democratie, big society & civil society

Dat de overheid zich steeds meer richt op de burgermaatschappij in de samenleving wordt benadrukt door het Kabinetsstandpunt over doe-democratie: *'het kabinet ziet de doe-democratie als een nauwelijks te stuiten krachtige ontwikkeling'* (Minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, 2013).

In een doe-democratie wordt gebruik gemaakt van de *'vitaliteit van de samenleving en van de kennis en expertise van burgers'* (Minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, 2013). De rol van de rijksoverheid is hierin volgens de minister voorwaardenscheppend en stimulerend; de rol van het lokale bestuur is belangrijker. Een vergelijkbare typering van de doe-democratie is *big society*. In rapporten van de overheid en haar adviesorganen wordt regelmatig naar dit concept verwezen. In het Verenigd Koninkrijk is het een belangrijk deel van het regeringsbeleid en Hooijmans concludeert in haar master thesis dat de Nederlandse overheid hier ook naar streeft. In deze vorm van samenleving *'kijken de burgers naar elkaar om, voelen zich verantwoordelijk en stellen zich actief op'* (Hooijmans, 2012). In deze vorm van samenleving neemt de burgermaatschappij de belangrijkste plaats in.

Een derde term die dezelfde lading dekt is *civil society*: *'vormen van georganiseerde en ongeorganiseerde burgerverbanden, een faciliterende overheid en burgers die zelf verantwoordelijkheid nemen voor hun handelen en leefomstandigheden'* (Veenman 2002). Een meer recente definitie is de *'overkoepelende term voor de sfeer van vrijwillige associaties naast de markt en de staat'* (Buijs, Dekker & Hooghe, 2009, p. 10).

In alle drie de typen samenlevingen gaat men uit van de vrijwillige associatieve relaties in de burgermaatschappij, eventueel in samenwerking met de markt en gefaciliteerd door de overheid. In mijn eerste interview worden de drie typen samenlevingen bevestigd en de geïnterviewde tekent daarbij op dat de gebruikte term sterk afhankelijk is van de politieke partij van een politicus.

4.5.2 Empowerment

Voor empowerment is geen goede Nederlandse term. Van Regenmortel definieert het als versterken, krachtig maken. Het is een *'proces van versterking waarbij individuen, organisaties en gemeenschappen greep krijgen op de eigen situatie en hun omgeving en dit via het verwerven van controle, het aanscherpen van kritisch bewustzijn en het stimuleren van participatie'* (Van Regenmortel, 2002). Van Regenmortel heeft veel gepubliceerd over dit onderwerp en veel onderzoeken verwijzen naar deze auteur.

Een andere definitie waar vaak naar wordt verwezen is die van de Wereldbank (z.d.). Vrij vertaald luidt deze: *'het vergroten van de capaciteit van individuen of groepen om keuzes te maken en die keuzes om te zetten in gewenste acties en resultaten. Centraal in dit proces staan acties die zowel bijdragen aan het individuele als het collectieve vermogen, en de efficiëntie en de eerlijkheid verbeteren van de organisatorische en institutionele context waarin het gebruik van deze vermogen wordt gereguleerd'*.

4.5.3 Burgerparticipatie

Er worden twee vormen van burgerparticipatie onderscheiden: zelfredzame, waarbij inwoners zelf aan de slag gaan, en beleidsbeïnvloedende, waarbij men invloed wil uitoefenen op het beleid van een organisatie (Sociaal Cultureel Planbureau, 2014). Dit onderzoek richt zich op zelfredzame burgerparticipatie.

Participatie is een *'middel om greep te krijgen op het eigen leven'*; het is een containerbegrip voor *'meedoen aan het maatschappelijke leven'* (Van Houten & Winsemius, 2010).

In mijn tweede interview stelt de geïnterviewde dat mensen kunnen worden gemobiliseerd door in een netwerk de *super promotor*s te voorzien van bepaalde informatie. Door deze super promotor s in te zetten wordt er gebruik gemaakt van sociale (burger)participatie. Dit wordt door Walraven & Appelhof (2002) gedefinieerd als een *'actieve en constructieve*

manier van deelnemen aan formele en informele verbanden, waardoor iemand een bijdrage kan leveren aan de samenleving'.

De gemeente Den Haag definieert participatie als *'het op interactieve wijze betrekken van belanghebbenden en/of belangstellenden bij de ontwikkeling van gemeentelijk beleid, in de vorm van raadplegen, adviseren, coproduceren of meebeslissen'* (Gemeente Den Haag, 2012b). Ze onderscheidt in diezelfde verordening vier niveaus van participatie:

1. *raadplegen* - de gemeente verzamelt informatie en besluit over de uitvoer van een traject;
2. *adviseren* - de gemeente geeft de kaders aan en inwoners geven gezamenlijk antwoord op een vraag;
3. *coproduceren* - gemeente en belanghebbenden ontwikkelen samen een plan, binnen de kaders van de gemeente. De gemeente kan kaders stellen en afwijken van het plan;
4. *meebeslissen* - de keuze (uit minimaal twee plannen, waarbij de gemeente de mogelijkheid heeft om kaders aan te geven) wordt overgelaten aan de belanghebbenden, waarbij de keuze wordt overgenomen door de gemeente.

4.5.4 Overheidsparticipatie

Wanneer inwoners zelf meer verantwoordelijkheid nemen voor hun omgeving, dan kan de rol van de overheid kleiner worden. Het standpunt van het kabinet is dat de overheid alleen nog een ondersteunende rol speelt. De overheid neemt deel aan initiatieven van de inwoners in plaats van andersom (Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, z.d.). Dit rapport vond ik door een zoektocht op internet naar de term 'overheidsparticipatie'. Om overheidsparticipatie mogelijk te maken zijn er verschillende niveaus waaraan de overheid moet voldoen. De Raad voor het openbaar bestuur heeft een overheidsparticipatietrap ontwikkeld (Rob, 2012). Voor een overheidsinstelling een volgende trap wil betreden moet eerst aan de huidige trede worden voldaan:

1. *reguleren* - regulering door wet- en regelgeving, waaronder handhaven en sanctioneren van overtredingen. Dit geldt met name voor vraagstukken van orde en veiligheid, waarbij de overheid altijd in een verticale verhouding tot haar inwoners staat;
2. *regisseren* - wanneer de overheid kiest voor regisseren, betekent dat ook andere partijen een rol hebben maar dat de overheid er belang aan hecht wel de regie te hebben;
3. *stimuleren* - de overheid heeft wel de wens dat bepaald beleid of een interventie van de grond komt, maar de realisatie daarvan laat ze over aan anderen. Ze zoekt slechts naar mogelijkheden om die anderen in beweging te krijgen;
4. *faciliteren* - de overheid kiest een faciliterende rol als het initiatief van elders komt en zij er belang in ziet om dat mogelijk te maken;
5. *loslaten* - wanneer de overheid een taak helemaal loslaat, heeft ze inhoudelijk noch in het proces enige bemoeienis.

Bovenstaande overheidsparticipatietrap is een veel gebruikte methode om vorm te geven aan overheidsparticipatieprojecten. Naast de vier niveaus uit de vorige paragraaf is dit ook bij de gemeente Den Haag een regelmatig toegepaste methode.

4.5.5 Sociale innovatie

Sociale innovatie is een *‘verzamelnaam voor hedendaagse initiatieven van mensen en organisaties gericht op innovatieve oplossingen voor maatschappelijke vraagstukken’* (Adviesraad voor het Wetenschaps- en Technologiebeleid, 2014). Dit onderzoek werd gepubliceerd ten tijde van mijn onderzoek en veel van mijn contactpersonen op sociale media berichtten hierover.

Volberda (Volberda et al., 2012) definieert sociale innovatie als *‘het vernieuwen van de arbeidsorganisatie en het maximaal benutten van competenties gericht op het verbeteren van de bedrijfsprestaties en de ontplooiing van talent’*.

Sociale innovatie begint bij inwoners of organisaties die een maatschappelijk probleem constateren en zonder hulp van de overheid een oplossing daarvoor zoeken.

Een van de belangrijkste conclusies van de Adviesraad voor het Wetenschaps- en Technologiebeleid is dat de overheid deze initiatieven primair zou moeten faciliteren door ruimte te bieden en belemmeringen weg te nemen.

Een van de belangrijkste effecten van sociale innovatie op zorgorganisaties is dat zij meer in staat zijn om nieuwe diensten voor nieuwe cliënten (25%) en nieuwe diensten voor bestaande cliënten (21%) te ontwikkelen (Volberda et al, 2012).

4.5.6 Nudging

Een goed Nederlands woord voor het Engelse werkwoord *to nudge* bestaat niet en het laat zich het beste omschrijven als een duwtje in de rug richting de juiste keuze, een stimulans. Vanuit overheidsperspectief staat het lijnrecht tegenover paternalisme. De metafoor die regelmatig wordt gebruikt komt uit de dierenwereld: een olifantenmoeder die met haar neus haar aarzelende kindje een zetje geeft in de juiste richting.

Het nudgen wordt toegepast omdat bestaande methoden zoals verbieden, ontmoedigen, bestraffen en voorlichten niet toereikend zijn. Nudging speelt in op onbewuste denkprocessen en speelt in op de moraal van individuen over hun positie in een groep. Bovendien wordt het individu nu in staat gesteld zelf een keuze te maken, waar de overheid dat in de traditionele methoden al voor hem of haar gedaan had (Vasterman, 2014). Nudging kan niet zo maar worden toegepast; terughoudendheid is geboden, zeker bij grondrechten, waaronder de onaantastbaarheid van het lichaam. De Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO) benoemt in haar rapport een drietal voorwaarden, deze worden in de volgende paragraaf toegelicht.

4.5.7 Randvoorwaarden

Inwoners komen niet zo maar in beweging. Voorwaarden die, per type samenleving, worden gesteld aan de samenleving zijn:

- Doe-democratie (uit: Rob, 2012 en Hooijmans, 2012):
 - Vitale samenleving;
 - Regulering en bureaucratie terugdringen;
 - Burgers in staat te stellen om de leiding te nemen.
- Big society (Blond, 2010):
 - Versterking van de eigen kracht van lokale gemeenschappen;
 - Hervorming van de publieke dienstverlening;
 - Stimulering van maatschappelijke participatie.
- Civil society (Veenman, 2002):
 - Kansenstructuur, kansen voor individu op deelname aan regulier onderwijs, werk en indien nodig specifieke voorzieningen;

- Aanwezigheid van individuele of collectieve hulpbronnen of kapitaal (opleidingsniveau, werkervaring, informele netwerken die toegang geven tot formele netwerken, kennis over functioneren van de samenleving);
- Mate van in- of uitsluiting.

De voorwaarden voor de Big society heb ik overgenomen uit het boek dat de grondslag is geweest voor het sociale beleid van de Britse regering. Hierin wordt het concept voor het eerst beschreven en vele bronnen die daarna over vergelijkbare onderwerpen zijn gepubliceerd verwijzen hiernaar.

De overheid moet voorwaarden scheppen om deelname door leden van de burgermaatschappij mogelijk te maken. Deze voorwaarden zijn:

- Empowerment (Van Regenmortel, 2008):
 - Krachten van mensen als vertrekpunt, geloof en vertrouwen in eigen mogelijkheid wordt versterkt;
 - Zicht op beschikbare steun- en hulpbronnen om proces te verwezenlijken met de nodige vaardigheden om deze bronnen te kunnen hanteren;
 - Aandacht besteden aan actieve gedragscomponent van participatie. Dat is het kernconcept van empowerment; geen empowerment zonder participatie.
- Participatie (Schalock & Verdugo, 2002):
 - Wet- en regelgeving, patronen in samenleving;
 - Toegang tot buurt, gemeenschapsvoorzieningen, gelegenheid tot deelname aan de gemeenschap, rolstatus en steun uit de omgeving;
 - Directe omgeving die directe invloed heeft op iemands leven, zinvolle en gewaardeerde bijdrage kan en mag leveren, wat leidt tot erkenning
- 'Hefbomen' voor sociale innovatie zijn (Volberda et al, 2012):
 - *Flexibel organiseren* - het hanteren van innovatieve organisatievormen om snel en effectief op een veranderende markt in te kunnen spelen;
 - *Dynamisch managen* - het vermogen van managers om de organisatorische middelen te veranderen;
 - *Slimmer werken en talentontplooiing* - het realiseren van hoogwaardige arbeidsrelaties door creativiteit, talenten en competenties van medewerkers beter te benutten;
 - *Co-creatie* - samenwerken met externe organisaties om zo (gezamenlijk) nieuwe ideeën te ontwikkelen, te absorberen en/of te benutten en bestaande kennis op nieuwe manieren toe te passen.
- Nudge (Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling, 2014):
 - Niet de keuze opleggen, maar het keuzevermogen versterken door inwoners te ondersteunen. Paternalisme ligt hier op de loer;
 - Inwoners moeten op het kritieke moment aan het denken worden gezet om automatische en onbewuste denkprocessen te stimuleren;
 - Door de overheidsinstantie de beoogde resultaten en doelen expliciet laten benoemen.

4.5.8 Kritiek

Het mobiliseren van de krachten in de samenleving gebeurt niet zo maar. Er moet niet alleen invulling zijn gegeven aan de randvoorwaarden uit de vorige paragraaf.

4.5.8.1 Misvattingen over de participatiesamenleving

In haar afscheidsrede noemt Tonkens (2014) vijf misvattingen over de participatiesamenleving:

1. De participatiesamenleving markeert het einde van de klassieke verzorgingsstaat;
2. De verzorgingsstaat en de participatiesamenleving zijn te begrijpen als een verdeelvraagstuk: hoe (her)verdelen we de taken en verantwoordelijkheden tussen overheid, burgers en markt;
3. Democratie in de participatiesamenleving is doe-democratie: moderne burgers willen niet leuteren maar aanpakken;
4. De participatiesamenleving doen we gezellig samen;
5. Participatie: geen kunst aan.

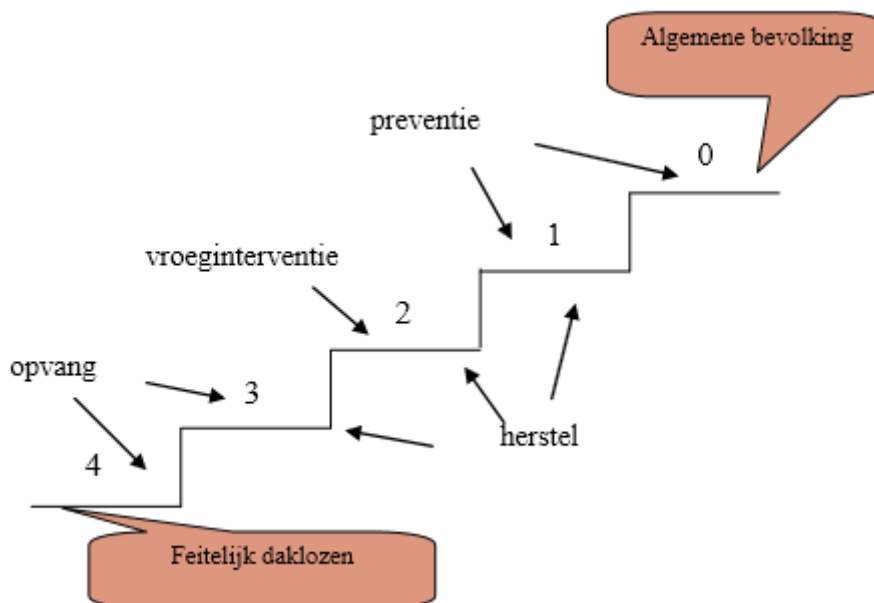
4.5.8.2 Sociaal kwetsbaren

Elke medewerker van de GGD met wie ik mijn onderzoek bespreek, benoemt deze specifieke groep. Ook zes van de zeven geïnterviewden erkennen de complexe problemen van deze inwoners, die een belemmering kunnen vormen voor hun actieve deelname aan de maatschappij.

Wolf (2006) benoemt de 'OGGZ-ladder' (Tabel 4.3 en Figuur 4.3), waarbij OGGZ staat voor Openbare geestelijke gezondheidszorg. Veel van de sociaal kwetsbaren vallen onder deze noemer:

Trede	Kenmerken
0	Adequate interactie tussen individu en omgeving, van relatief goede gezondheid en actieve maatschappelijke participatie.
1	Stagnerende interactie tussen individu en omgeving, een haperende zelfredzaamheid en verminderd welzijn.
2	Problemen nemen in ernst en zwaarte toe, strekken zich uit over meer en meer leefgebieden en houden langer aan. Steun uit de omgeving staat meer en meer onder druk en kan op termijn verdwijnen. De kwaliteit van leven neemt af.
3	Personen raken aangewezen op institutionele zorg (opvang, psychiatrisch ziekenhuis, gevangenis) vanwege uiteenlopende, vaak meervoudige problemen. Het verblijf is in principe tijdelijk, maar kan ook langdurig zijn.
4	Voorzien niet in eigen onderdak en kunnen of willen evenmin gebruik maken van opvangvoorzieningen.

Tabel 4.3. OGGZ-ladder (Wolf, 2006).



Figuur 4.3. OGGZ-ladder (Wolf, 2006).

4.5.8.3 Organisatie

Niet alleen het vermogen en de wil van sociaal kwetsbaren kunnen een belemmering zijn voor een pro-actieve houding van inwoners. De rol van de GGD is van oudsher coördinerend. De organisatie zal dan ook niet snel geneigd zijn om de rol van faciliterende overheid op zich te nemen. Zes van de zeven geïnterviewden (zie Bijlage E) zien de veranderende rol van de overheid en onderkennen dat de organisatie zou moeten veranderen om aan te sluiten op de veranderende samenleving.

De gevolgen voor de organisatiestructuur en -cultuur van het uiteindelijke gekozen scenario worden beschreven in §7.4.

4.5.8.4 Nieuw type professional

Wanneer de organisatie wel de nieuwe rol aanneemt vergt dat ook een ander type (zorg) professional. Medewerkers die zijn opgeleid om te (ver)zorgen moeten nu de regie van de cliënt faciliteren, zelfbewust zijn, flexibel inspelen op diversiteit van dienstverlening, empathisch zijn, hulpbronnen kunnen vinden en partner van de cliënt zijn (Verdonschot & Kröber, 2011).

Wat de implicaties hiervoor zijn van het gekozen scenario wordt uiteengezet in §7.4.

4.6 GGD informatie

Welke informatie gebruikt de GGD nu?

Om haar producten en diensten tegen een hoge kwaliteit te kunnen leveren ontvangt, creëert, deelt en gebruikt de GGD veel verschillende gegevens. In deze paragraaf heb ik geïnventariseerd over welke gegevensverzamelingen de GGD beschikt.

4.6.1 Bedrijfsfuncties en gegevensverzamelingen

Voor het inzicht in de gegevensverzamelingen heb ik gebruik gemaakt van een model dat door meerdere GGD'en wordt gehanteerd en is opgesteld in het kader van de referentie architectuur PURA (2013). Dit model is een generieke weergave van alle bedrijfsfuncties die een plaats hebben in een GGD gedurende de niet opgeschaalde situatie. Het is gezamenlijk opgesteld door zeven GGD'en en gevalideerd door acht andere GGD'en. In Bijlage O is een overzicht te vinden van alle producten en diensten die de GGD Haaglanden aanbiedt en is het generieke bedrijfsfunctiemodel aangevuld met de gegevensverzamelingen van GGD Haaglanden.

4.6.2 Restricties op openbaring

Het beschikbaar stellen van gegevens aan de samenleving is aan een aantal voorwaarden gebonden.

De Handreiking dataclassificatie (Kwaliteitsinstituut Nederlandse Gemeenten, 2013) beschrijft de beschikbaarheid, integriteit en vertrouwelijkheid van gegevens. Wanneer de GGD informatie wil delen met de samenleving moet er rekening worden gehouden met de niveaus van vertrouwelijkheid:

1. *openbaar* - alle informatie die algemeen toegankelijk is voor een ieder.
2. *bedrijfsvertrouwelijk* - informatie die toegankelijk mag of moet zijn voor alle medewerkers van de eigen organisatie. Vertrouwelijkheid is gering en schending van deze classificatie kan enige (in)directe schade toebrengen;
3. *vertrouwelijk* - informatie die alleen toegankelijk mag zijn voor een beperkte groep gebruikers. De informatie wordt ter beschikking gesteld op basis van vertrouwen. Schending van deze classificatie kan serieuze (in)directe schade toebrengen;
4. *geheim* - gevoelige informatie die alleen toegankelijk mag zijn voor de direct geadresseerde. Schending van deze classificatie kan zeer grote schade toebrengen.

In mijn werkzaamheden voor het project waarbij we als gemeente, in samenwerking met de provincie Zuid-Holland en De Haagse Hogeschool, open data vrijgaven, werd de vuistregel, 'open, tenzij' gehanteerd. Informatie is openbaar, tenzij:

- privacy van individuen in het geding is;
- het een risico zou kunnen zijn voor de eenheid van de Kroon;
- er sprake is van bedrijfsvertrouwelijke informatie of staatsgeheim.

4.7 Veranderingen in de samenleving

Wat zijn relevante, langdurige veranderingen in de samenleving?

In de volgende paragrafen worden veranderingen in de samenleving beschreven aan de hand van de DESTEP-factoren.

4.7.1 Demografisch

Demografie beschrijft de samenstelling van de bevolking. In §3.1.9.2 zijn de eigenschappen van de Haaglandse bevolking beschreven. Deze paragraaf benoemt de landelijke en regionale ontwikkelingen in de samenstelling van de bevolking.

Het Planbureau voor de Leefomgeving constateert in zijn analyse Demografische ontwikkelingen 2010-2040 (2013) onderstaande ontwikkelingen:

- Geleidelijke afname bevolkingsgroei, welke in 2040 is bereikt. Op nationale schaal blijven de bevolking en aantallen huishoudens tot 2040 waarschijnlijk groeien;
- Vergrijzing leidt tot een krimp van de bevolking in de werkende leeftijd en zorgt voor een toename van het aantal oudere huishoudens;
- Aantallen gezinnen en jonge huishoudens zullen vrijwel overal afnemen
- Wanneer de huidige trek naar de grote stad doorzet, zullen met name de Randstad en enkele andere dichtbevolkte regio's groeien, ten koste van de dunner bevolkte regio's langs de randen van Nederland.

In *De sociale staat van Nederland 2013* beschrijft het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP) twee andere demografische ontwikkelingen (SCP, 2013):

- Niet-westerse migranten zijn voor 60% verantwoordelijk voor de aanwas van de bevolking in de grote steden;
- De omvang van en de aantallen kwetsbare groepen nemen weer toe.

Mackenbach & Stronks (2012) beschrijven twee factoren die gerelateerd zijn aan de volksgezondheid:

- *Demografische transitie* - stijgende levensverwachting en decennia later sterke daling van de geboortecijfers;
- *Welvaartsstijging door modernisering* - door nieuwe technologieën kunnen medici meer betekenen en worden mensen in staat gesteld langer zelfstandig te wonen.

4.7.2 Economisch

Het SCP onderkent onderstaande economische ontwikkelingen (SCP, 2013):

- *dalende economische prestaties en inkomens van huishoudens* - de financieel-economische crisis heeft haar weerslag op bedrijven en inwoners;
- *vermogens zijn niet gedaald dankzij pensioenvoorzieningen* - de pensioenvoorraden zorgen ervoor dat het totale vermogen van Nederland niet is gedaald;
- *de economische prestaties van Nederland zijn verslechterd* - zowel de crisis als verschillende maatregelen om de crisis te bestrijden beperken de economische groei;
- *sterke groei in arbeidsdeelname door vrouwen en tweeverdieners* - doordat veel vrouwen actief zijn op de arbeidsmarkt zijn er meer gezinnen met dubbele inkomens;
- *de overheidsuitgaven blijven op peil* - de verloop van het totaal van de overheidsuitgaven is, ten opzichte van het nationaal inkomen, betrekkelijk stabiel.

4.7.3 Sociaal cultureel

Onderstaande sociaal culturele factoren zijn het resultaat van het onderzoek *Actuele maatschappelijke ontwikkelingen 2010* door het Sociaal Cultureel Planbureau (2011):

- *meerkeuze maatschappij* - emancipatie, democratisering, individualisering en educatie hebben ertoe geleid dat mensen in staat zijn hun leven naar eigen inzicht in te richten. En dus keuzes moeten maken;
- *individualisering* - 'een groeiende autonomie van het individu ten opzichte van zijn directe omgeving en die zijn weerslag heeft gekregen in de sociale organisatie van de samenleving';

- *informalisering* - deïstitutionaliseert organisaties omdat persoonlijke eigenschappen en voorkeuren als grondslag gelden voor organisaties in beeld, niet meer de traditionele indeling op basis van klasse of godsdienst;
- *intensivering* - mensen verlangen naar meer intense en intensieve emotionele ervaringen. Daarnaast leidt een verhoogd levensritme en een drukker bestaan tot meer tijdsdruk;
- *integratie en participatie van niet-westerse migranten en hun nakomelingen* - spanningsveld tussen participatie en vasthouden aan eigen cultuur en gewoonten;
- *sociale aspecten van duurzame ontwikkeling* - aandacht voor ecologische aspecten van individuele en collectieve keuzes;
- *maatschappelijke betrokkenheid en participatie* - grote welvaart en betrokkenheid bij de samenleving. Desondanks neemt 7% van de bevolking in een jaar nooit deel aan sociale activiteiten;
- *veranderende normen en waarden* - 'groeïende intolerantie, toenemende agressie, verharding van de maatschappij, gebrek aan respect voor elkaar en slechte omgangsvormen, grote spanningen tussen jongeren en ouderen en tussen allochtonen en autochtonen';
- *religie en spiritualiteit* - secularisering en alternatieve religieuze stromingen in plaats van traditionele religies;
- *de privacyparadox* - veiligheidsmaatregelen en de mogelijkheden van overheid en bedrijfsleven om gegevens over mensen vast te leggen versus privacy;
- *de grenzen van de rechtsstaat* - conflicten tussen verschillende culturen om de vraag hoe ver vrijheid gaat.

4.7.4 Technisch

De ontwikkelingen in techniek zijn onderdeel van de DESTEP-methode. Echter, omdat ontwikkelingen in de techniek in dit onderzoek een belangrijke stempel kunnen zetten op de uiteindelijke scenario's is ervoor gekozen om deze als een aparte deelvraag (§4.9) te behandelen.

4.7.5 Ecologisch

Op ecologisch vlak constateert het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS, 2011) de volgende ontwikkelingen:

1. *klimaatverandering en afnamen biodiversiteit* - het weer verandert op lange termijn en dat heeft zijn weerslag op de natuur;
2. *overheidsschuld en toenemende kosten voor zorg en sociale zekerheid* - de schuld van de overheid drukt voor een groot deel op de Rijksbegroting en de kosten voor de gezondheidszorg en sociale zekerheid nemen toe;
3. *investeringen in onderzoek en ontwikkeling blijven achter* - het opleidingsniveau van de jongere generaties blijkt matig en door de financieel-economische crisis blijven investeringen achter;
4. *achterstand van niet-westerse allochtonen* - op diverse terreinen (zoals werkloosheid en inkomen) hebben deze groepen te maken met een achterstand ten opzichte van autochtonen en westerse allochtonen.

4.7.6 Politiek-juridisch

De twee belangrijkste politiek-juridische ontwikkelingen die worden genoemd door geïnterviewden en collega's van de GGD zijn:

1. Het beperken van de overheidsuitgaven en de overdracht van taken en beleidsvrijheid naar gemeenten. Wat de impact precies is van deze decentralisaties, is nog voor elke gemeente onbekend, al is wel duidelijk dat de gevolgen groot zijn;
2. De toenemende waarde van informatie in de overheid, de *iOverheid*. De iOverheid, informatie-Overheid, is in de termen van Mayer-Schönberger & Lazer (2007: 5), een *'conceptual lens that offers a complementary perspective to understand the changing nature of government and its relationship to the citizenry'*. Het is een overheid die wordt *'gekenmerkt door informatiestromen en -netwerken en gericht op niet alleen dienstverlening, maar ook controle en zorg'* (WRR, 2011).

Een andere ontwikkeling die onmiskenbaar is ingezet, is die van een meer open en transparante overheid. Dit blijkt uit de toezeggingen van de rijksoverheid in het *Open Government Partnership* en de invulling die de gemeente Den Haag daaraan geeft door deelname aan de Digitale Steden Agenda, het programma ICT voor de Stad en diverse andere projecten. Door transparanter te zijn over processen, beleid en door gegevens beschikbaar te stellen (open data) streeft de gemeente naar een legitieme overheid en meer participatie.

4.8 Veranderingen in de publieke gezondheid

Wat zijn relevante, langdurige veranderingen in de publieke gezondheid?

Op basis van verschillende rapporten van het RIVM concludeert Mackenbach (2010, p153) dat de belangrijkste oorzaken van ziekten zijn: roken, excessief alcoholgebruik, gebrek aan lichaamsbeweging en een verkeerd voedingspatroon.

4.8.1 Landelijk

In onderstaande opsomming worden de ontwikkelingen in de publieke gezondheid per bron benoemd:

- Mackenbach(2010):
 - toename van de levensverwachting, langer leven;
 - toename gezonde levensverwachting, langer gezond leven/zonder beperkingen;
 - toename chronische aandoeningen door betere herkenning en langer leven;
 - daling van impact van chronische beperkingen door faciliteiten en behandelingen in mobiliteit en gezichtsvermogen;
 - toenemende kosten voor de zorg met gelijkblijvende uitgaven voor de preventie.
- Sociaal Cultureel Planbureau (2013):
 - hoogopgeleiden leven niet alleen langer, maar krijgen ook pas later gezondheidsproblemen;
 - Nederlanders leven langer, met meer jaren in goede gezondheid maar ook met chronische ziekten;

- maatschappelijke participatie en gezondheid.
- PURA:
 - individualisering & digitalisering;
 - ketensamenwerking in lineaire ketens en netwerken;
 - regionale en landelijke samenwerking.
- verschuiving naar preventie: verandering van leefstijl door gezondere gewoonten (Sociaal Cultureel Planbureau, 2012);
- informele zorg: zorg die wordt verleend door niet-professionals (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2006).

Een van de oplossingen voor bovenstaande ontwikkelingen is, volgens Mackenbach (2010), het moderniseren van het gezondheidsbeleid. Hij stelt voor om dit te doen door onder andere de overheid een minder terughoudende rol toe te bedelen. Hoe zich dat verhoudt ten opzichte van een terugtrekkende overheid wordt beschreven in §5.8.

4.8.2 Haaglanden

Een integraal beeld van de publieke gezondheid in de totale regio Haaglanden is er nog niet. Simpelweg omdat de gegevens door twee GGD'en met een ander doel zijn verzameld en daarom niet vergelijkbaar zijn.

De gemeente Den Haag heeft, in nauwe samenwerking met de Haagse GGD, een vijftal thema's benoemd waarop ze zich wil richten (Gemeente Den Haag, 2012a). Onderstaande thema's heb ik gevonden in de Gezondheidsnota van Den Haag, welke is gepubliceerd op de gemeentelijke website.

1. gezonde voeding en bewegen;
2. psychische gezondheid;
3. gezondheid en genotmiddelen;
4. gezonde seksualiteit;
5. gezonde leefomgeving.

De voormalige GGD Zuid-Holland West heeft onderzoek gedaan naar de ontwikkelingen op het gebied van de publieke gezondheid (GGD Zuid-Holland West, 2011). Aan de hand van die constatering ging men het gesprek aan met de gemeenten om producten en diensten te ontwikkelen.

1. vergrijzing;
2. stijgende levensverwachting;
3. toename chronische aandoeningen door vergrijzing;
4. druk op mantelzorg neemt toe;
5. sterke stijging zorggebruik;
6. toename van geschikt en verzorgd wonen.

De ontwikkelingen in Zuid-Holland West zijn uitgewerkt als onderdeel van het landelijke programma Regionale Volksgezondheid Toekomst Verkenning van het RIVM. Dit programma is een beproefd model om zicht te krijgen op ontwikkelingen in de publieke gezondheid.

4.9 ICT-ontwikkelingen

Technologische ontwikkelingen bieden veel kansen en volgen elkaar snel op. Door de relevante en actuele trends te benoemen kan een realistischer toekomstbeeld worden geschetst.

De competentie Onderzoeken trends in IT is in de volgende subparagrafen en in §5.9 toegepast.

4.9.1 Wereldwijd

Onderzoeksinstituut McKinsey & Company benoemt twaalf technologieën die de kracht hebben om de samenleving te ontwrichten (McKinsey & Company, 2013):

- *mobiel internet* - goedkope verbindingen en geschikte mobiele apparaten;
- *automatisering van kenniswerk* - intelligente systemen kunnen kennis structureren en beslissingen nemen;
- *internet of things* - goedkope sensoren verzamelen data voor monitoring, besluitvorming en proces-optimalisatie;
- *cloud technologie* - diensten die worden aangeboden via een netwerk of het internet;
- *complexe robotica* - zorgvuldige, intelligente en behendige robots die taken kunnen automatiseren of de functies van het menselijk lichaam kunnen vervangen of versterken;
- *(semi-)autonome voertuigen* - voertuigen die, zelfstandig of met een beperkte rol voor de mens, kunnen rijden en navigeren;
- *next-generation genomics* - snel, goedkoop DNA onderzoek, geavanceerde analyses van grote hoeveelheden gegevens en synthetische biologie (het (her-)ontwerpen van (delen van) cellen, zoals genetische modificatie);
- *energie opslag* - opslag van energie voor gebruik op een later moment;
- *3D printen* - fabricagetechnieken om objecten te creëren op basis van digitale modellen;
- *complexe materialen* - materialen met superieure eigenschappen of functies;
- *geavanceerde methoden voor zoeken en winnen van olie en gas* - de mogelijkheid om op een lucratieve manier olie en gas te winnen op plekken waar dat tot nog toe niet mogelijk was;
- *herbruikbare energie* - energie uit herbruikbare bronnen die minder schadelijk zijn voor het klimaat.

In het jaarlijkse rapport *Top 10 Strategic Technology Trends for 2014* van Gartner (Gartner, 2014) worden onderstaande ontwikkelingen benoemd:

- *Mobile Device Diversity and Management* - plaats- en tijd-onafhankelijk werken en het gebruik van verschillende apparaten vereist een nieuwe manier van beheer;
- *Mobile Apps and Applications* - informatiesystemen worden niet meer altijd gefaciliteerd door een werkgever en zullen ook niet een compleet spectrum aan functies bevatten;
- *The Internet of Everything* - apparaten die data verzamelen en delen met andere apparaten;
- *Hybrid Cloud and IT as Service Broker* - de rol van de interne IT leverancier verschuift steeds meer naar leverancier van infrastructuur en diensten;

- *Cloud/Client* - verplaatsing van data vanuit de infrastructuur van een bedrijf naar daarbuiten;
- *The Era of Personal Cloud* - de toename van persoonlijke gegevens;
- *Software-Defined Anything* - vanwege de benodigde interoperabiliteit (voor o.a. Internet of Things) is er steeds meer behoefte aan standaarden op alle niveaus in de techniek;
- *Web-Scale IT* - de toename van wereldwijde verbonden rekencentra;
- *Smart Machines* - apparaten die niet alleen data verzamelen, maar deze ook kunnen interpreteren en er een advies over kunnen geven;
- *3D Printing* - de mogelijkheid om zelf voorwerpen te ontwerpen en te fabriceren.

In zijn *2013 Emerging Trends Report* beschrijft het Massachusetts Institute of Technology (MIT, 2013) onderstaande ontwikkelingen:

- *Nanotechnology and New Materials* - apparaten en materialen kleiner dan 100 nanometer waardoor de eigenschappen van bestaande producten significant kunnen worden verbeterd;
- *The Power of the Consumer* - de toenemende mate van autonomie en het maken van keuzes door een individu;
- *The Automation of Work* - de massale aanpassing van producten naar onze individuele wensen zorgt voor een fabricageproces dat volledig geautomatiseerd kan plaatsvinden;
- *Hyper-connectivity: Mobile Devices, the Internet of Things, and Big Data* - de toename van apparaten, de verbintenissen tussen apparaten en de toename van gegevens. Communicatie vindt plaats tussen personen, van persoon naar machine en van machine naar machine. Bovendien kan het één op één communicatie zijn, van één naar meerdere of van meerdere naar één ontvanger.

4.9.2 Landelijk

Het kabinet heeft tien projecten benoemd waarin kennis over ICT en de mogelijkheden ervan worden vergroot (Ministerie van Economische Zaken, z.d.). Door samen te werken met het bedrijfsleven en onderzoeks- en kennisinstellingen verwacht het kabinet economische groei te realiseren. De tien 'doorbraakprojecten' zijn:

- *ambitieuze MKB'er innoveert met ICT* - versterken van hun concurrentiekracht door product- en diensteninnovaties met behulp van ICT;
- *open data* - hergebruik van gegevens leidt tot besparingen bij bedrijven en innovatie stimuleren;
- *informatieplatformen in topsectoren* - een platform waardoor ketens informatie kunnen delen;
- *energie en ICT* - het verbeteren van energiebeheer en realiseren van besparingen op energie door het bedrijfsleven;
- *massaal digitaal* - gebruik maken van veilige digitale voorzieningen van de overheid;
- *big data* - het opzet van marktplaatsen waar bedrijven, onderzoeksinstellingen en overheden hun kennis over big data kunnen uitwisselen;
- *ondernemingsdossier* - één dossier voor ondernemers in hun contact met de overheid, met als doel de regeldruk te verminderen.
- *onderwijs en ICT* - door middel van ICT de kwaliteit van het onderwijs verbeteren en het talent van leerlingen maximaal ontwikkelen;

- *de zorg ontzorgd door ICT* - het betaalbaar en toegankelijk houden van zorg door slim gebruik te maken van ICT-toepassingen.

4.9.3 Lokaal

Het ministerie van Binnenlandse zaken en Koninkrijksrelaties heeft een visiebrief *Digitale Overheid 2017* opgesteld:

- Dienstverlening moet primair digitaal plaatsvinden - loketten worden ontzien door veel van de besluitvorming over het bepalen van benodigde dienstverlening te automatiseren;
- Het digitale kanaal wordt persoonlijk omdat inwoners al hun informatie kunnen inzien;
- De gemeente biedt ondersteuning aan niet-zelfredzamen;
- Er wordt één centraal punt ingericht waar inwoners terecht kunnen met al hun vragen;
- Flankerende dienstverleningsvoorzieningen: doe-het-zelf infrastructuur in de stad, onderzoek mogelijkheid paspoorten bezorgen, persoonlijke internetpagina;
- Multichannel management - de gemeente is benaderbaar via meerdere kanalen;
- Optimaal op elkaar afgestemde kanalen - mogelijk gemaakt door een kennisbank, productcatalogus en integraal relatiemanagement;
- Differentiatie van informatie naar doelgroepen - de gemeente zal op basis van behoeften of gemeenschappelijke eigenschappen van inwoners informatie zodanig aanbieden dat die herkenbaar en bruikbaar is;
- Het huisbezoek wordt gemeentebreed gecoördineerd - in de huidige situatie leggen verschillende afdelingen van de gemeente huisbezoeken af in het kader van verschillende taken. Door uit te gaan van de hulpvraag of behoefte kunnen meerdere professionals klantvriendelijker en efficiënter werken en worden inwoners integraal geholpen.

Vanuit het bureau van de CIO van de gemeente Den Haag heb ik onderstaande ontwikkelingen ontvangen. Deze zijn gerelateerd aan de pijlers uit de visie op Informatievoorziening van de gemeente. Deze thema's zullen worden aangedragen als thema's voor het nieuw te vormen collegeakkoord:

1. hoogwaardige dienstverlening:
 - a. *één klantdossier* - alle informatie - voor zover toegestaan - over één klant in één overzicht;
 - b. *zelfredzaamheid* - stimuleren en faciliteren van de eigen kracht van de inwoner.
2. uniforme bedrijfsvoering:
 - a. *digitale veiligheid* - het veilig beheren en verwerken van informatie;
 - b. *basisinfrastructuur* - het ontwerpen, inrichten en beheren van een IT infrastructuur die een uniforme bedrijfsvoering mogelijk maakt;
 - c. *gegevensinfrastructuur* - de voorzieningen om gegevens op een uniforme manier op te slaan en te hergebruiken.
3. smart city:
 - a. *veiligheid* - het verbeteren van de veiligheid van de stad door middel van ICT, in samenwerking met het bedrijfsleven en onderwijsinstellingen;
 - b. *open data* - het beschikbaar stellen van gegevens van de gemeente aan de inwoners, bedrijven en onderwijsinstellingen.

4.10 GGD Haaglanden

Deze paragraaf beschrijft de structuur, cultuur, het bedrijfsmodel en de informatievoorziening van de GGD.

4.10.1 Organisatiestructuur

In deze paragraaf wordt de structuur van de organisatie van de GGD geanalyseerd aan de hand van contingentiefactoren, waaronder het organisatiestructuurmodel van Mintzberg. Zoals eerder beschreven ligt het bestaansrecht van de GGD vooral in de wet en is het deels afhankelijk van de lokale politiek. De bedrijfsdoelstelling is, net als voor alle GGD'en in het land, om de gezondheid van inwoners te beschermen, bewaken en bevorderen. De GGD opereert voornamelijk in het veld van de lokale spelers zoals politiek, gemeente, zorg en welzijn. Omdat de taken en aanvullende diensten een breed spectrum bestrijken heeft de GGD te maken met een omgeving met vele doelgroepen en professionele belanghebbenden. De PURA benoemt vier groepen waarmee organisaties in de publieke gezondheid te maken hebben wanneer er géén sprake is van een ongeval of ramp: klanten, partners, leveranciers en afstemmingspartijen. De bedrijfstak is in zijn geheel weergegeven in het contextdiagram van de PURA in Bijlage P.

Omdat de dienstverlening geografisch is opgedeeld in regio's concurreren organisaties in de publieke gezondheid niet met elkaar. Met zorg- en welzijnsorganisaties in de regio zijn strategische samenwerkingsverbanden aangegaan en zijn uitgebreide zorgnetwerken gevormd. Voor enkele delen van producten en diensten zijn wel concurrenten in de markt, zoals voor reizigersvaccinaties (die door bijvoorbeeld KLM worden aangeboden) of sociaal medisch advies (door artsen die zich richten op het sociale domein).

GGD Haaglanden bestaat sinds 1 januari 2014 als gevolg van de regionalisering van GGD Den Haag en GGD Zuid-Holland West. Het instituut GGD als zodanig bestaat 75 jaar, het principe van publieke gezondheid stamt uit de 18^e eeuw.

De structuur van de nieuwe organisatie (Bijlage C) is nog niet formeel vastgesteld door het bestuur. Onderstaande analyse is dan ook gebaseerd op een conceptueel organisatiemodel, al is de algemene verwachting niet dat er nog grote veranderingen in worden aangebracht. De strategische top bestaat uit de directie en twee besturen. Binnen de directie is per 1 maart 2014 een splitsing aangebracht in de aansturing van de primaire en ondersteunende afdelingen. De directie legt verantwoording af aan het dagelijks bestuur en dat wordt gecontroleerd door het algemeen bestuur. In beide besturen zitten wethouders van de negen gemeenten in Haaglanden. Omdat de GGD onderdeel is van de gemeentelijke organisatie dient de directie ook verantwoording af te leggen aan de algemeen directeur van de dienst OCW van Den Haag.

Het midden-management bestaat uit de vijf primaire productgroepen die zijn geclusterd in lijn met de wettelijke taken en aanvullende diensten. De afdeling Advies & kwaliteit is deels een afdeling met primaire processen zoals crisisorganisatie en diverse adviesfuncties. Daarnaast ondersteunt ze de directie en verschillende commissies.

De opererende kern van ruim 350 medewerkers is te vinden in de afdelingen die vallen onder de productgroepen. Hier bevinden zich de meeste medewerkers. Zij houden zich bezig met de operationele uitvoering van de werkzaamheden.

De technische structuur en ondersteunende staf bestaan uit drie niveaus. De strategische en tactische niveaus worden door de gemeente Den Haag aangestuurd. De operationele ondersteuning wordt uitgevoerd door de afdeling Beheer & ondersteuning van de GGD.

4.10.2 Organisatiecultuur

Omdat de organisatie GGD Haaglanden pas sinds 1 januari 2014 bestaat is nog niet goed te bepalen hoe de cultuur exact is. De nieuwe organisatie is een samenvoeging van de GGD'en van Den Haag en Zuid-Holland West.

In deze paragraaf wordt de cultuur geanalyseerd aan de hand van de kleurentheorie van De Caluwé (De Caluwé & Vermaak, 2006), het model van Hofstede (1991) en de theorie van Harrison (1972), welke is aangevuld door Handy (1978). De reden dat er verschillende methoden zijn gebruikt is om een zo volledig mogelijk beeld te krijgen van de cultuur.

Omdat ik verwacht dat de voorgestelde verandering(en) wezenlijk anders zijn dan de manier waarop de organisatie is opgebouwd en afwijkt van de culturele normen is een volledig inzicht belangrijk om de juiste veranderstrategie te kiezen.

De Haagse GGD bestond uit ongeveer 300 medewerkers en was reeds onderdeel van de politieke en bureaucratische gemeentelijke organisatie. Het aanbod van producten en diensten veranderde alleen bij wijzigingen in de wet of veranderende politieke speerpunten. Processen wijzigden daardoor ook niet regelmatig en er werd nauwelijks geïnnoveerd. Taken en verantwoordelijkheden waren duidelijk. Men beschikte over een uitgebreid kwaliteitssysteem en de ondersteuning bestond uit verschillende niveaus en partijen vulden elkaar aan en controleerden elkaar. De organisatie was hiërarchisch en de belangen in de strategische top waren niet transparant. De cultuur zou ik daarom conform de kleuren van De Caluwé willen typeren als geel. In mindere mate was de organisatie rood vanwege het karakter van het werk en de betrokkenheid van de medewerkers bij het maatschappelijke doel.

Zuid-Holland West bediende hetzelfde aantal inwoners, alleen woonden deze verspreid over acht gemeenten. Ongeveer 80 medewerkers zorgden voor de uitvoering van en advies over de wettelijke taken. De organisatie was plat en processen waren meer aan verandering onderhevig omdat er meer belanghebbenden waren. Medewerkers waren multidisciplinair en inzetbaar in verschillende rollen. Door verschillende oorzaken was het verloop in de strategische top hoog. Deze organisatie kan daarom worden getypeerd als wit.

Doordat de medewerkers van Zuid-Holland West onderdeel zijn geworden van de GGD Haaglanden zijn zij medewerkers van de gemeente Den Haag. Op basis van mijn observaties en gesprekken in mijn dagelijks werk proef ik dat het voor de medewerkers van Zuid-Holland West niet als een soepele overgang is ervaren. Dat zij het gevoel hebben niet veel inspraak te hebben gehad in hun plaatsing in de nieuwe regionale GGD draagt niet bij aan hun begrip voor de nieuwe situatie.

De gemeente wordt duidelijk gekenmerkt door een rollencultuur; afspraken, hiërarchie, procedures en regels zijn leidend in de organisatie. In de grote organisatie is weinig flexibiliteit en de macht van medewerkers is afhankelijk van hun positie. De GGD heeft ook kenmerken van de rollencultuur; onvermijdelijk omdat zij onderdeel is van de gemeente. Daarnaast kan de organisatie ook worden getypeerd als een taakcultuur. De deskundigheid van medewerkers is zeer belangrijk in de dienstverlening. Samenwerken in netwerken is een veel toegepaste manieren van werken. Iedereen is zich bewust van het maatschappelijke doel en zijn bijdrage daaraan.

Alhoewel het nog te vroeg is om echte harde conclusies te trekken lijkt het erop alsof de cultuur van Den Haag de overhand heeft over die van Zuid-Holland West.

4.10.3 Bedrijfsmodel

Het bedrijfsmodel van de GGD wordt beschreven aan de hand van het Business Model Canvas (Osterwalder, et al, 2010). De meeste invulling van de volgende paragrafen heb ik kunnen doen op basis van de kennis over de GGD die ik in de loop van de jaren heb opgebouwd. Elk onderdeel heb ik gevalideerd bij minimaal één collega.

4.10.3.1 Klantsegmenten

Omdat de GGD de wettelijke verplichting heeft om zorg te dragen voor de gezondheid van alle inwoners van de regio Haaglanden is de markt, voor zover je daarvan kan spreken, bijzonder gediversifieerd. De krachtwijken in Den Haag kennen een heel andere problematiek dan delen van Wassenaar of Naaldwijk. Dit vraagt ook om verschillende dienstverlening en een verscheidenheid aan distributiekkanalen.

De taken en diensten van de GGD zijn een vangnet voor de samenleving; het is aanvullend op de reguliere zorg. Voor het grootste deel van de diensten is het een niche markt waarin de GGD de enige aanbieder is of waar intensief wordt samengewerkt met instellingen die zich in dezelfde niche bevinden.

Onderstaande opsomming van doelgroepen is gebaseerd op de producten & diensten catalogus van de GGD Haaglanden. De doelgroepen die in beeld komen bij een opgeschaalde situatie zijn hier buiten beschouwing gelaten:

- gemeenten en gemeentebesturen;
- gezondheidszorginstellingen;
- GGD intern;
- de bevolking in haar algemeenheid, bepaalde (risico)groepen in het bijzonder:
 - allochtonen;
 - kinderen en jongeren;
 - ouderen;
 - kwetsbare burgers, zoals daklozen op straat en in de maatschappelijke opvang, burgers in psychische en/of hygiënische probleemsituaties met meervoudige problematiek en onvoldoende zelfredzaamheid;
 - mensen met een lage sociaal-economische status;
 - doelgroepen die een hoger risico hebben op infectieziekten;
 - doelgroepen waar infectieziekten relatief vaker voorkomen;
 - ouders en kinderen die gebruik maken van kinderopvang (en personeel);
 - gastouders die opvang thuis aanbieden;
 - bezoekers van kampeergelegenheden en jachthavens;
 - gedetineerden;
 - mensen met gezondheidsproblemen;
 - mensen met een Wet Werk en Bijstand of Wet Werken Naar Vermogen-uitkering;
 - mensen in een inburgeringstraject;
 - illegaal in Nederland verblijvende personen.
- scholen en andere instellingen waar met een einddoelgroep wordt gewerkt;
- maatschappelijke organisaties (lokaal, regionaal en landelijk);
- professionals (waaronder onderzoekers) werkzaam in de openbare gezondheidszorg;
- politie;
- exploitanten en cliënten van tattoo- en piercingsstudio's, studio's voor cosmetische tatoeage en juweliers.

Een inwoner kan onderdeel uitmaken van meerdere groepen, afhankelijk van de producten en diensten die van toepassing zijn.

4.10.3.2 Waardeproposities

Waardeproposities stellen ondernemingen in staat zich te onderscheiden ten opzichte van concurrenten. De GGD opereert als enige namens de wetgever in het wettelijk taakgebied en heeft daarin dus geen concurrenten. Op het snijvlak van de wettelijke taken en aanvullende producten en diensten kent de GGD wel degelijk meerdere organisaties die hetzelfde doel nastreven en enkele directe concurrenten.

De dienstverlening van de GGD is overduidelijk gericht op risicobeperking en het zit in de aard van de organisatie om dit zo toegankelijk mogelijk aan te bieden.

4.10.3.3 Kanalen

De PURA beschrijft vier groepen (klanten, partners, leveranciers en afstemmingspartijen) waar een organisatie in de (niet opgeschaalde) publieke gezondheid mee te maken heeft. Met elk van deze groepen wordt met een ander doel en op een andere manier gecommuniceerd.

Omdat de hoofdvraag zich richt op de samenleving beperk ik me in deze paragraaf tot de communicatie met klanten. Hiervan kunnen we stellen dat deze traditioneel is. De boodschap wordt opgesteld vanuit de GGD en verzonden aan doelgroepen. Ook de kanalen die worden gebruikt zijn met name de kanalen die de overheid van oudsher gebruikte. Er wordt wel geëxperimenteerd met nieuwe kanalen, maar deze zijn nog geen vast onderdeel van het beleid en de strategieën.

De dienstverlening wordt na afloop van processen waarbij individuen worden behandeld wel geëvalueerd. Deze evaluatie is gericht op het verbeteren van de kwaliteit van de dienstverlening, niet op het aanboren van nieuwe markten of doelgroepen.

4.10.3.4 Klantrelaties

De dienstverlening van de GGD is divers en er zijn verschillende relaties met verschillende klanten. Men maakt onderscheid tussen klanten in de zin van individuele inwoners en gemeenten die als klant (aanvullende) dienstverlening afnemen.

Aan inwoners wordt persoonlijke hulp verleend wanneer er sprake is van individuele dienstverlening. Wanneer de GGD een regie rol vervult zal zij een individu toeleiden naar de juiste instanties en monitoren of het traject succesvol wordt doorlopen.

Er wordt geen gebruik gemaakt van geautomatiseerde diensten of community's. Er is een enkel project dat inwoners betreft bij het vormgeven van de doelen van het project, maar van structurele co-creatie is zeker (nog) geen sprake.

4.10.3.5 Inkomstenstromen

Op basis van informatie van de afdeling Beheer & ondersteuning, cluster Financiën, ontvangt de GGD haar inkomsten uit verschillende bronnen:

1. bijdrage van gemeenten voor de wettelijk verplichte producten en diensten;
2. verkoop van aanvullende producten en diensten aan gemeenten;
3. uitvoeren van taken voor anderen GGD'en;
4. bijdrage van inwoners aan individuele producten en diensten;
5. declaraties van verrichtingen bij zorgverzekeraars;
6. subsidie vanuit ministerie van Volksgezondheid, welzijn en sport.

De eerste drie zijn terugkerende inkomsten, bij de laatste drie gaat het om transactionele inkomsten. Alle prijzen van de producten en diensten dekken de kosten; deze staan voor een jaar vast en van winst is geen sprake.

De GGD heeft geen beleid om actief nieuwe inkomensstromen te genereren, al zal dat in het komende jaar naar verwachting wel moeten gaan plaatsvinden. Sinds de regionalisering kunnen bepaalde producten en diensten ook worden aangeboden aan de negen gemeenten in de regio.

4.10.3.6 Key resources

De belangrijkste middelen die nodig zijn om de GGD goed te laten functioneren zijn informatie en de kennis van de professionals. En verschillende wettelijke taken kunnen niet worden uitgevoerd zonder medische apparatuur en hulpmiddelen.

4.10.3.7 Kernactiviteiten

De belangrijkste activiteiten van de GGD zijn verankerd in verschillende wetten. Het doel daarvan is om problemen op te lossen of te voorkomen dat de problemen zullen ontstaan. Een van de methoden die daarvoor worden gebruikt is het professionele netwerk dat de medewerkers van de GGD onderhouden.

4.10.3.8 Key partners

De GGD onderhoudt een uitgebreid netwerk met groepen als zorgpartners, opdrachtgevers, politiek en onderwijsinstellingen. Met veel van deze partners zijn strategische samenwerkingsovereenkomsten van kracht. De reden hiervan is niet het versterken van de concurrentiepositie, maar het versterken van samenwerking met als doel het bewaken, beschermen en bevorderen van de publieke gezondheid.

Met andere GGD'en wordt samengewerkt in alle primaire en ondersteunende processen. Ze streven naar uniformiteit en het verhogen van de kwaliteit van de dienstverlening.

4.10.3.9 Kostenstructuur

Zoals al blijkt uit eerdere paragrafen is de GGD niet kostengestuurd, maar volledig gericht op het maximaliseren van de kwaliteit van de dienstverlening. Uiteraard zijn kosten hierin een significante factor, maar in veel situaties blijkt de kwaliteit de doorslaggevende factor. Tijd is een factor die over het algemeen ondergeschikt is aan kwaliteit en geld.

4.10.4 Informatievoorziening

Informatie is een zeer waardevol middel voor de GGD. Voor een deel beschikken medewerkers over veel kennis, anderzijds zijn de gegevens een belangrijke voorwaarde om processen uit te kunnen voeren. De (geautomatiseerde) informatievoorziening wordt in de context geplaatst door middel van informatiesystemen.

Voor elk product, dienst of cluster van processen is er een apart informatiesysteem beschikbaar. De taken en doelen van de verschillende afdelingen zijn zo divers dat het relateren van informatie in veel gevallen vooralsnog niet opweegt tegen de inspanningen die nodig zijn om dat te realiseren, los van de vragen of het wettelijk gezien mag en of het ethisch wenselijk is.

ICT is voor de GGD momenteel een middel om interne processen efficiënt en effectief te laten verlopen. Dat ICT de laatste jaren is geëvolueerd tot een instrument dat voor meerdere doeleinden geschikt is, is de GGD niet ontgaan. Op dit moment wordt er binnen

de organisatie echter geen gebruik gemaakt van de vele nieuwe toepassingsmogelijkheden die de ICT biedt om de publieke gezondheid te bevorderen.

Het streven van de Haagse GGD is een constante verbetering van de kwaliteit van de diensten en producten om de gezondheidsverschillen tussen burgers te verkleinen.

De gedachte is daarom ontstaan om de vernieuwende ICT mogelijkheden te bekijken waarmee de publieke gezondheid bewaakt en verbeterd kan worden. De Haagse GGD wil de kansen op het ICT-terrein beter benutten om de dienstverlening in de publieke gezondheid doeltreffender en krachtiger te laten uitkomen.

5. Selectie van gegevens

In deze fase zijn de gegevens die in het vorige hoofdstuk zijn gevonden geanalyseerd en geconvergeerd. Per deelvraag worden de meest genoemde en meest relevante gegevens geanalyseerd. Onder relevant wordt in deze context verstaan wat er van belang is voor de GGD en voor de vorming van de scenario's.

In dit hoofdstuk is gebruik gemaakt van de gefundeerde theoriebenadering (Glaser & Strauss, 1967). Een grafische weergave van de analyse in de vorm van een *mindmap* is te vinden in Bijlage Q. De informatie wordt vervolgens verwerkt in de hoofdstukken 6 en 7. De kritiek op en risico's van de gevonden standpunten zijn ook in die hoofdstukken opgenomen in aparte paragrafen.

5.1 Samenleving

Aan de hand van de conceptuele Democratische driehoek (Zijderveld, 1999) kan worden bepaald dat dit onderzoek zich primair richt op de burgermaatschappij. De hypothese uit §2.5 kan hierdoor verder worden gespecificeerd. Door de gehele samenleving te voorzien van gegevens en informatie kan de burgermaatschappij hiervan gebruik maken in het werken aan de publieke gezondheid - hoe dat kan, zal worden uitgewerkt in de scenario's. Dit betekent niet dat de markt wordt uitgesloten van deze informatie, integendeel. Wanneer zij de informatie kan hergebruiken om producten en diensten aan te bieden die de publieke gezondheid ten goede komen, is dat een zeer welkome aanvulling.

Wanneer de burgermaatschappij centraal wordt gesteld kan worden geconstateerd dat er drie vergelijkbare ontwikkelingen zijn die meer verantwoordelijkheden daar willen beleggen: doe-democratie, *civil society* en *big society*. De rol van de overheid is in deze drie typen samenlevingen niet paternalistisch, maar faciliterend, stimulerend en gericht op het wegnemen van barrières. Dit heeft tot gevolg dat de organisatie zich zal moeten omvormen naar een organisatie die initiatieven in de samenleving stimuleert en ondersteunt, daarvan wil leren en open staat voor nieuwe ontwikkelingen, ideeën en samenwerkingsverbanden. In §7.4 en §7.11 zullen respectievelijk de implicaties en risico's van deze verandering verder worden beschreven.

5.2 Gezondheid

Gezondheid kan worden gedefinieerd als het vermogen om zich aan te passen en dit zelf in stand te houden (vertaald uit: Huber, 2011). De gezondheid bestaat uit drie gebieden - fysiek, mentaal en sociaal. Dit onderzoek richt zich op het sociale aspect van de gezondheid.

5.3 Publieke gezondheid

De publieke gezondheid is aanvullend op de curatieve zorg en grotendeels gericht op preventie. Het overgrote deel van de taken die daaruit voortvloeien zijn belegd bij de GGD'en en zij richten zich op het beïnvloeden van de omgeving, leefstijl en voorzieningen van inwoners met als doel een betere volksgezondheid (Lalonde, 1974). Mijn onderzoek

richt zich op de beïnvloeding van de gezondheid van de samenleving via de determinant leefstijl, door middel van gegevens, informatie en/of kennis.

5.4 Bewaken, beschermen & bevorderen

De taken die de GGD uitvoert zijn op hoofdlijnen in te delen naar: het inzicht krijgen in de gezondheidssituatie, het beschermen tegen gezondheidsrisico's en het veranderen van ongezond gedrag. De Business Process Diagrammen (Bijlage N) maken inzichtelijk dat alle drie de processen gebruik maken van de volgende typen van informatie:

- een aanleiding, in de vorm van:
 - maken van een keuze;
 - dreiging;
 - risico;
 - incident
 - gezondheidsthema.
- eigenschappen en symptomen van de aanleiding;
- beleid - advies over hoe om te gaan met de aanleiding;
- de aanleiding in een nieuwe toestand (zoals een risico waar tegenmaatregelen zijn genomen of een gezondheidsthema waarvoor een project is gestart).

Dit onderzoek richt zich op het aan de samenleving beschikbaar stellen van aanleidingen en het relateren van aanleidingen (met eigenschappen en symptomen) aan beleid (bijvoorbeeld hoe een risico te behandelen).

5.5 Zelf bewaken, beschermen & bevorderen

Dit aspect kent twee invalshoeken. Allereerst de inwoners: zij krijgen en nemen verantwoordelijkheid. De inzet van hun kennis en expertise, maakt het mogelijk dat door vrijwillige burgerverbanden (mogelijk in samenwerking met de markt en/of de overheid) meer mensen meedoen en een bijdrage leveren aan de publieke gezondheid. De (tot dan toe) onbenutte competenties en het morele besef van inwoners kunnen leiden tot het versterken van andere inwoners, ten behoeve van de algehele volksgezondheid.

Daarnaast is er de rol van de overheid: deze is voorwaardescheppend en stimulerend zodat het keuzevermogen van inwoners wordt versterkt. Bestaande (belemmerende) regelgeving zal moeten worden aangepast en hulpbronnen zijn nodig om inwoners in staat te stellen een actieve bijdrage te leveren aan de publieke gezondheid. Er dient rekening te worden gehouden met hervorming van bestaande dienstverlening en nieuwe ideeën van buitenaf kunnen leiden tot nieuwe inzichten en innovaties. Ook kunnen door samenwerking talenten van medewerkers worden benut.

Deze twee invalshoeken zijn het uitgangspunt voor de scenario's in hoofdstuk 6.

5.6 GGD informatie

Op hoofdniveau kunnen de volgende gegevens uit de primaire processen worden onderscheiden:

- over individuen, ten behoeve van diagnose en behandeling;
- over groepen, voor surveillance ;
- onderzoek ten behoeve van productontwikkeling en beleidsadvisering aan gemeenten;

- voor individuele inwoners en externe professionals zodat zij de juiste keuzes maken of adviezen geven;
- sturing en verantwoording.

De indeling van deze niveaus is consistent aan de indeling van de generieke bedrijfsfuncties van GGD'en. De inventarisatie van de gegevensverzamelingen wordt gebruikt in de beoordeling van criteria in §6.3. De kennis over de niveaus wordt toegepast in het implementatieplan (hoofdstuk 7). In alle gevallen zal rekening gehouden worden met de restricties op de openbaarmaking.

5.7 Veranderingen in de samenleving

Naast de veranderende rollen van inwoners en overheid (§5.5) blijkt dat er verschillende andere ontwikkelingen ook invloed kunnen hebben op de kansen voor de GGD: de wijzigingen in de samenstelling van de (beroeps)bevolking, de stijgende kosten van de zorg en veranderende dienstverlening door de overheid. Deze ontwikkelingen vormen de basis voor de selectie van de assen voor de scenarioplanning (§6.3).

5.8 Veranderingen in de publieke gezondheid

Mensen leven langer, hebben meer chronische aandoeningen en de kosten voor de zorg stijgen. Een van de uitdagingen van de 21e eeuw (Mackenbach, 2010) is om wijs gebruik te maken van wetenschappelijke kennis en technologische vooruitgang. Een van de oplossingen daarvoor is het moderniseren van het gezondheidsbeleid met een minder terughoudende rol van de overheid. Op het eerste gezicht lijkt dit lijnrecht tegenover de nieuwe rollen van inwoners en overheid te staan. Een actievere rol voor de overheid betekent niet dat de overheid ook de regie heeft, dit kan ook door te stimuleren en faciliteren.

Bovendien kunnen de initiatieven uit de samenleving aanvullend zijn op de bestaande dienstverlening van GGD'en. En wanneer de processen die nu door en in de GGD worden uitgevoerd voor een deel in de samenleving plaatsvinden zal de overheid mogelijk deze processen ook zo goed mogelijk moeten ondersteunen. Dit zal daarom ook het uitgangspunt zijn voor de scenario's.

5.9 ICT-trends

De competentie Onderzoeken trends in IT is in §4.9 en deze paragraaf toegepast. Op globaal niveau is een toename van verbindingen en gegevens te zien. Nieuwe technieken stellen Nederlandse overheidsinstellingen in staat om uniforme, klantgerichte dienstverlening aan te bieden. Tegelijkertijd worden gegevens openbaar gemaakt zodat marktpartijen ermee kunnen innoveren. ICT wordt op lokaal niveau ingezet om geautomatiseerde beslissingen te nemen, daar waar mensen die besluiten voorheen namen. De gemeente Den Haag heeft de ambitie om een Smart City te zijn en ziet ICT daarbij als een middel om deze strategie te realiseren, bovenop de bestaande diensten. Samen met de veranderingen in de samenleving (§5.7) vormen deze trends de basis voor de selectie van de assen voor de scenarioplanning (§6.3).

5.10 GGD Haaglanden

De organisatie kan worden getypeerd als hiërarchisch en er heerst een rollen- en taakcultuur. Er zijn, door de diversiteit aan dienstverlening, vele verschillende doelgroepen te onderscheiden en de kanalen die worden gebruikt zijn traditioneel. De meeste inkomensstromen komen van andere overheidsinstellingen en de kwaliteit van de dienstverlening heeft de voorkeur boven geld en tijd. Informatie en medewerkers zijn zeer belangrijke middelen van de GGD die nodig zijn om de wettelijke taken uit te voeren. De GGD beschikt over vele verschillende informatiesystemen die onafhankelijk van elkaar opereren.

6. Scenarioplanning

Om te komen tot een gedegen scenarioplanning beschrijft Raessens (2011) een achttal stappen:

1. *beschrijf de kernvraag* - de kernvraag die ik wil beantwoorden is de hoofdvraag van dit onderzoek zoals beschreven in §2.3;
2. *inventarisatie van trends* - deze stap is uitgevoerd in de data-verzamelingfase (hoofdstuk 4);
3. *ordering trends van impact en onzekerheid* - in de volgende paragrafen zijn de belangrijkste en meest relevante ontwikkelingen afgezet tegen de impact op de organisatie en onzekerheid waarmee ze zullen plaatsvinden;
4. *bepalen assen van de scenariomatrix* - de ontwikkelingen met de grootste impact en waarvan het vrijwel zeker is dat deze werkelijkheid zullen worden zijn beargumenteerd in §6.1;
5. *uitwerking van de scenario's* - de scenario's zijn uitgewerkt in §6.2;
6. *implicaties* - per scenario zal worden beschreven wat de implicaties zijn voor de organisatie en de informatievoorziening;
7. *actieplan* - een van de scenario's is in hoofdstuk 7 uitgewerkt tot een actieplan, een beknopt plan van aanpak.
8. *early warning-signalen* - om in de toekomst te kunnen valideren of het scenario nog aansluit bij de werkelijkheid zullen er signalen worden benoemd in §7.9.

De scenario's gaan uit van de nieuwe rollen van inwoners en de overheid (§5.5): actieve deelname aan de maatschappij door inwoners, gefaciliteerd en gestimuleerd door de overheid. Bovendien zijn de scenario's aanvullend op de huidige diensten.

6.1 Impact en onzekerheid

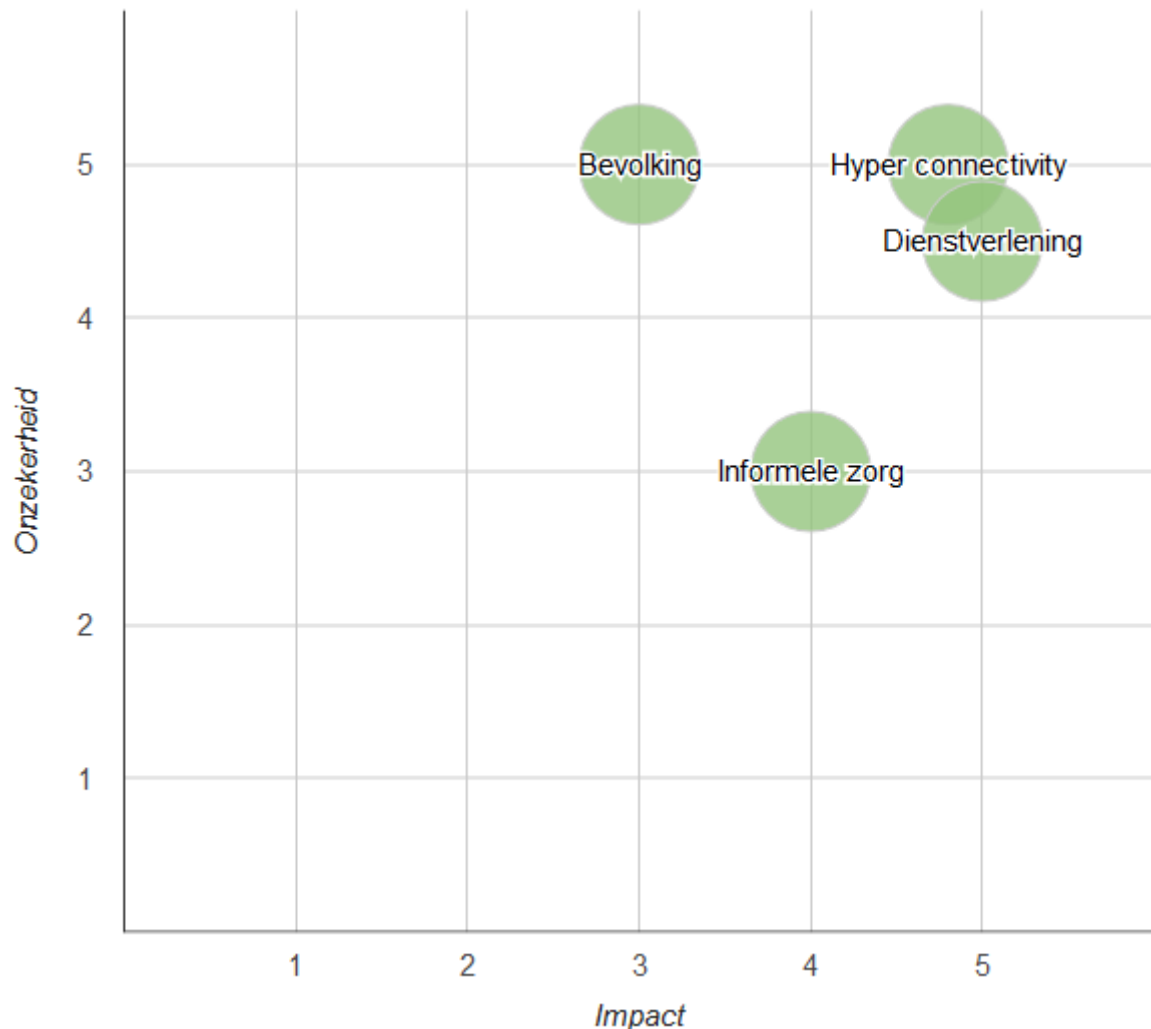
Op basis van de impact en onzekerheid, de informatie uit hoofdstuk 5 en de *mindmap* in Bijlage O hebben mijn opdrachtgever en begeleider vier ontwikkelingen geselecteerd. De ontwikkelingen zijn bundelingen van veranderingen die ik heb verzameld en geanalyseerd. Voor elke ontwikkeling hebben zij de impact en onzekerheid geschat op een vijfpuntsschaal:

Ontwikkeling	Toelichting	Impact	Onzekerheid
Bevolking	Demografische ontwikkelingen (zoals vergrijzing, trek naar de grote stad en verandering van de beroepsbevolking) en veranderingen in de gezondheid (langere levensverwachting, chronische ziekten)	3	5
Hyper-connectiviteit	Continue verbondenheid, netwerkorganisaties, big data, Internet of Things, sociale media.	5	5
Dienstverlening	De ambitie van het kabinet om dienstverlening dichterbij de inwoners te brengen (decentralisaties) en digitaal aan te bieden.	5	5
Informele zorg	Zorg door private en privé partijen.	4	3

Tabel 6.1. Toelichting, impact en onzekerheid van ontwikkelingen (1 = lage impact/hoge onzekerheid; 5 = hoge impact, lage onzekerheid) van de belangrijkste vier ontwikkelingen.

Een grafische weergave (Figuur 6.1) van Tabel 6.1 laat zien dat dienstverlening en hyper connectiviteit de twee ontwikkelingen zijn die de grootste impact hebben en waarvan vrijwel zeker is dat deze zullen optreden.

Omwille van de leesbaarheid zijn de bollen met dezelfde scores in de grafiek niet over elkaar heen geplaatst.



Figuur 6.1. Impact en onzekerheid van ontwikkelingen (1 = lage impact/hoge onzekerheid; 5 = hoge impact, lage onzekerheid).

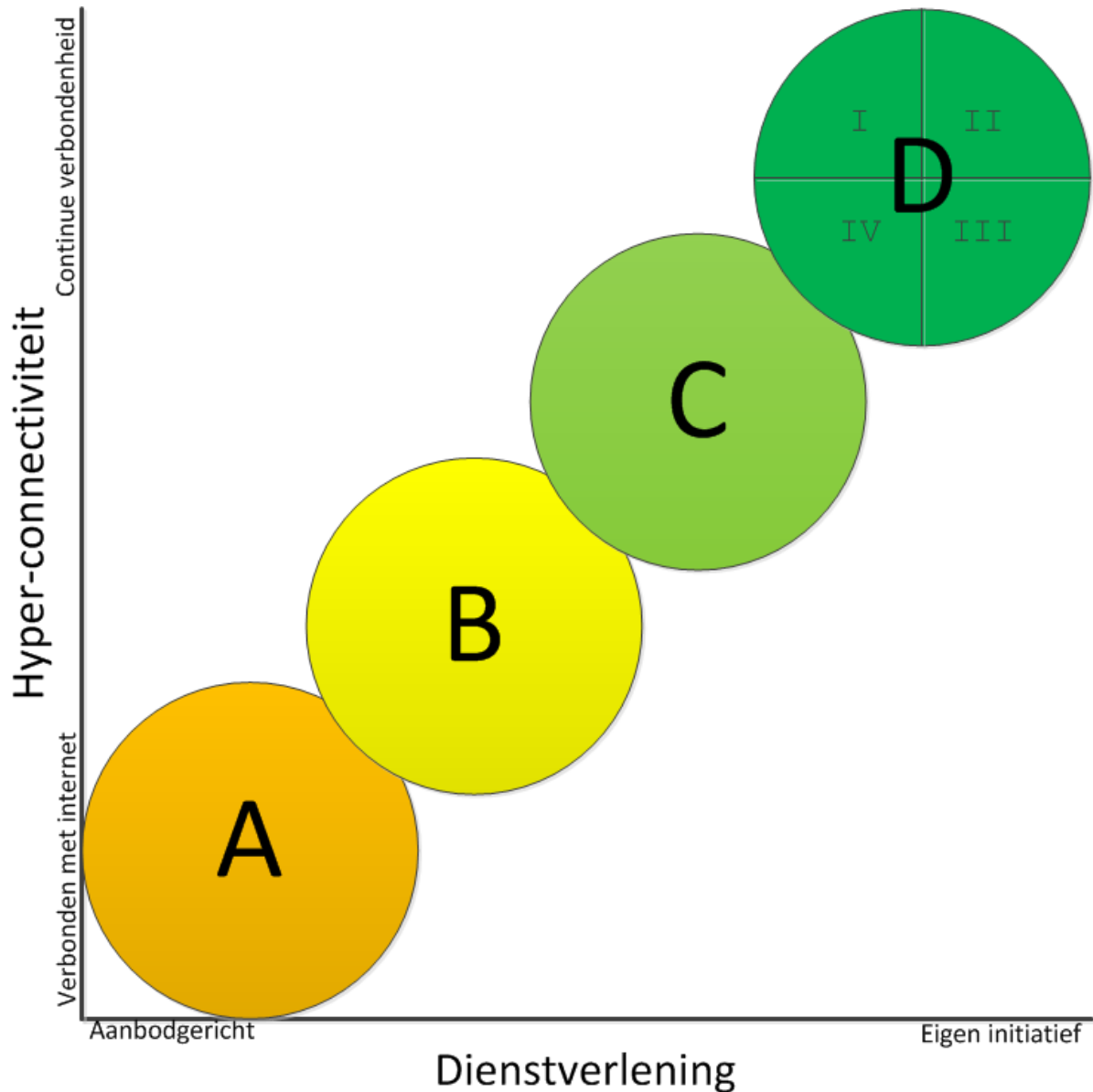
De twee ontwikkelingen met de grootste impact en hoogste onzekerheid (dienstverlening en hyper-connectiviteit) vormen de basis voor de ontwikkeling van scenario's. In figuur 6.2 vormen de dienstverlening en hyper-connectiviteit de twee assen.

6.2 Scenario's

Voor alle scenario's geldt dat de overheid blijft voldoen aan haar wettelijke taken. Ook de lokale dienstverlening wordt aangeboden zoals overeengekomen met de afnemende gemeenten. Onderstaande scenario's zijn hierop aanvullend; de processen die het doel van publieke gezondheid nastreven vinden in onderstaande scenario's óók plaats in de samenleving.

De scenario's zijn tot stand gekomen door een brainstorm met mijn begeleidend lector, een van zijn medewerkers en mijzelf. Deze zijn voorgelegd aan mijn opdrachtgever, begeleider

en diverse collega's en op basis van hun aanvullingen uitgewerkt. De assen uit figuur 6.2 zijn de basis geweest voor de brainstorm, de ontwikkeling van de scenario's werd vormgegeven door hardop met mijn opdrachtgever, begeleider en lector onafhankelijk van elkaar na te denken over de mogelijkheden. Daarnaast is gebruik gemaakt van stap 4 uit de Informatieplanning (Van der Pols, 2003).



Figuur 6.2. Scenario's op basis van dienstverlening door de overheid in relatie tot hyper-connectiviteit.

Op de horizontale as is de manier van dienstverlening door de overheid gepositioneerd. Uiterst links is de overheid aanbieder in de traditionele zin van het woord: de overheid is hiërarchisch en paternalistisch; ze weet wat de inwoners nodig hebben en biedt het aan zonder daarover in gesprek te treden met belanghebbenden. Rechts op deze x-as biedt de overheid behoefte- en vraaggericht producten en diensten aan. De overheid stimuleert en faciliteert private en particuliere initiatieven. Ze haalt belemmeringen weg en laat de regie volledig over aan de initiatiefnemers.

De verticale as geeft de mate van hyper-connectiviteit weer. Onderaan is het merendeel van de inwoners verbonden met het internet. Een stap verder is de grootste groep

digitaal vaardig. Helemaal bovenaan zijn inwoners continu verbonden: mensen met gemeenschappelijke kenmerken weten elkaar te vinden via netwerken, er worden grote hoeveelheden gegevens gegenereerd en gedeeld door zowel mensen als machines. Organisaties opereren als onderdeel van een groter netwerk.

6.2.1 A: Digitale dienstverlening

De dienstverlening van de overheid is digitaal, maar wel versnipperd. Er is geen relatie tussen diensten en voor elke aanvraag moet het proces van begin tot einde worden doorlopen. Inwoners hebben toegang tot het digitale dienstenaanbod, maar grote delen van de samenleving kunnen hier nog niet mee overweg.

De organisatie is aanbodgericht, processen zijn autonoom en worden ondersteund door ICT-middelen. Gegevens en informatie worden gebruikt in het primaire proces en om inwoners te vertellen hoe de dienstverlening zal worden aangeboden.

Voorbeeld

Een inwoner gaat op reis naar een gebied waarvoor hij ingeënt moet worden. Hij maakt online een afspraak bij de GGD door zijn gegevens in te vullen en een datum en locatie te kiezen. Hij meldt zich op de afgesproken tijd en plek bij de balie en vult een gezondheidsverklaring in. Tijdens het consult wordt hij voorgelicht en krijgt hij de benodigde medicijnen. Gedurende het gesprek blijkt dat er ook sprake is van tuberculose in het reisgebied en de inwoner moet ook nog langs de afdeling TBC. Bij de balie van TBC moet hij nogmaals zijn persoonlijke gegevens, medische verklaring en reisplannen inleveren voordat hij op consult kan.
LET OP: het advies van de GGD is fictief.

6.2.2 B: eGovernment

De dienstverlening is integraal georganiseerd en kan daardoor worden aangeboden op basis van *life events* (zoals verhuizing, verminderde mobiliteit, geboorte). ICT-middelen worden ingezet om de samenhang in de dienstverlening efficiënter en effectiever te laten verlopen. De organisatie is ingericht op processen die horizontaal door de organisatie worden uitgevoerd. De informatievoorziening is zo georganiseerd dat gegevens aan elkaar kunnen worden gerelateerd.

Voorbeeld

Een inwoner raakt arbeidsongeschikt. Bij de gemeente is één centrale plek waar hij online de nieuwe situatie kan doorgeven. Alle producten en diensten die voor dat moment van toepassing zijn krijgt hij aangeboden. Eén daarvan is een aanpassing in het portiek van zijn huis. De GGD wordt automatisch geïnformeerd over de casus en is voorbereid wanneer de inwoner zijn afspraak online heeft gepland.
LET OP: het advies van de GGD is fictief.

6.2.3 C: Government as a Platform

Overheid 2.0: de overheid voegt samen met inwoners waarde toe aan de samenleving. De overheid gaat terug naar de kerntaken en door middel van samenwerking en technologie kunnen diensten opnieuw en anders worden ontwikkeld. Inwoners zijn onderling verbonden en hebben daardoor de beschikking over grote hoeveelheden gegevens en informatie (Lathrop & Ruma, 2010). Alleen een minderheid is niet digitaal vaardig en neemt geen deel aan participatie-activiteiten.

De organisatie is transparant en staat open voor samenwerkingsverbanden met private en particuliere partners. De leiding ligt grotendeels nog bij de overheid, een deel van de verantwoordelijkheid wordt ook gedragen door de partners. De informatievoorziening is primair gericht op het primaire proces, waarbij gegevens ook beschikbaar zijn voor de samenleving.

Voorbeeld

Een groep inwoners uit een straat constateert dat er wel erg veel verkeersongelukken plaatsvinden op het kruispunt op de hoek. Ze benaderen de gemeente en de gemeente zoekt naar de oorzaak en de beste oplossing. Hierbij wordt rekening gehouden met de kaders van de gemeente, voorwaarden van de GGD, zoals de routes en verkeersobstakels voor Ambulancedienst en eisen aan luchtkwaliteit vanuit de afdeling Leefomgeving.

Verschillende voorstellen worden gepresenteerd aan de inwoners. Zij mogen daarop reageren en meebesluiten over de uiteindelijke oplossing.

LET OP: het advies van de GGD is fictief.

6.2.4 D: Faciliterende iOverheid

In dit scenario is de samenleving leidend; de initiatieven uit de markt of van inwoners worden door de (i)overheid gestimuleerd en mogelijk gemaakt. Barrières worden weggehaald en gegevens en informatie worden gebruikt om initiatieven te stimuleren en richting te geven. De organisatie beschikt over veel gegevens en kennis en heeft daarmee een belangrijke, gelijkwaardige positie in netwerken. Ze staat open voor nieuwe initiatieven en nieuwe inzichten. Medewerkers geven advies over de initiatieven en kunnen optreden als spil in een netwerk, zonder het initiatief over te nemen. De informatievoorziening is niet alleen voor de primaire processen, ook zijn alle gegevens beschikbaar voor de samenleving. De gegevens zijn vergezeld van context en maken combinaties met andere bronnen en interpretatie door derden mogelijk.

Mijn opdrachtgever en begeleider constateerden dat de GGD vele verschillende doelgroepen kent (zie §4.10.3.1). Verschillende geïnterviewden gaven aan dat een pilot op kleine schaal een grotere kans van slagen heeft. Om die reden is scenario D verbijzonderd naar vier specifieke doelgroepen. Dit zijn de doelgroepen en de redenen waarom ze zijn gekozen:

- *jeugd* - zij groeien op in een wereld waarbij geen onderscheid is tussen analoog en digitaal. Daarnaast zijn zij moeilijk te motiveren voor vrijwilligerswerk en informele zorg. Onder jeugd wordt in dit geval verstaan kinderen tot 18 jaar;
- *ouderen* - een groeiende groep die in toenemende mate digitaal vaardig is. Daarnaast hebben zij, vanwege de langere levensverwachting en toenemende chronische aandoeningen, veel behoefte aan zorg. Onder ouderen wordt in dit geval verstaan mensen vanaf 50 jaar;
- *sociaal kwetsbaren* - ondanks dat zij niet kunnen en niet willen deelnemen aan zorg en overheidssdienstverlening is dit een belangrijke groep klanten voor de GGD;
- *vitale inwoners* - met name de groep inwoners die een gezonde levensstijl heeft, maar waarvan er meerdere bedreigingen zijn met het risico dat zij afglijden richting de sociaal kwetsbaren. Anderzijds kunnen vitale inwoners fungeren als super promotors en mensen met specifieke competenties (Gladwell, 2000) kunnen sociaal kwetsbaren ondersteunen.

6.2.5 D.1: Jeugd

We kunnen, op aangeven van mijn begeleider, jeugd onderscheiden in twee hoofdgroepen: kinderen die naar het primair onderwijs gaan en jongeren in het middelbaar onderwijs. Kinderen op de basisschool zullen zelf geen initiatief nemen om een maatschappelijk probleem op te lossen omdat ze dit simpelweg nog niet weten. Alleen door initiatieven van scholen, maatschappelijke instellingen of overheidsinstellingen zullen zij deelnemen aan projecten en behoren daardoor niet in dit scenario. Omdat zij niet voor zichzelf kunnen zorgen valt deze deelgroep ook onder de definitie van sociaal kwetsbaren van Wolf (2006). Jongeren in het middelbaar onderwijs ondernemen alleen actie wanneer zij daar zelf belang bij hebben. Hun brein is nog niet in staat om beslissingen te nemen voor de lange termijn (*cognitieve flexibiliteit*; Crone & Dahl, 2012). Dankzij intensieve jeugdzorg (van geboorte tot en met adolescentie) zijn er veel gegevens over deze groep beschikbaar bij de GGD en daarbuiten. Bovendien zijn zij continu verbonden door middel van mobiele apparaten en zijn de technologische en creatieve mogelijkheden uitgebreid.

Voorbeeld

Uit een combinatie van gegevens van de GGD, scholen en metingen van slimme armbanden van een grote groep kinderen blijkt dat een bovengemiddeld aantal leerlingen op enkele scholen een tekort heeft aan vitamine D. De GGD beveelt aan om de kinderen extra te laten buitenspelen. De ouders en scholen kunnen dan gezamenlijk de Johan Cruyff Foundation en de gemeente benaderen om buitenspeelfaciliteiten die een spelelement bevatten waarbij de kinderen hun slimme horloges kunnen gebruiken, aan te leggen en te onderhouden. De school, leveranciers van de horloges en speeltoestellen, de Johan Cruyff Foundation en de gemeente werken samen om dit initiatief te realiseren.

LET OP: het advies van de GGD is fictief.

6.2.6 D.II: Ouderen

Ouderen hebben de levenservaring en tijd om maatschappelijke problemen te signaleren en er actie tegen te ondernemen. Aan de andere kant zijn eenzame ouderen die bijvoorbeeld geïsoleerd leven of kampen met chronische aandoeningen mogelijk onderdeel van een maatschappelijk probleem.

De techniek biedt mogelijkheden om laagdrempelige informatievoorziening aan te bieden en te communiceren met nieuwe netwerken.

Voorbeeld

Uit onderzoek van de GGD, verkoopgegevens van supermarkten en locatiegegevens van hun telefoons blijkt dat veel ouderen in Wassenaar zich eenzaam voelen (ze kopen bovengemiddeld veel eenpersoonsmaaltijden) en zich alleen verplaatsen over korte afstanden. Langdurige eenzaamheid leidt tot verschillende problemen en de GGD adviseert hier in een zo vroeg mogelijk stadium iets aan te doen. Door via laagdrempelige technologie video-verbindingen op te zetten kunnen eenzame ouderen in contact worden gebracht met anderen, zodat ze hun gevoelens kunnen uiten.

LET OP: het advies van de GGD is fictief.

6.2.7 D.III: Sociaal kwetsbaren

Uit de literatuur en meerdere interviews blijkt dat sociaal kwetsbaren niet zelf in staat zijn om te veranderen én dat niet willen. Elk van mijn geïnterviewden geeft aan dat de naasten van deze mensen dienen te worden voorzien van symptomen over maatschappelijke problemen,

manieren om de sociaal kwetsbaren te benaderen en in contact te brengen met de juiste hulpverleningsinstellingen.

Voorbeeld

Een inwoner ontdekt dankzij een combinatie van gegevens van de politie, de GGD en schuldhulpverlening dat in haar omgeving het aantal huishoudens met meervoudige problemen groter is dan in andere delen van de stad. Ze beseft zich dat een gezin een paar deuren verder voldoet aan enkele van de kenmerken die de GGD benoemt. In de periode daarna zoekt ze voorzichtig contact en bouwt een vertrouwensrelatie op. Uiteindelijk weet ze het gezin in contact te brengen met een professional van de GGD en wordt er een langdurig hulptraject gestart.

LET OP: het advies van de GGD is fictief.

6.2.8 D.IV: Vitale inwoners

Ook vitale inwoners kunnen risico lopen zonder dat ze zich daar bewust van zijn. Door hun te laten zien welke risico's en problemen zich in hun (geografische) omgeving voordoen worden zij zich daarvan bewust.

Daarnaast zijn zij de groep die maatschappelijke problemen kunnen constateren en actie ondernemen. Hun inspanningen kunnen een positief effect hebben op andere groepen (zoals jongeren, ouderen en sociaal kwetsbaren).

Voorbeeld

Op basis van gegevens van huisartsen, slimme meetapparatuur in huis en metingen van de GGD, blijkt dat er in een flat sprake is van slechte luchtkwaliteit. Het gevolg is dat er veel klachten zijn aan de luchtwegen.

De vereniging van eigenaren neemt een aannemer in de arm en laat, op advies van de GGD, de luchtinstallatie vervangen.

LET OP: het advies van de GGD is fictief.

6.3 Selectie

Om te komen tot één scenario dat zal worden uitgewerkt in een actieplan worden vier criteria gehanteerd (Raessens, 2011):

1. *relevantie* - mate waarin het van toepassing is op de organisatie;
2. *plausibiliteit* - mate waarin het de feitelijke situatie zoals die zich hoogstwaarschijnlijk zal ontwikkelen benadert doordat het realistisch en volledig is opgesteld en of het financieel, juridisch en technisch mogelijk is;
3. *samenhang* - mate waarin gelegde verbanden juist, beargumenteerd en volledig zijn;
4. *creativiteit* - mate waarin het innovatie weerspiegelt en bestaande veronderstellingen ter discussie stelt.

In onderstaande tabel zijn vijf scenario's door mijn opdrachtgever en begeleider beoordeeld op een vijfpuntsschaal, op drie van de vier criteria. Het criterium 'samenhang' is in zijn geheel niet toegepast omdat de definitie niet duidelijk is en ook het boek van Raessens hier geen verdere uitleg bij geeft.

In lijn met de deelvraag over de beschikbare informatie van de GGD (§4.6) is het criterium 'Gegevens' toegevoegd. Wanneer er geen gegevens beschikbaar zijn voor een scenario kan dit niet worden uitgevoerd. Uit de inventarisatie in combinatie met de kennis van mijn begeleider is gebleken dat voor alle scenario's gegevens beschikbaar zijn.

Scenario's A en B zijn niet beoordeeld omdat een van de doelen van dit onderzoek is om discussie los te maken. Door utopische scenario's te kiezen streef ik ernaar een levendiger discussie te krijgen.

Criterium	eGovernment	Faciliterende iOverheid, Jeugd	Faciliterende iOverheid, Ouderen	Faciliterende iOverheid, Sociaal kwetsbaren	Faciliterende iOverheid, Vitale inwoners
Relevantie	2+4	3+4	4+5	4+4	3+2
Plausibiliteit	3+5	1+3	3+3	4+2	4+5
Samenhang	-	-	-	-	-
Creativiteit	1+1	4+4	2+3	1+1	3+5
Gegevens	✓	✓	✓	✓	✓
Score	16	19	20	16	22

Tabel 6.2. Beoordeling van de scenario's (1 = voldoet zeker niet aan criterium, 5 = voldoet zeker wel aan criterium).

De variant Vitale inwoners van het scenario Faciliterende iOverheid scoort met een totale beoordeling van 22 het hoogst en het is daarom uitgewerkt in het volgende hoofdstuk.

7. Implementatie

Dit gehele hoofdstuk is een veranderingsvoorstel voor invoering van nieuwe ICT-ondersteuning. Het initiatief voor het uitvoeren van het scenario ligt bij de directie van de GGD; zij moeten het doel bepalen en vervolgens opdrachtgever zijn. Wat er wordt gerealiseerd, welke activiteiten moet worden uitgevoerd, wat de doelen zijn, hoe de verandering vormgegeven worden en wat nodig is, is beschreven in onderstaande paragrafen.

7.1 Uitgangspunten

De architectuur in deze paragraaf is het beoogde doel van de nieuwe informatievoorziening, waarmee het inwoners mogelijk wordt gemaakt om zelf bij te dragen aan de publieke gezondheid. Het model is een combinatie van een beleidsmodel en informatiearchitectuur (Van der Pols, p234, 2003). Belangrijke uitgangspunten bij dit model en daarmee voor het scenario zijn:

1. De processen worden deels uitgevoerd in de samenleving door inwoners en hebben hetzelfde doel als de GGD. De manier waarop er invulling wordt gegeven aan het pad naar het doel kan afwijken van die van de GGD en is daarmee aanvullend op bestaande dienstverlening;
2. Inwoners hebben een actieve en leidende rol in de initiatieven. De GGD mag de initiatieven wel faciliteren en stimuleren, maar ze mag niet de regie over het proces of project overnemen;
3. Nadat deze zijn verwerkt (zoals anonimiseren) worden er gegevens beschikbaar gesteld uit de typen informatie:
 - a. over individuen - ondanks dat de gegevens niet te herleiden zijn naar individuen kunnen deze wel een beeld geven over de casussen in zijn algemeenheid;
 - b. over groepen - deze gegevens geven de stand van zaken van de publieke gezondheid van individuen met gemeenschappelijke kenmerken weer;
 - c. onderzoek - door zowel de onderzoeksvragen als de kwantitatieve gegevens te delen kunnen derden ze hergebruiken om zelf analyses te doen en initiatieven te ontplooien.
4. Wanneer derden de gegevens van de GGD combineren met andere bronnen en hierdoor informatie kunnen herleiden tot individuen, ligt de verantwoordelijkheid voor het borgen van de privacy van de individuen bij de partij die de bewerking doet (conform WBP);
5. De GGD opereert binnen de kaders van het beleid van de gemeente Den Haag en hergebruikt de infrastructuur en ICT-middelen die de gegevens openbaar maken van de gemeente Den Haag;
6. De GGD zal géén applicaties aanbieden waarvan de samenleving gebruik kan maken;
7. Kennis wordt opgehaald uit en gedeeld met netwerken, zoals Stedenlink.

7.2 Doelen

De doelen van dit project zijn:

- inwoners (en marktpartijen) in staat stellen een actieve bijdrage te leveren aan het verbeteren van de publieke gezondheid door gebruik te maken van de gegevens van de GGD;
- kennis verwerven over mogelijkheden om op een andere manier bij te dragen aan de publieke gezondheid, door te leren van maatschappelijke initiatieven. Deze kennis kan weer bijdragen aan aanpassingen aan het organisatie- en informatiebeleid;
- aangaan en/of uitbreiden van relaties met burgerverbanden, marktpartijen, zorginstellingen, onderwijsinstellingen, kennisinstituten, etc.

7.3 Producten

Wanneer dit scenario wordt uitgevoerd, levert dit een nieuw organisatie- en informatiebeleid op:

7.3.1 Technisch

Bestaande informatiesystemen zijn zodanig aangepast dat gegevens beschikbaar zijn voor de samenleving, rekening houdend met de restricties op openbaarmaking (§4.6.2). De gegevens worden aangeboden via webservices , zodat men de beschikking heeft over gestructureerde en actuele gegevens.

7.3.2 Organisatorisch

De processen die ondersteunend zijn aan het openbaar maken van de gegevens (zoals het verrijken en anonimiseren van de gegevens) zijn belegd in de organisatie. De processen die inwoners ondersteunen (bijvoorbeeld bij het beantwoorden van vragen over gegevens of het ondersteunen bij interpretatie van gegevens en het geven van advies) zijn ook ingebed in de organisatie. Wanneer andere bronnen ook worden vrijgegeven maken deze gebruik van bovenstaande twee processen.

Het combineren van meerdere gegevensverzamelingen door anderen kan leiden tot nieuwe inzichten en kan de GGD leren van de nieuwe ideeën uit de samenleving. De GGD moet niet alleen open staan om deze ideeën te ontvangen, de nieuwe ideeën moeten ook de professionals en het management bereiken.

7.3.3 Functioneel

Een deel van de bestaande ICT-middelen is uitgebreid met de mogelijkheid om gegevens te leveren aan de gemeentelijke open data infrastructuur. Voordat gegevens beschikbaar zijn voor derden zijn deze bewerkt zodat ze niet te herleiden zijn tot individuen. Bovendien zijn de gegevens qua structuur gedefinieerd in hun context, waarbij gebruik kan worden gemaakt van semantische technieken. Hierdoor worden de gegevens niet alleen open data, maar verrijkt tot *linked open data* .

7.4 Consequenties

Het scenario zal verschillende veranderingen tot gevolg hebben:

7.4.1 Gedrag van inwoners

Inwoners kunnen erop blijven rekenen dat de GGD haar wettelijke taken uitvoert en tegelijkertijd wordt ook meer van henzelf verwacht. Echter, verandering van gedrag wordt niet zomaar gestimuleerd door informatie en kennis. Structurele gedragsverandering van inwoners is pas bereikt wanneer er zes fasen van de besluitvormingscyclus zijn doorlopen (Prochaska & DiClemente, 1985). Gegevens, informatie en kennis zijn van belang in de tweede en derde fasen (respectievelijk overpeinzing en beslissing).

7.4.2 Organisatiecultuur

De GGD zal worden geconfronteerd met nieuwe initiatieven en ideeën die niet passen in het bestaande denkkader, terwijl ze mogelijk wél bijdragen aan de publieke gezondheid. Omdat de organisatie zich nu niet bewust is van de kansen en van het probleem, is de veranderstrategie van informeren (Ezerman, 1986) nodig. Het management vermijdt de discussie niet bewust, men is niet bekend met de mogelijkheden. Een van de doelstellingen van dit onderzoek is om bij te dragen aan de bewustwording door middel van discussie op management- en directieniveau.

7.4.3 Organisatiestructuur en de rol van professionals

De bestaande organisatie zal zich open moeten stellen voor nieuwe manieren van bijdragen aan de publieke gezondheid. Naast de huidige hiërarchische structuur en taakgerichte cultuur zal er plaats moeten zijn voor de faciliterende rol. De kennis, expertise en competenties van individuele medewerkers kunnen worden ingezet door ze om te vormen van zorgverleners naar medewerkers die opereren in informele netwerken en die ondersteunen bij de interpretatie van gegevens en advies geven waar nodig.

7.4.4 Verrijken van gegevensstructuur

Om de gegevens als linked open data te kunnen publiceren moeten de gegevens worden voorzien van definities en relaties. Per bron moet deze exercitie eenmalig worden uitgevoerd en worden bijgehouden bij veranderingen.

7.5 Organisatie

De projectorganisatie van het scenario zal bestaan uit een stuurgroep (met daarin de opdrachtgever en belanghebbenden) en de projectgroep (waarin de projectleider en de projectgroepleden zich bevinden). Bij voorkeur zijn onderstaande groepen vertegenwoordigd in zowel de stuurgroep als de projectgroep:

- de doelgroep (zoals ouderen, jongeren, sociaal kwetsbaren of vitale inwoners);
- onderwijs- en/of kennisinstelling;
- zorg/sociale hulpverleningsinstantie(s);
- de GGD:
 - de afdeling(en) die de gegevens leveren;
 - ondersteuning in de vorm van een communicatie medewerker, een informatiespecialist en IT-specialist;

Deze lijst is niet uitputtend; wanneer individuen een bijdrage willen leveren zijn zij meer dan welkom.

7.6 Kosten

In Bijlage F zijn de kosten voor dit project berekend op ongeveer €26.000. Het grootste deel van die kosten (70%) bestaat uit uren van medewerkers. De resterende bedrag bestaat uit uitgaven die worden gemaakt voor aanpassing van de bestaande informatiesystemen en aansluiting op de gemeentelijke IT-infrastructuur.

7.7 Scope

Het bereik van dit project dient klein te zijn. Zo zal er gebruik gemaakt worden van een kleine, duidelijk afgebakende doelgroep in een klein geografisch gebied. Ook beperkt het zich tot enkele gegevensverzamelingen van de GGD.

7.8 Communicatie

Duidelijke communicatie over het project, de verwachtingen, doelen en het mandaat om verandering te realiseren zorgt voor betrokkenheid in de projectorganisatie en draagvlak daarbuiten. Regelmatig overleg met de projectorganisatie is daarbij van groot belang. De belangrijkste doelgroepen, doelen en middelen zijn:

Doelgroep	Doel	Middel
Intern: medewerkers van de GGD en gemeente.	Bekendheid en bewustwording van het project, draagvlak en aanwenden van onbenutte competenties van medewerkers.	Intranet, informatie- en inspiratiesessies.
Extern: inwoners, kennis- en onderwijsinstellingen, gemeenten, GGD'en, bestuurders, marktpartijen.	Kennis delen over ervaringen en stimuleren tot hergebruik van de gegevens.	Persberichten, artikelen in vaktijdschriften en delen van kennis in branche (zie ook §9.2.2).

Tabel 7.1. Communicatiestrategie.

7.9 Early warning-signalen

Early warning-signalen zijn ontwikkelingen die in de gaten gehouden moeten worden. Het zijn ontwikkelingen met een bovengemiddelde impact en zekerheid en zijn in staat om het toekomstbeeld te veranderen.

De twee ontwikkelingen die grote impact hebben en waarvan met behoorlijke zekerheid kan worden gesteld dat zij zullen plaatsvinden, zijn de veranderingen in de samenstelling van de bevolking en de toename van de informele zorg. Beide ontwikkelingen zijn in §6.1 benoemd, maar niet gebruikt voor de scenarioplanning.

Andere ontwikkelingen die niet zijn gebruikt in §6.1 en wel bovengemiddeld vaak worden genoemd in de *mindmap* (Bijlage O.) zijn toenemende kosten van de zorg bij gelijkblijvende kosten voor preventie en nieuwe politieke speerpunten als gevolg van veranderende prioriteiten door de gemeenteraadsverkiezingen van maart 2014.

7.10 Succesfactoren

Dit scenario is succesvol wanneer er is voldaan aan drie criteria. Allereerst moet het project hebben geleid tot samenwerking met partijen uit de burgermaatschappij, markt en onderwijs- of kennisinstellingen. Ten tweede moeten minimaal twee gegevensverzamelingen structureel worden gepubliceerd, waarbij het gehele proces van openbaar maken is ingericht en het beheer daarvan in de organisatie is belegd. Als laatste moet het project een bijdrage hebben geleverd aan een (begin van een) verandering in de organisatiecultuur en -structuur. Er is ruimte gecreëerd voor innovatie en er is een groeiend bewustzijn als het gaat om nieuwe mogelijkheden.

7.11 Risico's

Het uitvoeren van het scenario is niet zonder risico. Met onderstaande factoren moet rekening worden gehouden:

7.11.1 Autonomiekloof

De overheid heeft bepaalde verwachtingen van inwoners: zij moeten zelf autonome, zelfredzame en verantwoordelijke keuzes kunnen maken. Echter, sinds de overheid in de twintigste eeuw steeds meer taken op zich heeft genomen (Rob, 2012), leunen inwoners veelal op de diensten van de overheid. In de realiteit valt de autonomie dan ook tegen. Anderson (Forst & Hartmann, 2009, p433-453) constateert dat de gevolgen van deze autonomiekloof zijn dat individuen suboptimale keuzes maken met negatieve gevolgen voor de samenleving.

7.11.2 Cynisme

Wanneer de lokale overheid aantoont dat er een bepaald probleem is en het oplossen vervolgens overlaat aan de inwoners, kan dit leiden tot cynisme. Men verwacht van het bestuur namelijk verantwoordelijkheid en responsiviteit en niet dat men daarvan wegloopt (Boele, Dekker & Van Houwelingen, 2014, 27 maart). Dit scenario is daarom niet in de plaats van, maar juist aanvullend op de wettelijke taken en lokale dienstverlening.

7.11.3 Privacy

In het vakgebied informatiemanagement wordt privacy gedefinieerd als 'het recht op eerlijke, veilige en betrouwbare informatieverwerking' (NOREA, 2013). Mijn persoonlijke opvatting is dat privacy géén recht of waarde is; het individu heeft de keuze om informatie te delen, dat wat privé is, blijft in de persoon zelf. In de huidige informatiesamenleving is, mijns inziens, een onderzoek naar nieuwe toepassingen van informatie niet compleet zonder te discussiëren over de mogelijke gevolgen voor de privacy van individuen. In het actieplan adviseer ik om bij het opstellen van de eisen en wensen voor ICT ondersteuning van het scenario gebruik te maken van het privacyvierkant (ECP-EPN, 2009) en zorgvuldig de Wet Bescherming Persoonsgegevens (WBP) na te leven.

7.11.4 Introversie

In het project Open data heb ik gemerkt dat het voornemen om gegevens en informatie te delen leidt tot reflexen die initiatieven vertragen of tegenhouden. Op hoofdlijnen kunnen de volgende argumenten worden verwacht:

Reflex	Tegenargument
De gegevens zijn niet actueel, van de juiste kwaliteit of volledig. We willen eerst de gegevens op orde krijgen.	Een 100% betrouwbare gegevensverzameling bestaat niet. Door gegevens te delen en het beheerproces in te richten kan de samenleving zelf bijdragen aan de kwaliteit van die gegevens.
De gegevens worden voor een ander doel gebruikt.	Dat kan en mag. De risico's die ontstaan door hergebruik zijn voor rekening van de partij die de gegevens verwerkt. Dat is vastgelegd in de WBP.
Andere partijen kunnen producten en diensten ontwikkelen die kunnen concurreren met ons producten- en dienstenaanbod.	Dat zou inderdaad kunnen. Wanneer zij geheel of gedeeltelijk hetzelfde doel nastreven (bewaken, beschermen en/of bevorderen van de publieke gezondheid) is hier niets op tegen. De gegevens zijn immers verkregen met openbaar geld.
De politieke wil is er niet.	Politici vrezen dat gegevens kunnen leiden tot sociale onrust. Als dit het geval zou zijn is dat juist, vanuit het oogpunt van de GGD, een positieve ontwikkeling omdat inwoners zich dan bewust zijn en mogelijk actie zullen ondernemen.

Tabel 7.2. Argumenten om informatie niet te delen met de samenleving.

7.11.5 Geen initiatieven

Tonkens (zie §4.5.8.1) waarschuwt al dat de verwachtingen moeten worden getemperd. Inwoners zullen niet direct initiatief nemen zodra de gegevens beschikbaar zijn. Er moet aan verschillende voorwaarden worden voldaan, zoals derde partijen die de gegevens hergebruiken in een toepassing. Door deel te nemen aan samenwerkingsverbanden met marktpartijen, kennisinstituten en onderwijsinstellingen en hierover te communiceren kan het hergebruik worden gestimuleerd.

8. Conclusie

GGD Haaglanden ziet verschillende ontwikkelingen in de samenleving, waarvan men vermoedt dat deze nieuwe kansen kunnen bieden.

De hoofdvraag van dit onderzoek is: *hoe kan de samenleving de publieke gezondheid zo goed mogelijk zelf bewaken, beschermen en bevorderen, ondersteund door middel van informatie van de GGD Haaglanden?*

Uit mijn onderzoek blijkt dat het mogelijk is voor inwoners om zelf bij te dragen aan de publieke gezondheid indien de GGD hun in staat stelt om deze rol te vervullen. De GGD moet de inwoners allereerst faciliteren gegevens beschikbaar te stellen, op basis waarvan inwoners risico's of bedreigingen voor de volksgezondheid kunnen ontdekken, bijvoorbeeld door de gegevens te combineren met andere (openbare) gegevensverzamelingen. Ten tweede dient er op gegevensniveau een relatie te worden gelegd tussen een risico of bedreiging, de bijbehorende symptomen of kenmerken en de tegenmaatregel(en) die de GGD adviseert.

Een belangrijke doelgroep van de GGD zijn de sociaal kwetsbaren, waarvan kan worden geconcludeerd dat zij zelf niet actief zullen bijdragen aan de publieke gezondheid. Door sterke schakels in hun netwerk wel te faciliteren, kunnen zij in een eerder stadium worden geholpen. Op die manier kan worden voorkomen dat ze afglijden naar meervoudige problematiek.

Om de actieve bijdrage te faciliteren zal de bestaande informatievoorziening moeten worden uitgebreid met mogelijkheden om de gegevens automatisch te verwerken. In dit proces worden de gegevens geanonimiseerd en wordt een semantisch verband gelegd tussen risico's, symptomen en advies. Voor het aanbieden van de gegevens kan gebruik worden gemaakt van de open data infrastructuur van de gemeente Den Haag.

Dit onderzoek toont daarmee aan dat de informatievoorziening van de GGD op een strategische manier kan worden ingezet om een bijdrage te leveren aan de wettelijke taken, aanvullend op de bestaande dienstverlening. Voorwaarde is daarbij dat het proces van verwerken en openbaar maken verankerd is in de structuur van de organisatie.

Daarnaast moet de cultuur van de organisatie open staan voor haar nieuwe, faciliterende, rol in netwerken, moet ze bereid zijn om te leren van initiatieven van anderen en zal ze medewerkers de ruimte moeten geven om sociale innovaties te ondersteunen.

Dit onderzoek bevat een implementatieplan dat handvatten biedt om de kansen te benutten door informatie en de informatievoorziening op een strategische manier in te zetten voor de publieke gezondheid.

9. Afsluiting

In dit hoofdstuk wordt teruggeblikt op de resultaten en wordt suggesties voor vervolgacties gegeven.

9.1 Resultaten

De effecten van mijn onderzoeksproject zijn voornamelijk gericht op de lange termijn en deze gevolgen zijn dan ook (nog) niet merkbaar. Ik ben van mening dat ik antwoord heb kunnen geven op de hoofdvraag en - op één na - de doelen van mijn onderzoek heb gerealiseerd. Het ene doel dat ik niet heb behaald kan ik beargumenteren. In onderstaande paragrafen wordt toegelicht waarom ik denk de doelen wel of niet gerealiseerd te hebben.

Doel	Gerealiseerd
Geeft antwoord op de hoofdvraag	✓
Relevante scenario's	✗
Realistische scenario's	✓
Ondersteunt doelen van de GGD	✓
Geeft visie op ondersteuning van informatie en ICT door de overheid	✓
Is generaliseerbaar voor GGD'en	✓
Is generaliseerbaar voor gemeenten	✓
Leidt tot discussie	✓
Leidt tot een pilot	✓

Tabel 9.8. Welke doelen van mijn onderzoeksproject zijn gerealiseerd.

9.1.1 Antwoord op de hoofdvraag

Ja, naar mijn mening geeft mijn onderzoek een antwoord op de hoofdvraag. Het geeft geen klant en klare handleiding hoe het vervolgens te implementeren. Dat was ook niet het doel en daarvoor is nog meer onderzoek nodig.

Op een enkele na hebben de deelvragen een uitgebreid antwoord gegeven op de onderdelen, waardoor het totale antwoord op de hoofdvraag stevig onderbouwd is.

De deelvraag die inzicht heeft gegeven in de ontwikkelingen in de publieke gezondheid heeft van alle vragen de minste bijdrage geleverd aan het antwoord op de hoofdvraag. Het heeft wel bevestigd wat al was gevonden en heeft deels bijgedragen aan de invulling van de scenario's, maar het heeft geen nieuwe informatie opgeleverd in vergelijking met de andere deelvragen.

De scenario's zijn wel toepasbaar voor de GGD, maar realistisch zijn ze zeker niet. Bij een onderzoek dat moet leiden tot manieren om voorbereid te zijn op de toekomst zal ik niet

meer het criterium realistisch hanteren. Dat zijn toekomstscenario's per definitie niet. Ook in mijn geval heb ik, in overleg met mijn opdrachtgever, begeleider en lector, gekozen voor scenario's die meer neigen naar utopische toekomstsituaties. Dat het onwaarschijnlijk is dat deze realiteit zullen worden is niet interessant, dat ze alle mogelijkheden laten zien en daarmee leiden tot discussie is des te interessanter.

Mijn onderzoek heeft in duidelijke voorwaarden beschreven wat er in de toekomstige situatie op hoofdlijnen verwacht wordt van de ondersteuning door een overheid. Dit beperkt zich tot nu toe tot het operationeel ondersteunen van de informatievoorziening in de samenleving. Vervolgonderzoeken zouden zich kunnen richten op de tactische en strategische aspecten van de processen in de samenleving en de informatievoorziening, techniek en het beheer daarvan.

In het onderzoek is rekening gehouden met en gebruik gemaakt van de situaties bij de gemeente Den Haag en GGD Haaglanden. Door een bepaald abstractieniveau te hanteren heb ik gestreefd naar herkenbaarheid voor mijn opdrachtgever en begeleider, waarbij ik bewust rekening heb gehouden met mogelijke toepasbaarheid door andere GGD'en en gemeenten. Op basis van gesprekken met collega's van andere GGD'en verwacht ik dat het voor organisaties in de publieke gezondheid zeker toepasbaar is.

9.1.2 Discussie

Het eerste doel was dat dit onderzoek moest leiden tot discussie op management- en directieniveau. In mijn optiek heb ik dat gerealiseerd: vanuit de gemeente en GGD Haaglanden komen verschillende signalen waaruit ik opmaak dat er op meerdere niveaus discussie wordt gevoerd:

- Allereerst heb ik op 3 juni 2014 mijn onderzoek en conclusies toegelicht aan de tweehoofdige directie van de GGD. Zij waren positief verrast door mijn onderzoek. Ze realiseren zich dat er ontwikkelingen zijn die nieuwe kansen bieden en dat de organisatie hierop zou kunnen inspelen. Ze geven aan dat mijn onderzoek concrete handvatten geeft om invulling te geven om de kansen te benutten. Op mijn voorstel om het management team te informeren en met hen de discussie te voeren reageerden ze afwijzend. Ze stelden voor om het onderwerp het thema te laten zijn tijdens de jaarlijkse dag voor leidinggevendenden, waarbij de directie, management en alle leidinggevendenden aanwezig zijn. Aanvullend stelden ze ook voor de CIO uit te nodigen en de Delftse wethouder Raimond de Prez heeft, na contact met een van de directeuren, zelf aangegeven zeer bereid te zijn om hieraan deel te nemen. Op 27 juni zal een afspraak plaatsvinden om dit met de verschillende belanghebbenden voor te bereiden;
- Op initiatief van een afdelingsmanager van de GGD vindt er een gesprek plaats met de directie van de dienst OCW, de directie van de GGD, de Haagse CIO, enkele experts, de afdelingsmanager en mijzelf. Aanleidingen zijn enerzijds de wens van Den Haag om een Smart City te zijn en hun zoektocht daarin naar partijen in de zorgsector. Anderzijds zorgt mijn onderzoek voor bewustwording van de kansen en zijn meer managers geïnteresseerd in de mogelijkheden en risico's;
- Beleidsmakers in het project Drie Decentralisaties, dat de gemeente in de breedste zin van het woord moet voorbereiden op de nieuwe taken in het sociale domein, zijn benieuwd naar welke kansen het biedt voor nieuwe manieren van dienstverlening door de gemeente. Na mijn afstudeeronderzoek zal ik met hen in gesprek gaan;

- In gesprekken met collega's wordt ik steeds vaker aangesproken op mijn onderzoek. Meer en meer mensen raken geïnteresseerd door het onderwerp. Anderen geloven er niet in en wensen me veel succes.

Ook buiten GGD Haaglanden is interesse in de resultaten van het onderzoek:

- Met het eSociety Instituut zijn concrete afspraken gemaakt om na afronding van dit onderzoeksproject een artikel te publiceren in een of meerdere tijdschriften;
- Datzelfde lectoraat is voornemens om een deel van de voorgestelde acties uit hoofdstuk 7 in blok 1 of 2 van jaar 2014-2015 als opdracht te formuleren aan studenten van De Haagse Hogeschool;
- Vanaf vrijdag 13 juni neem ik deel aan het initiatief 'pinkvalley' van PinkRoccade Local Government, waarbij professionals worden uitgedaagd om na te denken over het vernieuwen van dienstverlening van gemeenten en zorginstellingen. De winnaar maakt kans op de realisatie van zijn idee;
- Ik ben uitgenodigd om op 23 juni 2014 een presentatie te geven over mijn bevindingen in een strategisch samenwerkingsverband van managers van verschillende GGD'en in de Randstad;
- Op landelijk niveau is er een initiatief om, mede op basis van mijn bevindingen, een meerjarig programma te starten in samenwerking met universiteiten. Doel hiervan is om een standaard datamodel te ontwikkelen om zo standaardisatie te bereiken en gegevens makkelijker en uniformer beschikbaar te stellen aan de samenleving;
- Ik heb ook contact gelegd met mijn netwerk dat ik heb opgebouwd gedurende mijn werkzaamheden voor het project open data. Bij het landelijk 'leer- en expertisepunt voor Open Overheid' is men geïnteresseerd in mijn bevindingen en gaan we in gesprek over het uitdragen daarvan tijdens een landelijk congres of expertbijeenkomst;
- Tijdens de netwerkbijeenkomst van informatiespecialisten van GGD'en op 17 september 2014 in Goes krijg ik de kans om een pitch te houden om collega's uit het land te informeren over wat ik heb onderzocht en geconcludeerd;
- Als laatste zal mijn onderzoek - vanzelfsprekend - worden gepubliceerd op de HBO kennisbank.

9.1.3 Pilot

Het tweede doel van mijn onderzoek is dat het moet leiden tot een scenario dat zou kunnen worden uitgevoerd in de vorm van een pilot. Hoofdstuk 7 bevat een opzet voor een plan van aanpak daarvoor. Van de voorgestelde deelnemers van de pilot (§7.5) hebben de gemeente, GGD en het lectoraat van De Haagse Hogeschool reeds informeel aangegeven bereid te zijn om actief deel te nemen aan dit initiatief.

9.2 Vervolg

Alhoewel mijn afstudeerproject hier eindigt, streef ik ernaar om te voorkomen dat mijn bevindingen in de spreekwoordelijke la verdwijnen. Mijn persoonlijke vervolgacties voor de korte termijn zijn opgesomd in §9.2.2.

Mijn advies aan de gemeente en GGD is tweeledig. Allereerst wil ik adviseren om het actieplan (hoofdstuk 7) uit te werken en ten uitvoer te brengen. Ik ben overtuigd van de waarde van gegevens en de kracht van informatie en zou het een gemiste kans vinden wanneer hier geen gevolg aan wordt gegeven.

Ten tweede adviseer ik om te onderzoeken wat het betekent voor de informatievoorziening wanneer gegevens standaard worden gedeeld met de samenleving. De inrichting van de informatievoorziening van GGD Haaglanden is nu gebaseerd op het 9-vlakmodel van Maes. Moet dat model worden uitgebreid met een kolom voor de nieuwe doelgroep omdat er op operationeel, tactisch en strategisch niveau moet worden besloten over hoe de informatievoorziening wordt vormgegeven? Of ontstaat er een compleet nieuwe laag, omdat de processen in de samenleving ondersteund moeten worden met een totaal eigen informatievoorziening?

Literatuur

- Adviesraad voor het Wetenschaps- en Technologiebeleid (2014). *De kracht van sociale innovatie*. Den Haag: Adviesraad voor het Wetenschaps- en Technologiebeleid.
- Forst, R. & Hartmann, M. (red.) (2009). *Sozialphilosophie und Kritik*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Blond, P. (2010). *Red Tory: How Left and Right Have Broken Britain and How We Can Fix it*. London: Faber & Faber.
- Boele, A., Dekker, P. & Van Houwelingen, P. (2014, 27 maart). *Participatiesamenleving bedreiging voor democratie*. Reformatorisch Dagblad.
- Buijs, G., Dekker, P. & Hooghe, M. (red.) (2009). *Civil Society: Tussen oud en nieuw*. Amsterdam: Aksant.
- Caluwé, L. de. & Vermaak, H. (2006). *Leren veranderen: een handboek voor de veranderkundige*. Alphen aan den Rijn: Vakmedianet
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2011). *Monitor Duurzaam Nederland: 2011*. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Crone, E.A. & Dahl, R.E (2012). Understanding adolescence as a period of social-affective engagement and goal flexibility. *Nat Rev Neuroscience*, volume 13, p636-650.
- Directeuren Publieke Gezondheid (2012). *Publieke Gezondheid en Veiligheid verbonden*. Utrecht: GGD Nederland & GHOR Nederland.
- ECP-EPN (2009). Privacy communicatie model. Den Haag: Ministerie van Economische Zaken.
- Ezerman, G.C. (1986). *Zeven strategieën om leiding te geven aan veranderingen*, in: Vrakking, W.J. (red.). *Management van organisatievernieuwing*, Koninklijke Vermande bv, Lelystad.
- Gartner (2014). *The Top 10 Strategic Technology Trends for 2014*. Stamford: Gartner.
- Gemeente Den Haag (2011a). *Deelname Stichting Stedenlink*. Den Haag: Gemeente Den Haag.
- Gemeente Den Haag (2010a). *Gezondheidsmonitor 2010*. Den Haag: Gemeente Den Haag.
- Gemeente Den Haag (2013). *ICT voor de stad*. Verkregen op 1 mei 2014 van denhaag.nl.
- Gemeente Den Haag (2010b). *Strategienota Dienst Onderwijs, cultuur & welzijn. Goed op weg: van 2010 tot 2014*. Den Haag: Gemeente Den Haag.
- Gemeente Den Haag (2011b). *Handboek ICT-standaarden*. Den Haag: Gemeente Den Haag.
- Gemeente Den Haag (2012a). *Nota Volksgezondheid 2012-2014: Gezond aan de slag*. Den Haag: Gemeente Den Haag.
- Gemeente Den Haag (2012b). *Inspraak- en participatieverordening gemeente Den Haag*. Den Haag: Gemeente Den Haag.
- GGD Zuid-Holland West (2011). *Gezondheid op peil in Zuid-Holland West: Regionale Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010*. Zoetermeer: GGD Zuid-Holland West.
- Gladwell, M. (2000). *The Tipping Point: How Little Things Can Make a Big Difference*. Little, Brown and Company: New York City.
- Glaser, B.G. & Strauss, A.L. (1967). *Discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine.

Handy, C. (1978). *Gods of management, the changing world of organizations*. London: Souvernir Press.

Harrison, R. (1972). Understanding our organisation's character. *Harvard Business Preview*, 119-128.

Hofstede, G. (1991). *Cultures and Organizations: Software for the Mind*. Berkshire: McGraw-Hill.

Hooijmans, S. (2012). *De participatiesamenleving een utopie?* Utrecht: Universiteit Utrecht.

Houten, M van, Winsemius, A. (red.) (2010). *Participatie ontward*. Utrecht: MOVISIE.

Huber, M. et al (2011). *How should we define health?* BMJ 2011; 343: d4163. London: BMJ.

Jambroes, M. et al. (2014). De Nederlandse publieke gezondheidszorg: 10 kerntaken en een nieuwe definitie. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 158 (2), p82-87.

Kabinet (2010). *Regeerakkoord 'Bruggen slaan'*. Den Haag: Rijksoverheid.

Kwaliteitsinstituut Nederlandse Gemeenten (2013). *Handreiking dataclassificatie*. Den Haag: Kwaliteitsinstituut Nederlandse Gemeenten.

Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa: Government of Canada.

Lathrop, D. & Ruma, L. (2010). *Open Government: Collaboration, Transparency, and Participation in Practice*. Sebastopol: O'Reilly.

Mackenbach, J.P., Stronks, K. (red.) (2012). *Volksgezondheid en gezondheidszorg*. Amsterdam: Elsevier.

Mackenbach, J.P. (2010). *Ziekte in Nederland: Gezondheid tussen politiek en biologie*. Amsterdam: Mouria/Elsevier.

Maes, R. (2003). *Informatiemanagement in kaart gebracht*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.

Mayer-Schönberger, V. & Lazer, D. (2007). *From electronic government to information government* in V. Mayer-Schönberger and D. Lazer (red.) *Governance and information technology: from electronic government to information government*, Massachusetts: mit Press.

McKinsey & Company (2013). *Disruptive technologies: Advances that will transform life, business, and the global economy*. New York: McKinsey & Company.

Minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties. (2013). *Kamerbrief met kabinetsstandpunt over Doe-democratie*. Den Haag: ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties.

Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (z.d.). *Van burgerparticipatie naar overheidsparticipatie*. Verkregen op 28 maart 2014 van rijksoverheid.nl.

Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (2008). Wet Publieke Gezondheid, Hoofdstuk I, Art. 1, lid c. Verkregen op 01-03-2014 van wetten.overheid.nl.

Ministerie van Economische Zaken (z.d.). Doorbraakprojecten met ICT. Verkregen op 2 mei 2014 van rijksoverheid.nl.

MIT (2013). *2013 Emerging Trends Report*. Cambridge/San Francisco: Massachusetts Institute of Technology.

NOREA (2013). *Privacy Impact Assessment (PIA): Introductie, handreiking en vragenlijst*. Amsterdam: NOREA.

Onna, M. van & Koning, A. (2010). *De kleine Prince 2: gids voor projectmanagement*. Den Haag: Academic Service.

Osterwalder, et al. (2010). *Business Model Generation*. Zelf gepubliceerd.

Pols, R. van der (2003). Nieuwe informatievoorziening: Informatieplanning en ICT in de 21e eeuw. Den Haag: Sdu.

Pols, R. van der & Donatz, R. (2011). *BiSL - Een Framework voor Functioneel Beheer en Informatiemanagement*. Zaltbommel: Van Haren Publishing.

Planbureau voor de Leefomgeving (2013). *Demografische ontwikkelingen 2010-2040: Ruimtelijke effecten en regionale diversiteit*. Den Haag: Planbureau voor de Leefomgeving.

Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1985). Stages and Processes of Self-change of Smoking; Towards an Integrative Model of Change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, p390-395.

Publieke Gezondheid Referentie Architectuur (2013). *PURA, versie 1.0*. Zelf gepubliceerd.

Raessens, B. (2011). *Toekomstonderzoek: Van trends naar innovatie*. Den Haag: Boom Lemma.

Regenmortel, T. van (2002). *Een krachtgerichte psychologische kijk op armoede: Empowerment en Maatzorg*. Leuven/Leusden: Acco.

Regenmortel, T. van (2008). *Zwanger van empowerment: Een uitdagend kader voor sociale inclusie en moderne zorg*. Eindhoven: Fontys Hogeschool.

RIVM (2014a). *Preventie*. Verkregen op 7 mei 2014 op nationaalkompas.nl.

RIVM (2014b). *Universele en selectieve preventie*. Verkregen op 7 mei 2014 op loketgezondleven.nl.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2006). *Informele zorg: Het aandeel van mantelzorgers en vrijwilligers in de langdurige zorg*. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.

Raad voor het openbaar bestuur (2012). *Loslaten in vertrouwen: naar een nieuwe verhouding tussen overheid, markt én samenleving*. Den Haag: Raad voor het openbaar bestuur.

Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (2014). *De verleiding weerstaan: Grenzen aan beïnvloeding van gedrag door de overheid*. Den Haag: Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling.

Reverda, N. (2005). *De staat, de markt en burgermaatschappij: een korte inleiding*. Maastricht: Hogeschool Zuyd/CESRT.

Rijksoverheid (z.d. a). *Taken van een gemeente*. Verkregen op 30 april 2014 van rijksoverheid.nl.

Rijksoverheid (z.d. b). *Decentralisatie van overheidstaken naar gemeenten*. Verkregen op 30 april 2014 van rijksoverheid.nl.

Schalock, R. L., & Verdugo, M. A. (2002). *Handbook on quality of life for human service practitioners*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.

Sociaal Cultureel Planbureau (2011). *Actuele maatschappelijke ontwikkelingen 2010*. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.

Sociaal Cultureel Planbureau (2014). *Burgermacht op eigen kracht? Een brede verkenning van ontwikkelingen in burgerparticipatie*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Sociaal Cultureel Planbureau (2013). *De sociale staat van Nederland 2013*. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.

Sociaal Cultureel Planbureau (2012). *Een beroep op de burger: Minder verzorgingsstaat, meer eigen verantwoordelijkheid?* Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.

Tonkens, M. (2014). *Vijf misvattingen over de participatiesamenleving*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.

Treacy, M. & Wiersema, F. (1993). *Discipline of the Market Makers*. Boston: Addison-Wesley.

Vasterman, J. (2014). *Een burger in de goede richting duwen. Mag dat?* Amsterdam: NRC.

- Veenman, J. (2002). Drijvende krachten van een veranderende samenleving. In J. Veenman (Ed.), *De toekomst in meervoud. Perspectief op multicultureel Nederland* (pp. 11-39). Assen: Van Gorcum.
- Verdonschot, M. & Kröber, H. (2011). *De professional nieuwe stijl werkt aan participatie en inclusie*. Utrecht: Vilans.
- Verhoeven, N. (2010). *Wat is onderzoek*. Den Haag: Boom Lemma.
- Volberda, H.W., Van den Bosch, A.J. & Heij, K. (2012). *Erasmus Innovatiemonitor Zorg 2012*. Utrecht/Rotterdam: INSCOPE/Rotterdam School of Management.
- Walraven, M. & Appelhof, P. (2002). *Sociale competentie ter bevordering van sociale participatie*. Utrecht: Oberon.
- Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (2011). *iOverheid*. Den Haag/ Amsterdam: WRR/Amsterdam University Press.
- Winslow, C.E.A. (1920). *The Untitled Fields of Public Health*. New Haven: Yale School of Public Health.
- Wolf, J. (2006). *Maat en baat van de vrouwenopvang: Onderzoek naar vraag en aanbod*. Amsterdam: SWP.
- World Bank (z.d.). *What is Empowerment?* Verkregen op 24 maart 2014 van worldbank.org.
- World Health Organization (1984). Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.
- Zijderveld, A.C. (1999). *The Waning of the Welfare State: The End of Comprehensive State Succor*. New Brunswick: Transaction Publishers.

Woordenlijst

In onderstaande tabel wordt de stipulatieve betekenis van termen die worden gebruikt in mijn afstudeerdossier gedefinieerd.

Term	Toelichting
Bedrijfsfunctie	Taakgebied waaraan een organisatie structureel aandacht wil besteden (energie in wil stoppen, structureel middelen voor wil inzetten) om zijn organisatiedoelen te realiseren. Een bedrijfsfunctie geeft een groepering van het interne gedrag van de organisatie op basis van een bepaald criterium, bijvoorbeeld plaats (dezelfde afdeling), communicatie, benodigde competenties, gedeelde bronnen of gedeelde kennis.
Curatieve gezondheidszorg	Het beter worden; zieke patiënten behandelen.
Informatievoorziening	Het geheel van mensen, middelen en maatregelen, gericht op de informatiebehoefte van die organisatie.
Linked open data	Een methode voor het publiceren van gestructureerde open data, zodanig dat deze vrij beschikbaar komen op het internet en daardoor ook beter bruikbaar zijn.
Open data	Hergebruik van overheidsinformatie ziet op het gebruik van openbare overheidsinformatie met een ander doel dan waar zij voor is verzameld. Uitgangspunt bij hergebruik is dat de informatie in de vorm zoals deze is verzameld voor de uitvoering van de publieke taak ook op die manier wordt verstrekt, tegen maximaal marginale verstrekingskosten. Het gaat hier zowel om onbewerkte informatie als om informatie waarvan de bewerking noodzakelijk is voor de uitvoering van de publieke taak.
Opgeschaalde situatie	Wanneer zich een (grootschalig) ongeval of ramp heeft voorgedaan en de GGD de wettelijke taak van crisisbeheersing heeft.
Preventie	Preventie is het 'voorkómen van ziekte en het beschermen en bevorderen van de gezondheid' (RIVM, 2014a). Het kan worden onderscheiden in (RIVM, 2014b) universele (collectieve) preventie (gericht is op de gehele bevolking) en selectieve preventie (gericht is op specifieke (risico)groepen).
Regio Haaglanden	De gemeenten Den Haag, Delft, Leidschendam-Voorburg, Midden-Delfland, Pijnacker-Nootdorp, Rijswijk, Wassenaar, Westland en Zoetermeer
Regionalisering	Het samenvoegen van GGD Zuid-Holland West en GGD Den Haag tot GGD Haaglanden.
Semantiek	Een methodiek om een ontologie aan te brengen in gegevens, waardoor gegevens betekenis krijgen en er verbanden tussen gegevens kunnen worden gelegd.
Sociale domein	Diensten die de gemeente aanbiedt die gericht zijn op het sociale aspect van de inwoners; de wijze waarop zij in staat zijn om deel te nemen aan de samenleving. Het is gericht op zorg, welzijn, arbeid, onderwijs, gezondheidszorg en vrijetijdsbesteding.
Surveillance	Het doorlopend verzamelen, analyseren en toepassen van epidemiologische gegevens over infectieziekten.
Trend	Van Dale: 'nieuwe mode, heersende toon', sociologische en culturele ontwikkelingen.
Webservices	Een applicatiecomponent die toegankelijk is via standaard webprotocollen waarbij zonder menselijke tussenkomst een dienst op kan worden gevraagd aan een server, zoals het leveren van bepaalde gegevens.
Zelfredzaamheid	Het stimuleren en faciliteren van de eigen kracht van een individu.

Tabellen en figuren

Hoofdstuk	Type	#	Titel
1	Tabel	1.1	Competenties en waar deze in dit document worden aangetoond.
2	Figuur	2.1	Oorzaak gevolg diagram.
2	Tabel	2.1	Uiteenzetting van het probleem.
3	Figuur	3.1	Verantwoordelijkheden voor gezondheid.
3	Tabel	3.1	Technieken en de toepassingsgebieden.
3	Tabel	3.2	Projectorganisatie.
3	Tabel	3.3	Belang, invloed en houding van gerelateerde projecten t.o.v. dit afstudeerproject
3	Tabel	3.4	Projectrisico's.
3	Tabel	3.5	Communicatie naar belanghebbenden.
3	Tabel	3.6	Planning.
4	Tabel	4.1	Deelvragen, methoden en producten en competenties.
4	Figuur	4.1	Conceptuele 'Democratische driehoek'.
4	Figuur	4.2	Model van Lalonde.
4	Tabel	4.2	Definities bewaken, beschermen en bevorderen.
4	Figuur	4.3	OGGZ-ladder.
4	Tabel	4.3	OGGZ-ladder.
6	Tabel	6.1	Toelichting, impact en onzekerheid van ontwikkelingen.
6	Figuur	6.1	Impact en onzekerheid van ontwikkelingen.
6	Figuur	6.2	Scenario's op basis van dienstverlening door de overheid in relatie tot hyper-connectiviteit.
6	Tabel	6.2	Beoordeling van de scenario's
7	Tabel	7.1	Communicatiestrategie
7	Tabel	7.2	Argumenten om informatie niet te delen met de samenleving.
9	Tabel	9.1	Evaluatie van de competentie 'Modelleren bedrijfsstrategie'.
9	Tabel	9.2	Evaluatie van de competentie 'Onderzoeken trends in IT'.
9	Tabel	9.3	Evaluatie van de competentie 'Formuleren veranderingsalternatief'.
9	Tabel	9.4	Evaluatie van de competentie 'Formuleren veranderingsvoorstel'.

9	Tabel	9.5	Evaluatie van de competentie 'Initiëren project'.
9	Tabel	9.6	Evaluatie van de competentie 'Monitoren en sturen project'.
9	Tabel	9.7	Evaluatie van de competentie 'Afsluiten project'.
9	Tabel	9.8	Welke doelen van mijn onderzoeksproject zijn gerealiseerd.

Bijlagen

Bijlage	Titel
A	Adviesrapport
B	Vereisten De Haagse Hogeschool
C	Organogrammen
D	Product & work breakdown structure
E	Interviewstrategie en gespreksverslagen
F	Kosten
G	Big6 strategieën
H	Incidentenlogboek
I	Risicologboek
J	Kwaliteitsregister
K	Gerelateerde projecten
L	Highlight reports
M	Planning
N	Business Process Diagrammen
O	Diensten, bedrijfsfuncties en gegevensverzamelingen
P	Contextdiagram PURA
Q	Mindmap