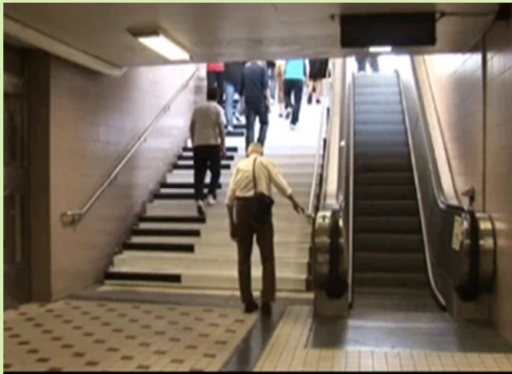


DE EFFECTIVITEIT VAN HET OVERHEIDSBELEID OP HET GEBIED VAN PUBLIEKE GEZONDHEID

MET NAME OP HET GEBIED VAN
OVERGEWICHT, VOEDING EN BEWEGEN



SJAAK DE GOUW

Colofon

Titel: Effectiviteit van overheidsbeleid op het gebied van publieke gezondheid
Subtitel: Met name op het gebied van overgewicht, voeding en bewegen

Auteur: Sjaak de Gouw
Drukker: Proefschriftmaken.nl / Printyourthesis.com

ISBN: 978 – 90 – 9026503 - 2

Bestelwijze:

Deze publicatie kan worden besteld bij de GGD Hollands Midden
Postbus 121, 2300 AC LEIDEN
Telefoon: (071) 516 33 03
Email: infoleiden@ggdhm.nl

Uit deze publicatie kan geciteerd worden met bronvermelding.

DE EFFECTIVITEIT VAN HET OVERHEIDSBELEID OP HET GEBIED VAN PUBLIEKE GEZONDHEID

**MET NAME OP HET GEBIED VAN
OVERGEWICHT, VOEDING EN BEWEGEN**

PROEFSCHRIFT

ter verkrijging van de graad van doctor
aan de Universiteit Twente,
op gezag van de Rector Magnificus,
Prof. dr. H. Brinksma,
volgens het besluit van het College voor Promoties,
in het openbaar te verdedigen
op donderdag 19 januari 2012 om 12.45 uur

door

Jacobus Marinus Maria de Gouw
geboren 3 augustus 1957 te Waalwijk

Promotores

Prof. dr. Ir. T. de Vries

Prof. dr. E. Seydel

Promotiecommissie

Prof. dr. B.J.C. Middelkoop (Leids Universitair Medisch Centrum)

Prof. dr. J.A.M. van Oers (Universiteit Tilburg)

Prof. dr. D. Ruwaard (Universiteit Maastricht)

Prof. dr. J. van der Velden (UMC Radboud, Nijmegen)

Prof. dr. P. Vierhout (Universiteit Twente)

Dr. Ir. B.P. Veldkamp (Universiteit Twente)

Dit proefschrift is mede mogelijk gemaakt door de GGD Hollands Midden.



Inhoud

Afkortingenlijst	9
1. INLEIDING.....	13
1.1. Ouverture	13
1.2. Keuze voor het onderwerp ‘overgewicht, bewegen en voeding’	14
1.3. Relevante begrippen.....	15
1.4. Effectiviteit van beleid	17
1.5. Trends op het gebied van overgewicht en obesitas	19
1.5.1. Overgewicht in cijfers.....	19
1.5.2. Oorzaken: voeding en beweging	22
1.5.3. Gevolgen.....	24
1.5.4. Beschouwing van de trends en de achterliggende oorzaken.....	25
1.5.5. Trends in internationaal perspectief	26
1.6. Probleem- en vraagstelling van het onderzoek	29
1.7. Opzet van het onderzoek.....	30
1.8. Aanpak.....	30
2. BEST PRACTICES IN BINNEN- EN BUITENLAND	33
2.1. Inleiding.....	33
2.2. Finland	33
2.2.1. Methode van onderzoek	33
2.2.2. De ontwikkeling van gezondheid en determinanten	34
2.2.3. Het begin: North Karelia	38
2.2.4. Kernpunten van het beleid op het gebied van publieke gezondheid... ..	41
2.2.5. Korte beschouwing	44
2.3. Epode – Frankrijk.....	44
2.3.1. Inleiding.....	44
2.3.2. De start: FLVS (Fleurbaix Laventie Ville Santé Study).....	44
2.3.3. De ontwikkeling van Epode – methodologie.....	46
2.3.4. Uitrol van de methode in Frankrijk en andere landen.....	49
2.3.5. Het Epode European Network (EEN)	50
2.3.6. Korte beschouwing	51
2.4. Hartslag – Limburg	52
2.4.1. Inleiding.....	52
2.4.2. Uitgangspunten en werkwijze	52
2.4.3. Resultaten.....	53
2.4.4. Beschouwing en conclusies.....	55
2.5. Overvecht - Utrecht.....	55
2.5.1. Inleiding.....	55
2.5.2. Uitgangspunten en werkwijze	56
2.5.3. Resultaten.....	57
2.5.4. Beschouwing en conclusies.....	58
2.6. Laarbeek	58
2.6.1. Inleiding.....	58
2.6.2. Uitgangspunten en werkwijze	58

2.6.3.	Resultaten en vervolg	59
2.6.4.	Beschouwing en conclusies.....	60
2.7.	Overall conclusie	60
3.	VOORWAARDEN VOOR EFFECTIEF BELEID	61
3.1.	Inleiding.....	61
3.1.1.	Beïnvloeding gedrag essentieel voor effectief beleid	61
3.1.2.	Reeds beschikbare kennis.....	62
3.1.3.	Ordering van dit hoofdstuk.....	63
3.2.	Kennis en competenties met betrekking tot beleidsinhoud	64
3.2.1.	Verandering van gedrag staat centraal	64
3.2.2.	Externe factoren.....	67
3.2.3.	Attitude, sociale invloeden, persoonlijke norm en ervaren controle	69
3.2.4.	Intentie, motivatie tot het gezonde gedrag	71
3.2.5.	Complementaire 'theorie'	73
3.2.6.	Samenvatting inhoud publiek gezondheidsbeleid	75
3.3.	Kennis en competenties met betrekking tot het beleidsproces	76
3.3.1.	Het domein publieke gezondheid; kenmerken en aanpak	76
3.3.2.	Beleid en beleidsstrategie.....	77
3.3.3.	Facetbeleid en integraal gezondheidsbeleid / health in all policies.....	81
3.3.4.	Public-private-partnership.....	81
3.3.5.	Samenwerken, lobbyen en onderhandelen	82
3.3.6.	Urgentiebesef, beschikbare oplossingen en een tijd die rijp is.....	84
3.3.7.	De meerwaarde van beleidsentrepreneurs en boundary-spanners	85
3.4.	Randvoorwaarden en kaders.....	86
3.5.	Kennisoverdracht.....	87
3.6.	Epiloog	88
4.	LANDELIJK BELEID PUBLIEKE GEZONDHEID.....	89
4.1.	Inleiding.....	89
4.2.	Overheidsbeleid op het gebied van overgewicht.....	91
4.2.1.	Ordering van deze paragraaf	91
4.2.2.	Nota volksgezondheid	92
4.2.3.	Systeem ter bevordering van collectieve preventie op lokaal niveau..	93
4.2.4.	Preventiebeleid, met name op het terrein van overgewicht	107
4.2.5.	Sport- en voedingsbeleid	119
4.3.	Beschouwing en conclusies.....	121
4.3.1.	Beleidsproces en beleidscyclus.....	121
4.3.2.	Juridische beleidsinstrumenten	125
4.3.3.	Economische beleidsinstrumenten.....	125
4.3.4.	Communicatieve beleidsinstrumenten.....	126
4.3.5.	Overheidsvoorzieningen	126
4.3.6.	'Niets doen' als beleidsinstrument	127
4.3.7.	Facetbeleid en integraal beleid.....	127
4.3.8.	Is het landelijk overheidsbeleid effectief?	128

5.	LOKAAL GEZONDHEIDSBELEID; BEELD UIT DE NOTA'S	129
5.1.	Inleiding.....	129
5.2.	Inventarisaties door GGD Nederland en SGBO	130
5.3.	Beeld uit de nota's	131
5.3.1.	Achtergrondkenmerken van de nota's	131
5.3.2.	Analysemodel	133
5.3.3.	Resultaten	135
5.4.	Beschouwing en conclusies.....	138
6.	LOKAAL GEZONDHEIDSBELEID; BEELD UIT FOCUSGROEPEN.....	139
6.1.	Inleiding.....	139
6.2.	Beeld uit de focusgroepen	140
6.3.	Beschouwing en conclusies.....	148
7.	CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN.....	149
7.1.	Inleiding.....	149
7.2.	Is effectief beleid op het gebied van publieke gezondheid mogelijk?	149
7.3.	Aan welke voorwaarden moet worden voldaan?.....	150
7.4.	In hoeverre is het beleid effectief?.....	151
7.5.	Wat zijn belemmeringen voor het realiseren van die voorwaarden?.....	152
7.6.	Op welke wijze kunnen deze belemmeringen worden verminderd?	153
	Literatuur.....	157
	Bijlage 1. Finland	173
	Bijlage 2. Overzicht relevante dissertaties.....	175
	Bijlage 3. Modellen gedragsdeterminanten.	189
	Bijlage 4. Overzicht kabinetten	193
	Bijlage 5. Documenten analyse landelijk overheidsbeleid.....	195
	Bijlage 6. Screeningslijst nota's lokaal gezondheidsbeleid	199
	Bijlage 7. Gespreksdocumenten focusgroepen.....	203
	Samenvatting.....	209
	Summary (in English)	215
	Dankwoord.....	221
	Over de auteur.....	223

De stellingen zijn achter het proefschrift gevoegd

Afkortingenlijst

Afkorting Betekenis

Aids	Acquired Immuno Deficiency Syndrome
AmvB	Algemene Maatregel van Bestuur
Angelo	Analysis Grid for Environments Linked to Obesity
API	Alcohol Prevention Index
ASE	Attitude, Sociale Invloeden, Eigen effectiviteit
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
AWP	Academische Werkplaats Publieke Gezondheid
B&W	Burgemeester en Wethouders
BIG	Beroepen Individuele Gezondheidszorg
BiZa	Ministerie van Binnenlandse Zaken
BMI	Body Mass Index
BOS	Buurt, Onderwijs, Sport
BTW	Belasting Toegevoegde Waarde
CBO	Centraal Begeleidingsorgaan / kwaliteitsinstituut in de zorg
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CGL	Centrum Gezond Leven
CIAO	Consortium Integrale Aanpak Overgewicht
CO2	Kooldioxide
CVA	Cerebrovasculaire aandoening (of cerebrovasculair accident)
CVZ	College voor Zorgverzekeringen
DALY's	Disability Adjusted Live Years
DBS	Determinantenbeleidsscreening
DG	Directoraat Generaal
EAHC	Executive Committee for Health and Consumers
EEG	Europese Economische Gemeenschap
EEN	Epode European Network
EG	Europese Gemeenschap
EPODE	Ensemble Prévenons 'l'Obésité des Enfants
EU	Europese Unie
FLVS	Fleurbaix Laventie Ville Santé Study
G30	Samenwerkingsverband van 30 grootste gemeenten
GBI	Gezondheidsbevorderend Instituut
GES	Gezondheidseffectschatting

GG&GD	Gemeentelijke Geneeskundige & Gezondheidsdienst
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
GHI	Geneeskundige Hoofdinspectie
GO	Gezond Gewicht Overvecht
GVO	Gezondheidsvoorlichting en - opvoeding
HDL	High Density Lipids
HIA	Health Impact Assessment
HiAP	Health in All Policies
HKZ	Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling Zorgsector
HOPE	Health, Opportunity, Partnerships & Empowerment
IBO	Interdepartementale Beleidsonderzoeksgroep
IGZ	Inspectie Gezondheidszorg
ITJ	Integraal Toezicht Jeugdzaken
IZB	Infectieziektebestrijding
J&G	Ministerie van Jeugd en Gezin
JGZ	Jeugdgezondheidszorg
JOGG	Jongeren op Gezond Gewicht
KNMG	Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunde
KPMG	eigenaam, oorspronkelijk Klynveld, Peat, Marwick & Gördeler
LDL	Low Density Lipids
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
LNv	Ministerie van Landbouw, Natuurbeheer en Visserij
LNv	Ministerie van Landbouw, Natuur en Voedselkwaliteit
Login	Lokale Gezondheidsimpuls
LvGGD	Landelijke vereniging van GGD'en
mmHG	millimeter kwik
MMK	Medische milieukunde
mmol	millimolair
MvA	Memorie van Antwoord
MvT	Memorie van Toelichting
NASB	Nationaal Actieplan Sport en Bewegen
NGO	Non-Governmental Organisation
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NHS	Nederlandse Hartstichting
NIGZ	Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie
NIPG	Nederlands Instituut voor Preventieve Gezondheidszorg
NISB	Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen

NNGB	Nederlandse Norm Gezond Bewegen
NOC-NSF	Nederlands Olympisch Comité - Nederlandse Sport Federatie
NPHF	Nederlandse Public Health Federatie
NRV	Nationale Raad voor de Volksgezondheid
NSPH	Netherlands School of Public Health (voorloper NSPOH)
NSPOH	Netherlands School of Public and Occupational Health
NWO	Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek
O&W	Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen
OBiN	Ongevallen en Bewegen in Nederland
OCW	Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap
OECD	Organisation for Economic Co-operation en Development
OGGZ	Openbare Geestelijke Gezondheidszorg
POLS	Permanent Onderzoek Leefsituatie
PWC	Price Waterhouse Cooper
Refka	Referentiekader Gezondheidsbevordering
RGO	Raad voor Gezondheidsonderzoek
RIFOH	Risicofactoren Opsporing Hart- en Vaatziekten
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
ROW	Regulier Overleg Warenwet
rVTV	regionale Volksgezondheid Toekomst Verkenning
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
SEGV	Sociaal-economische Gezondheidsverschillen
SES	Sociaal-economische Status
SGBO	eigenaam, oorspr. Sociaal-Geografisch en Bestuurskundig Onderzoek
SMART	Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch, Tijdsgebonden
SOA	Seksueel Overdraagbare Aandoening
STAP	Stichting Alcohol Preventie
Stb	Staatsblad
STG	Stichting Toekomstscenario's Gezondheidszorg
Stivoro	eigenaam, oorspronkelijk Stichting Volksgezondheid en Roken
SZ&V	Ministerie van Sociale Zaken & Volksgezondheid
TBC	Tuberculose
TCS	Tobacco Control Scale
TNO	eigenaam, oorspr. Toegepast Natuurwetenschappelijk Onderzoek
VBTB	Van beleidsbegroting tot beleidsverantwoording
VCP	Voedselconsumptie Peiling
VDB	Vereniging van Directeuren Basisgezondheidsdiensten

VNG	Vereniging van Nederlandse Gemeenten
Vomil	Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne
VROM	Ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer
VTV	Volksgezondheid Toekomst Verkenning
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WCPV	Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid
WHO	World Health Organisation
WMO	Wet Maatschappelijke Ondersteuning
WPG	Wet Publieke Gezondheid
WVC	ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur
WVG	Wet Voorzieningen Gezondheidszorg
ZonMW	Zorgonderzoek Nederland - Medische Wetenschappen

1. INLEIDING

1.1. Ouverture

De aandacht voor preventie op het gebied van volksgezondheid is de afgelopen jaren sterk toegenomen. Zowel de stijgende kosten van de zorg als de ontwikkeling van enkele gezondheidsdeterminanten zijn hiervan de oorzaak, naast uiteraard wetenschappelijke en maatschappelijke ontwikkelingen. De afgelopen jaren wordt steeds vaker de stelling geponeerd dat preventie de meest effectieve manier is om de kosten van de gezondheidszorg binnen de perken te houden. Als er te weinig gebeurt aan preventie, neemt het aantal ongezonde levensjaren toe. Gecombineerd met een toenemende vergrijzing leidt dit tot een explosie van kosten in de gezondheidszorg (Van der Lucht & Polder, 2010).

Maar ook de ontwikkeling van enkele determinanten baart zorgen. Het excessieve gebruik van alcohol door jongeren en de toename van obesitas in alle leeftijdsgroepen leiden tot intensieve discussies over de meest effectieve maatregelen om deze trends om te buigen.

De eerste wet die zich specifiek richt op preventie is de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV), die in 1989 van kracht werd en die vooraf werd gegaan door de Stimuleringsregeling Basisgezondheidsdiensten uit 1981. In de hiervoor liggende periode was preventiebeleid minder geaccentueerd en had het vooral betrekking op infectieziektebestrijding, vaccinatieprogramma's, consultatiebureau's, jeugdgezondheidszorg, voorkomen van bedreigingen uit de fysieke omgeving (asbest, bodemsaneringen) en zorg voor dak- en thuislozen. Natuurlijk zijn er in de voorgaande eeuwen ook wetten en maatregelen te identificeren, die tot doel hadden de gezondheid van burgers te bevorderen en te beschermen, bijvoorbeeld de quarantainemaatregelen in de middeleeuwen, de sociale wetgeving en woningbouwwetgeving in de 19^e en 20^{ste} eeuw en de verkeerswetgeving in de 2^e helft van de 20^{ste} eeuw. En uiteraard waren er vóór 1980 ook initiatieven gericht op het bevorderen van gezond gedrag en het terugdringen van ongezond gedrag (alcohol, roken), maar van een gericht overheidsbeleid als reactie op een als urgent en belangrijk ervaren probleem op de gebieden roken, alcohol, bewegen en voeding was geen sprake. De aandacht voor preventiebeleid gericht op gedragsverandering, werd vooral getriggerd door de ontwikkeling van welvaartsziekten in de zeventiger en tachtiger jaren.

Waar eerdere wetten en maatregelen op het gebied van preventie, zoals op het gebied van hygiëne, screening, verkeer, volkshuisvesting en milieu relatief effectief waren (Mackenbach, 2010), lijken de doelstellingen die de overheid zich in de tachtiger jaren stelde voor wat betreft roken, alcohol, voeding en bewegen moeilijker te bereiken (VWS, 2011b). De praktijk bewoog zich de afgelopen decennia niet de kant uit die de beleidsmakers beoogden. Natuurlijk heeft dit geleid tot veel onderzoek, beleidsnota's en initiatieven en vooral tot de constatering dat veel kennis nog ontbreekt die nodig is om het gedrag (van bepaalde groepen in de samenleving) effectief te veranderen.

In dit onderzoek wordt nagegaan of inderdaad sprake is van beperkte effectiviteit van het overheidsbeleid en zo ja, wat daarvan de belangrijkste oorzaken zijn. In vele publicaties passeren diverse oorzaken de revue en de meeste oorzaken die

worden genoemd kunnen inderdaad als één van de oorzaken worden gezien voor beperkte effectiviteit van het overheidsbeleid. Of het nu het ontbreken van facetbeleid of integraal beleid is, onvoldoende samenwerking tussen lokale en landelijke overheid, onvoldoende financiële middelen, onvoldoende bereik van achterstandsgroepen, onvoldoende kennis van de onderliggende mechanismes, onvoldoende samenwerking met private partijen, een te kort cyclisch overheidsbeleid of de invloed van reclame en industrie, allemaal kunnen ze als verklaring dienen. Maar zoals het in een ketting met verschillende kapotte schakels niet helpt als maar één schakel wordt gerepareerd, zo helpt het ook niet als slechts één oorzaak wordt aangepakt. Dit werkt zelfs contraproductief, omdat het uitblijven van resultaat de betreffende aanpak in zijn geheel in een verkeerd daglicht stelt en het beeld ontstaat dat preventie toch niet werkt. Een meer samenhangend beeld is nodig.

1.2. Keuze voor het onderwerp ‘overgewicht, bewegen en voeding’

Binnen de publieke gezondheid (zie voor de begripsbepaling paragraaf 1.3.) zijn vele onderwerpen te onderscheiden. Naast de vijf speerpunten die de laatste vier jaar door de rijksoverheid zijn geformuleerd (alcohol, roken, depressies, obesitas en diabetes) zijn er nog vele onderwerpen die onder dit begrip vallen, zoals kindermishandeling, huiselijk geweld, infectieziektebestrijding, medische milieukunde, openbare geestelijke gezondheidszorg, technische hygiënezorg, etc. In dit onderzoek wordt het beleid met betrekking tot publieke gezondheid in brede zin besproken en vervolgens toegespitst op het onderwerp ‘overgewicht, bewegen en voeding’.

De keuze om het onderzoek toe te spitsen op het onderwerp ‘overgewicht, bewegen en voeding’ is gemaakt omdat enerzijds de aanpak van dit onderwerp zeer complex en weerbarstig is (en het derhalve wenselijk is om deze complexiteit te reduceren tot ‘eenvoudiger’ wetmatigheden) en anderzijds de maatschappelijke effecten van het probleem zeer groot zijn. Obesitas leidt tot voortijdig overlijden en een veelheid aan (chronische) aandoeningen, zoals hart- en vaatziekten, diabetes, ziekten van het bewegingsapparaat en bepaalde vormen van kanker. Zowel de maatschappelijke kosten bij afwezigheid van beleid als het potentiële rendement van preventiebeleid op het gebied van overgewicht zijn enorm hoog (Price Waterhouse Cooper, 2010).

De complexiteit hangt deels samen met de beperkingen van bepaalde beleidsinstrumenten. Hoogerwerf & Herweijer (2008) onderscheiden vijf ‘sets’ beleidsinstrumenten: overheidsvoorzieningen als vorm van directe beleidsinstrumenten en juridische, economische en communicatieve instrumenten als vormen van indirecte beleidsinstrumenten. Niets doen is een vijfde categorie beleidsinstrumenten; een bewuste keuze om ontwikkelingen aan andere partijen over te laten. Overheidsvoorzieningen bieden de meeste sturingsmogelijkheden voor de overheid, gevolgd door juridische instrumenten, zoals voorschriften (mits handhaving plaatsvindt). Economische instrumenten zoals financiering van voorzieningen of verstrekking van subsidies bieden mogelijkheden om beleid te sturen en voorwaarden te stellen, communicatieve instrumenten zoals informatieoverdracht en overtuiging vragen al een grotere mate van commitment

van andere partijen en 'niets doen' als keuze van de overheid beperkt de sturingsmogelijkheden van de overheid uiteraard tot nagenoeg nul.

Op het gebied van alcohol en tabak worden de beleidsinstrumenten 'voorschriften' en 'financiering' veelvuldig gebruikt. Er worden beperkingen gesteld aan reclame-uitingen, aan gebruik in het openbaar en aan verkoopmogelijkheden en door middel van accijnzen wordt de prijsstelling ongunstig beïnvloed. Deze beleidsinstrumenten zijn voor voeding en bewegen niet of nauwelijks in te zetten. Daarom zijn andere beleidsinstrumenten met een beperktere sturingsmogelijkheid de kern van het beleid op het gebied van bevorderen van bewegen en gezonde voeding. Het gaat vooral om overtuiging, gezamenlijke afspraken met maatschappelijke partners (convenanten) en beïnvloeding van gedrag door verandering van de fysieke en sociale omgeving.

Juist vanwege deze complexiteit kan het overheidsbeleid gericht op gezond bewegen en gezonde voeding als exemplarisch voor het overheidsbeleid in de publieke gezondheid worden gezien; integraal beleid met maatregelen op vele terreinen zijn nodig. Overigens zijn ook bij het alcoholmatigingsbeleid van de overheid in de regeringsperiode 2006 – 2010 twaalf departementen betrokken (VWS, J&G, BiZa 2007), maar een belangrijk deel van deze maatregelen zijn redelijk scherp omschreven en de complexiteit lijkt vanwege de aard van de beschikbare beleidsinstrumenten minder groot dan voor het onderwerp 'overgewicht, bewegen en voeding'.

In dit kader kan ook genoemd worden dat op mondiaal niveau voor het terugdringen van roken en schadelijk alcoholgebruik indexen zijn ontwikkeld (Tobacco Control Scale en Alcohol Prevention Index), die een zo compleet mogelijk overzicht bieden van alle mogelijkheden die er zijn om het gebruik van tabak en alcohol te verminderen. In diverse studies is de effectiviteit van dit samenspel van maatregelen aangetoond (WHO, 2010a; Tual e.a. 2010) en de WHO stelt regelmatig vergelijkingen op, waarin diverse landen worden 'gescoord' op deze indexen. Voor het terugdringen van obesitas bestaat een dergelijke index niet. De WHO heeft wel een 'global strategy' opgesteld (WHO, 2004), maar een WHO-onderzoek naar het overheidsbeleid op dit gebied levert alleen kwalitatieve uitspraken op (WHO, 2007). Hetzelfde geldt op Europees niveau. In 2007 is het witboek overgewicht EU opgesteld (Europese Unie, 2007), voortbouwend op het "EU platform on Diet, Physical Activity and Health". Maatregelen worden aangekondigd die betrekking hebben op het functioneren van de interne markt (etikettering, gezondheidsclaims, voedselveiligheidsprocedures), landbouwbeleid (marktordening voor fruit en groenten), onderwijs, regionaal beleid en mediabeleid. Maar gemeenschappelijke richtlijnen en adviezen, die wel worden gegeven op het gebied van alcohol en roken, blijven uit op het gebied van voeding en bewegen.

1.3. Relevante begrippen

De complexiteit van het onderzoeksgebied 'publieke gezondheid' blijkt al uit de discussie over de diverse begrippen die in dit kader worden gehanteerd. De Engelstalige literatuur kent het begrip 'public health', dat wordt omschreven als "the science and art of preventing disease, prolonging life and promoting health through the organized efforts of society". Deze definitie werd in 1988 door een Engelse adviescommissie van de regering voorgesteld (Acheson, 1988) en is een verkorte

versie van een oudere Amerikaanse definitie, daterend uit 1923 (Winslow, 1923). Ook de WHO hanteert deze definitie en stelt dat het werkteerrein van public health gekenmerkt wordt door een gerichtheid op bevordering van de volksgezondheid door collectieve maatregelen op verschillende terreinen, zoals sanitaire maatregelen, gezondheidsvoorlichting, preventieve gezondheidszorg en sociale voorzieningen die bestaanszekerheid moeten garanderen. Daarvoor is een 'global strategy' nodig (Brown e.a., 2006). De Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO, 2003) wijst erop dat het Engelse begrip 'public health' niet alleen verwijst naar een werkteerrein zoals hierboven beschreven, maar ook naar het wetenschappelijk vakgebied en naar de beroepsgroep (artsen) die zich op dit terrein bewegen. Het Nederlands kende (of kent?) geen goede vertaling van het begrip 'public health'. Met 'volksgezondheid' bijvoorbeeld wordt vooral de gezondheid van de bevolking bedoeld, het object of doel van public health. Met 'openbare gezondheidszorg', worden vooral de activiteiten van de gemeentelijke gezondheidsdiensten (GGD'en) bedoeld en de term 'sociale geneeskunde' heeft vooral betrekking op het wetenschappelijke vakgebied. Overigens is dit een breed vakgebied binnen de geneeskunde volgens de definitie van Muntendam (Post & Groothoff, 2003): *"De sociale geneeskunde is dat deel van de geneeskunde dat de wisselwerking met betrekking tot gezondheid en ziekte tussen mens en milieu in materiële en immateriële zin tot onderwerp heeft, evenals de middelen ter beïnvloeding van deze wisselwerking tot behoud, bevordering en herstel van de gezondheid alsook tot voorkoming en bestrijding van ziekte."*

Met de introductie van de Wet Publieke Gezondheid (VWS, 2008a) lijkt de overheid de knoop te hebben doorgehakt. Er wordt (ook in de wetstitel) gekozen voor een directe vertaling van het Angelsaksische begrip 'public health' in 'publieke gezondheid'. Natuurlijk is hierop het nodige af te dwingen, omdat de wet vooral ingaat op collectieve preventie en infectieziektebestrijding. Het facetbeleid (zie paragraaf 1.4. voor een nadere omschrijving van dit begrip) komt slechts in twee artikelen naar voren

(artikel 2, lid 2c: *"het bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen"* en artikel 16: *"Voordat besluiten worden genomen die belangrijke gevolgen kunnen hebben voor de publieke gezondheidszorg vraagt het college van burgemeester en wethouders advies aan de gemeentelijke gezondheidsdienst"*). Dit lijkt een beperkte 'vertaling' van de essentie van de Angelsaksische definitie: 'through the organized efforts of society' en daarmee een beperkte invulling van het concept 'publieke gezondheid'.

In de begrippenlijst in artikel 1 van de Wet Publieke Gezondheid wordt opvallend genoeg niet het begrip 'publieke gezondheid' zelf omschreven, maar wel het begrip 'publieke gezondheidszorg': *"de gezondheidsbeschermende en gezondheidsbevorderende maatregelen voor de bevolking of specifieke groepen daaruit, waaronder begrepen het voorkómen en het vroegtijdig opsporen van ziekten."*

Natuurlijk kunnen de begrippen 'gezondheidsbeschermende en gezondheidsbevorderende maatregelen' breed geïnterpreteerd worden en kunnen ook alle maatregelen, gericht op de fysieke en sociale omgeving, als onderdeel van de publieke gezondheidszorg worden gezien, maar hoofdstuk 2 van de WPG met als kopje *"taken publieke gezondheidszorg"* benoemt alleen de 'klassieke' preventietaken. De taak om te adviseren op andere beleidsterreinen wordt

genoemd in artikel 16, maar deze verplichting van gemeenten om advies te vragen aan de gemeentelijke gezondheidsdienst dekt niet het brede begrip 'publieke gezondheid'.

Tenslotte wordt in de WPG de term 'gemeentelijk gezondheidsbeleid' geïntroduceerd. In artikel 13 wordt de verplichting van de gemeenteraad genoemd om een nota gemeentelijk gezondheidsbeleid vast te stellen, waarin is aangegeven hoe het college van B&W uitvoering moet geven aan de taken genoemd in hoofdstuk 2 en aan de verplichting genoemd in artikel 16.

In het vervolg van dit rapport zullen overwegend¹ vier termen worden gebruikt:

- Volksgezondheid: de gezondheidstoestand van de bevolking, inclusief de determinanten voor gezondheid.
- Publieke gezondheid: het domein van preventie van ziekte en bevordering van gezondheid door middel van activiteiten op alle relevante gebieden.
- Publieke gezondheidszorg: de gezondheidsbeschermende en gezondheidsbevorderende maatregelen voor de bevolking of specifieke groepen daaruit, waaronder begrepen het voorkómen en het vroegtijdig opsporen van ziekten, zoals omschreven in de Wet Publieke Gezondheid. Publieke gezondheidszorg wordt daarmee gezien als onderdeel van het begrip 'publieke gezondheid'.
- Gemeentelijk gezondheidsbeleid. Het beleid van de gemeente, gericht op (tenminste) uitvoering van de taken die in de WPG aan het college van B&W zijn opgedragen.

1.4. Effectiviteit van beleid

Beleid is effectief als de beoogde doelstellingen met de gehanteerde instrumenten worden bereikt en de effecten in voldoende mate aan het beleid kunnen worden toegeschreven (Aalst & Van Dijken, 2005). Resultaten kunnen ook worden bereikt zonder effectief beleid, bijvoorbeeld de vermindering van het aantal files en CO₂-uitstoot als gevolg van een economische crisis, zonder dat er sprake is van een effectief beleid gericht op het verminderen van files. Het voeren van effectief beleid veronderstelt een intrinsieke kwaliteit van het beleid, namelijk een aanzienlijke kans dat goed uitgevoerd beleid ook daadwerkelijk tot doelrealisatie leidt.

Uiteraard kan altijd worden beweerd dat beleid wel effectief is of was, omdat de situatie zonder het gevoerde beleid nog dramatischer zou zijn. Zeker voor het domein van de publieke gezondheid kan deze aanname worden geponeerd. Het is ook zeker niet ondenkbaar dat zonder alle inspanningen van de overheid de trends nog zorgwekkender zouden zijn geweest.

Maar een noodzakelijke voorwaarde voor effectief beleid – zeker indien dit bestaat uit meerdere beleidscycli - is dat een gedegen analyse wordt gemaakt van de oorzaken van de negatieve trends en de verwachte ontwikkeling ervan en dat maatregelen worden geformuleerd om deze oorzaken, de effecten of de verwachte ontwikkeling ervan aan te pakken. Beleid is een cyclisch proces, waarin evaluatie, planning, besluitvorming en uitvoering elkaar afwisselen. Dit is ook het uitgangspunt van de VBTB – systematiek (van beleidsbegroting tot

¹ Ten behoeve van de leesbaarheid of vanwege de historische context zullen op bepaalde plaatsen 'oudere' begrippen worden gebruikt.

beleidsverantwoording), die de landelijke overheid als norm van handelen heeft gesteld voor alle overheden (Algemene Rekenkamer, 2003).

Het uitblijven van beoogde resultaten moet in de volgende cyclus leiden tot nieuwe plannen en instrumenten, voortbouwend op de kennis en ervaring die er is (Hoogerwerf & Herweijer, 2008). En als uit die evaluatie blijkt dat onvoldoende rekening wordt gehouden met bepaalde factoren, moet de volgende beleidscyclus instrumenten bevatten die op deze factoren aangrijpen. Tot het moment wordt bereikt dat de beoogde effecten uitsluitend negatief worden beïnvloed door factoren, die niet door het ingrijpen van de beleidsactoren te beïnvloeden zijn. Dan zijn de grenzen van effectief beleid bereikt.

Hierin zit ook een essentieel verschil tussen overheidsbeleid op het gebied van de publieke gezondheidszorg en overheidsbeleid op het gebied van publieke gezondheid. Vanuit de optiek van de publieke gezondheidszorg zijn veel factoren niet of moeilijk te beïnvloeden, anders dan door de advisering van de gemeentelijke gezondheidsdienst (artikel 16 WPG) of door verzoeken van de minister van VWS of de portefeuillehouder volksgezondheid aan zijn of haar collega's. Vanuit de optiek van de publieke gezondheid zijn veel meer factoren te beïnvloeden, aangezien in principe alle beleidsterreinen van de overheid bijdragen aan (integraal) beleid op het gebied van publieke gezondheid.

In dit kader is ook het verschil van belang tussen de term 'integraal beleid' en de term 'facetbeleid' (TNO & RIVM, 2004).

Facetbeleid is beleid buiten het directe domein van volksgezondheid dat vanuit de ambtelijke of bestuurlijke setting van het domein 'volksgezondheid' op lokaal of landelijk niveau wordt geëntameerd ter bevordering van de volksgezondheid. Daarbij is uiteraard de medewerking nodig van andere afdelingen, sectoren of ministeries, maar het initiatief wordt genomen vanuit de afdeling of het ministerie volksgezondheid en de eerste drempel die in dit kader moet worden genomen is dan ook het omgaan met een eventueel gebrek aan bereidwilligheid, mogelijkheden of interesse van andere afdelingen of ministeries om dit beleid te formuleren en uit te voeren of hieraan bij te dragen. In paragraaf 4.2. komt dit probleem op landelijk niveau diverse keren aan de orde.

Integraal beleid veronderstelt een gemeenschappelijke visie op en aanpak van een probleem vanuit verschillende beleidsterreinen, geschraagd door een collegebreed of kabinetsbreed beleidsplan. In geval van publieke gezondheid is dit een probleem, dat ook (of vooral) aspecten van volksgezondheid kent. Het concept 'Health in All Policies' is een adequaat format voor integraal beleid op het gebied van publieke gezondheid. Hierop wordt nader ingegaan in hoofdstuk 2 en 3.

Ongeacht de precieze naam die eraan gegeven wordt, heeft de gemeentelijke overheid nog vele andere beleidsinstrumenten, die (mede) als beoogd effect hebben dat de volksgezondheid van de burgers wordt bevorderd. Van Dijk (2001) onderscheidt 283 regelingen met taken en/of bevoegdheden voor gemeenten, die relevant zijn voor één of meerdere gezondheidsaspecten. Hiervan bevinden zich er 18 op het terrein van de fysieke omgevingsfactoren, 103 op het terrein van de sociale omgevingsfactoren, 2 op het terrein van leefwijzen en 160 zijn gerelateerd aan gezondheidszorg. Dit aantal geeft aan dat er in ieder geval een grote potentie is voor zowel facetbeleid als integraal beleid en dat effectief beleid kan worden geschraagd door maatregelen op een groot aantal terreinen. Een dergelijk beleid ('through the organized efforts of society') zou dan ook effect moeten hebben op de trends die het probeert te beïnvloeden.

In de volgende paragraaf worden deze trends weergegeven met betrekking tot overgewicht, gelet op de focus van dit proefschrift.

1.5. Trends op het gebied van overgewicht en obesitas

1.5.1. Overgewicht in cijfers

Om een uitspraak te kunnen doen over de effectiviteit van het overheidsbeleid op het gebied van overgewicht worden de relevante trends besproken.

Er is sprake van overgewicht als iemand te zwaar is voor zijn of haar lengte. De 'Body Mass Index' (BMI², oftewel het gewicht (in kg) / lengte(in m) in het kwadraat) is dan gelijk aan of hoger dan 25. Er is sprake van ernstig overgewicht of obesitas als iemand een BMI van 30 of hoger heeft.

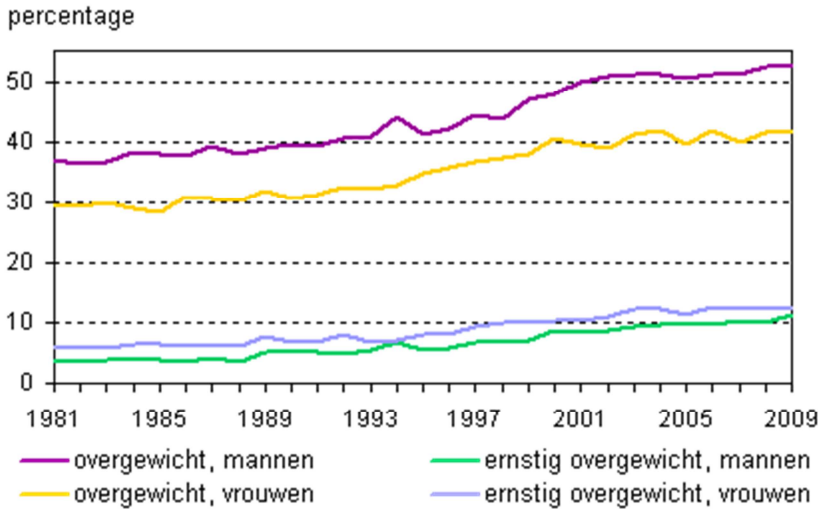
In 2009 was van de volwassen Nederlanders van 20 jaar en ouder 47% te zwaar. Van de mannen had 52 % overgewicht en van de vrouwen 42 %. Van de vrouwen had 12% obesitas tegenover 11% van de mannen. In 2009 had volgens het CBS – POLS³ 13% van de Nederlandse kinderen van 2 tot en met 19 jaar overgewicht en 2% ernstig overgewicht. Deze cijfers zijn gebaseerd op zelfgerapporteerde gegevens over lengte en gewicht door de ouders of kinderen. Mensen schatten hun gewicht echter vaak te laag en hun lengte te hoog, waardoor gemeten gegevens betrouwbaarder zijn (Hoeymans, Melse & Schoemaker, 2010).

In de Landelijke Groeistudie van TNO uit 2010 werd het gewicht gemeten en werd een iets hogere prevalentie van overgewicht gevonden. Van alle Nederlandse kinderen tussen de 2 en 21 jaar had 14% overgewicht. Het percentage kinderen met obesitas was ook 2% (Hildebrandt, Chorus & Stubbe, 2010).

Het aantal Nederlanders met overgewicht is in de afgelopen decennia sterk gestegen (zie figuur 1). In 1981 had ongeveer één derde van de volwassen Nederlanders overgewicht. Het aantal Nederlanders met overgewicht is sindsdien sterk gestegen tot bijna 50% van alle volwassenen in recente jaren. Het percentage volwassenen met obesitas steeg van 5% tot ruim 10%. Deze stijging was waarneembaar in zowel zelfgerapporteerde als gemeten gegevens (Visscher, Kromhout & Seijdel, 2002).

² De BMI wordt ook wel Quetelet-index genoemd

³ Permanent Onderzoek Leefsituatie van het Centraal Bureau voor de Statistiek

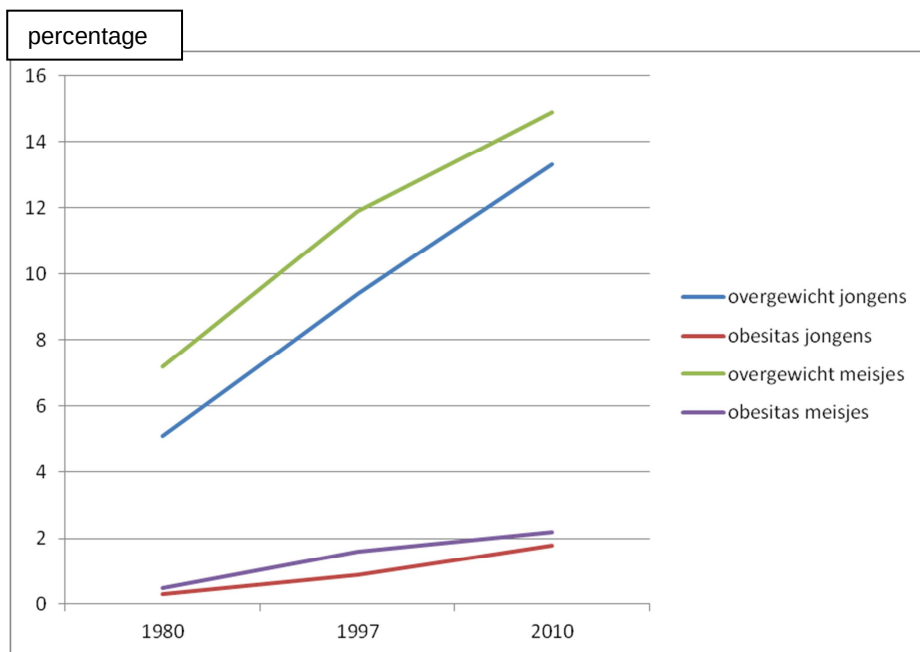


Figuur 1.1. Overgewicht en ernstig overgewicht bij volwassenen van 20 jaar en ouder in de periode 1981-2009, gestandaardiseerd naar leeftijds- en geslachtsverdeling in 1981 (Bron: CBS-POLS). Zelfgerapporteerde gegevens.

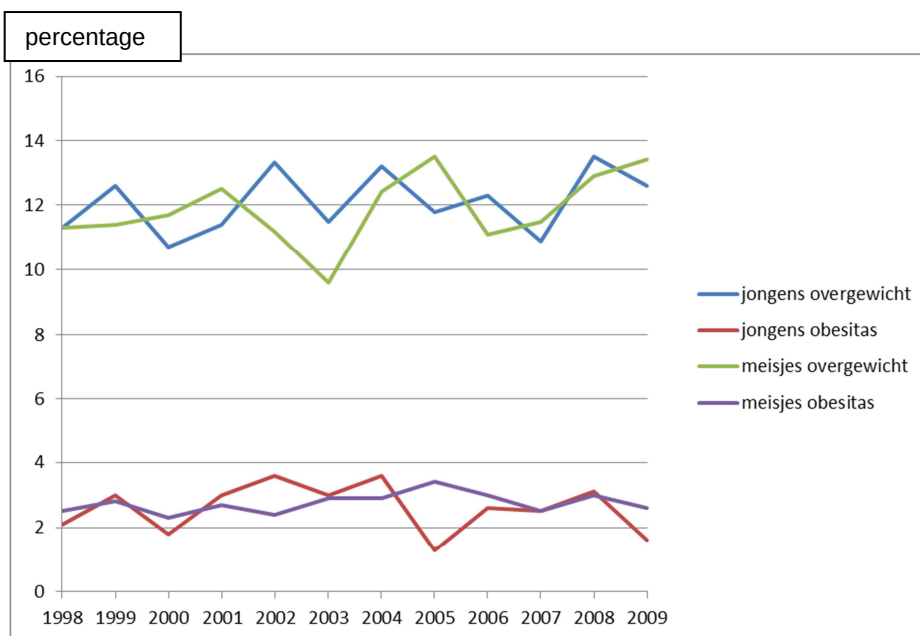
In figuur 1.1 is te zien dat het percentage volwassenen met overgewicht sinds ongeveer 2000 nauwelijks verder is toegenomen en schommelt rond de 40% voor vrouwen en 50% voor mannen. Sinds 2000 is het percentage volwassenen met obesitas wel iets gestegen, namelijk van 9% in 2001 tot 12% in 2009. De data over lichaamsgewicht en lengte zijn zelfgerapporteerde gegevens. Eerdere trends waren gebaseerd op zelfgerapporteerde én gemeten gegevens, maar recente gemeten gegevens zijn niet beschikbaar. Aangezien de mate van onderrapportage groter is naarmate het overgewicht toeneemt, kan ook dit fenomeen de trend beïnvloeden (Visscher, Viet, Kroesbergen & Seidell, 2006).

Cijfers over het percentage kinderen met overgewicht in de periode 1980-2010 lopen sterk uiteen. Gegevens van de Landelijke Groeistudie van TNO (Hildebrandt e.a., 2010) laten op basis van drie meetmomenten (1980, 1997, 2010) een duidelijke stijging zien van het percentage kinderen met overgewicht en ernstig overgewicht tussen 1980 en 2010 (zie figuur 1.2). Zelfgerapporteerde cijfers van het CBS over overgewicht en ernstig overgewicht bij kinderen laten geen duidelijke trend zien (zie figuur 1.3). Wilma Jansen (2009) toont in haar dissertatie aan dat de oorzaak hiervan onderrapportage is voor wat betreft de zelfgerapporteerde gegevens bij brugklassers. Ongecorrigeerde gegevens resulteren in 12,5% overgewicht, gecorrigeerde gegevens in 22,8%. Van de kinderen in de leeftijd van 4 – 12 jaar onderkent 50% van de Rotterdamse ouders het overgewicht bij hun kinderen niet.

Van der Looij – Jansen komt in haar dissertatie met betrekking tot zelfrapportage tot dezelfde conclusies voor een breder scala van onderwerpen uit de Rotterdamse Jeugdmonitor (Van der Looij – Jansen, 2010).



Figuur 1.2. Gemeten percentage kinderen en jongeren van Nederlandse afkomst (2 tot 21 jaar) met overgewicht en obesitas in 1980, 1997 en 2010 (Bron: TNO, 2010).



Figuur 1.3. Percentage overgewicht en obesitas bij de jeugd van Nederlandse afkomst van 2 t/m 19 jaar. Zelfrapportage (Bron: CBS-POLS).

1.5.2. Oorzaken: voeding en beweging

Voeding waar veel vet of suiker in zit, voeding met weinig vezels, suikerhoudende drank en grote porties vergroten het risico op een te hoge energie-inname (WHO, 2007). Tussen 1988 en 1998 is de gemiddelde gerapporteerde energie-inname via de voeding in de totale populatie met 5% gedaald. Tussen 1992 en 1998 is bij jongvolwassenen (19 tot 30 jaar) echter een lichte toename waargenomen. De daling in energie-inname is waarschijnlijk gedeeltelijk te wijten aan een toename in onderrapportage van energie-inname. Ook wordt verondersteld dat de daling in energieverbruik groter is geweest dan de daling in energie-inname, wat tot een gemiddelde gewichtsstijging in de populatie heeft geleid (Gezondheidsraad, 2003). In de periode 1988-1992 is bij jongeren (12 – 18 jaar) een daling in de energie-inname waargenomen. Deze daling zette zich bij meisjes in de periode 1992-1998 licht voort. Bij jongens was tussen 1992 en 1998 daarentegen sprake van een toename van de energie-inname. Voor jongere kinderen zijn geen gegevens over de trend in energie-inname bekend (Hoeymans e.a., 2010).

Uit de Voedselconsumptiepeiling onder kinderen (Ocké e.a., 2008)) is naar voren gekomen dat zuivelproducten de grootste bijdrage leveren aan de energie-inname bij kinderen (21%), gevolgd door graanproducten (20%), 'suiker en zoetigheden' (14%) en 'taart en koek' (10%). Daarnaast eten kinderen veel buiten de drie hoofdmaaltijden om: 1 op de 5 kinderen had 5 of meer eetmomenten tussen de hoofdmaaltijden door. Deze eetmomenten zijn verantwoordelijk voor een derde van de dagelijkse energie-inname en ongeveer de helft van de suikerinname.

Uit de resultaten van de Voedselconsumptiepeiling in 2003 blijkt dat meer dan de helft van de jongvolwassenen voldoet aan de aanbevelingen voor de totale vetinname. Het merendeel van hen (92%) eet wel te veel verzadigde vetzuren. Daarnaast eten ze te weinig vis. Van de Nederlandse kinderen (2 tot 6 jaar) voldoet slechts 9% aan de richtlijn van 2x per week vis en 25% eet zelfs nooit vis. Van de jongvolwassenen eet 20% nooit vis. Ook groente en fruit worden niet voldoende gegeten: slechts 2% van de jongvolwassenen eet genoeg groente en 7-8% eet genoeg fruit. Van de 2- en 3-jarigen voldoet 19% aan de richtlijn voor groente, van de 4- tot 6-jarigen voldoet slechts 1% aan de richtlijn. Een kwart van de kinderen eet genoeg fruit (Hulshof e.a., 2004; Ocké e.a., 2008). Van de totale populatie ligt de zoutinname waarschijnlijk ongeveer 50% boven de richtlijn van maximaal 6 gram per dag (Van den Hooven e.a., 2007).

Naast voeding levert lichamelijke activiteit een belangrijke bijdrage aan het gewicht. Voldoende lichamelijke activiteit heeft een positief effect op het lichaamsgewicht, zodat indirect het risico op ziekten wordt verlaagd (Wendel-Vos, 2011). Circa 61% van de algemene bevolking voldoet aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB) en 24 % voldoet aan de Fitvorm. Circa twee derde van de Nederlanders (68%) voldoet aan de combinorm⁴ (CBS Statline; Hildebrandt e.a., 2010). Werk/school en huishoudelijk werk zijn de belangrijkste invullingen van lichamelijke activiteit (60-70%). Zowel lopen/wandelen als tuinieren/klussen zijn goed voor 7-10% van de lichamelijke activiteit en sporten en fietsen voor 5-7%.

⁴ Nederlandse Norm Gezond Bewegen: ≥ 30 minuten matig intensief bewegen op ≥ 5 dagen per week.

Fitnorm: ≥ 20 minuten intensief bewegen op ≥ 3 dagen per week. Combinorm: of aan de NNGB of aan de Fitnorm voldoen (CBS StatLine; Hildebrandt e.a., 2010).

Van de Nederlanders is 5-7% inactief, dat betekent dat zij gemiddeld minder dan één dag per week een half uur of langer lichamelijk actief zijn (Hildebrandt e.a., 2010). De gegevens ten aanzien van jeugd zijn weergegeven in de volgende tabel.

Tabel 1.1. Percentage jeugdigen (4-17) dat aan beweegnormen⁵ voldoet. Afgerond op hele getallen.

	2006	2007	2008	2009
NNGB	27	20	26	22
Fitnorm	28	29	36	32
Combinorm	47	43	47	46

Bron: Hildebrandt e.a. (2010). Trendrapport Bewegen en Gezondheid 2008 - 2009.

Opvallend is de dip in het jaar 2009 voor de beide afzonderlijke normen, na een stijging in de periode 2007 – 2008. Die dip is niet terug te zien in de combinorm. Als deze trend zich zou doorzetten, lijkt dat erop te wijzen dat jeugdigen in z'n totaliteit minder aan sport en bewegen zijn gaan doen en daardoor nog wel óf de NNGB óf de fitnorm halen, maar minder vaak beide normen (overlap wordt minder).

Binnen de groep jeugdigen vallen de jongeren 12 – 17 jaar op door een beperkter beweeggedrag. Van deze jongeren voldoet 38% aan de combinorm. 16% van de jongeren is inactief, zij bewegen op geen enkele dag minimaal 60 minuten. Jongeren met overgewicht voldoen minder vaak aan de normen dan hun leeftijdsgenoten met gezond gewicht. Jongeren met obesitas voldoen aanzienlijk minder vaak aan de beweegnormen dan hun leeftijdsgenoten met gezond gewicht (Hildebrandt e.a., 2010).

Volgens het CBS schommelt het percentage mensen dat voldoet aan de NNGB al jarenlang tussen de 52% en 56% (periode 2001-2009). Er is geen duidelijke trend zichtbaar bij mannen, vrouwen en jongeren (CBS StatLine). Volgens gegevens van de survey 'Ongevallen en Bewegen in Nederland' (OBiN) is er sinds 2000 wel een duidelijke stijging te zien in het percentage mensen dat voldoet aan de NNGB (44% in 2000 tot 59% in 2006). Deze stijging heeft in de periode 2007- 2009 echter nauwelijks doorgezet (Hildebrandt e.a., 2010). Mensen met overgewicht ($25 < \text{BMI} < 30$) hebben sinds 2000 hun beweeggedrag in gunstige zin ontwikkeld. Zij voldoen inmiddels in ongeveer gelijke mate aan de beweegnormen als mensen met normaal gewicht. Mensen met obesitas blijven daarentegen zichtbaar achter. Andere groepen uit de bevolking die relatief minder aan de norm voldoen zijn ouderen, niet-werkenden, niet-sporters, mensen van niet-Nederlandse herkomst en mensen met één of meer chronische beperkingen.

De attitude ten opzichte van meer bewegen is bij de meeste Nederlanders positief. Mensen ervaren echter weinig sociale steun en de meerderheid van de mensen die niet voldoende bewegen, acht zichzelf niet in staat meer te gaan bewegen.

⁵ Voor jeugdigen van 4 tot 18 jaar geldt een andere NNGB: zij moeten minimaal zeven keer per week één uur per dag matig intensief bewegen, waarvan ze minimaal twee maal per week gericht hun fitheid moeten verbeteren of handhaven om aan de norm te voldoen (Hildebrandt e.a., 2010).

Inactieven vinden het daarnaast ook niet prettig om meer te gaan bewegen (Hildebrandt e.a., 2010).

1.5.3. Gevolgen

Overgewicht en voornamelijk obesitas zijn een risico voor de gezondheid. De kans op diabetes is voor volwassenen met obesitas 5-12 keer zo groot dan voor volwassenen met gezond gewicht en de kans op hartziekten en een aantal vormen van kanker (slokdarm-, alvleesklier-, dikkedarm-, galblaas-, borst- (postmenopausaal), baarmoeder- en nierkanker) is 2-4 keer zo groot. Volgens recente schattingen wordt ongeveer 1 op de 7 gevallen van hart- en vaatziekten in Nederland veroorzaakt door overgewicht (Van Dis e.a., 2009). Dit hangt samen met een ongunstig cholesterolgehalte (te hoog totaalcholesterol- en/of te laag HDL-cholesterolgehalte) in het bloed en een te hoge bloeddruk (Hoeymans e.a., 2010). Andere ziekten waar overgewicht en obesitas een risicofactor voor vormen zijn artrose, gewrichtsproblemen, ademhalingsproblemen en infertiliteit (WCRF, 2007; Gezondheidsraad, 2003). Van de sterfgevallen is 5% toe te rekenen aan obesitas (Van Baal e.a., 2006).

Mensen met overgewicht voldoen niet aan het huidige schoonheidsideaal van slank en sportief, waardoor zij meer risico lopen op psychosociale problemen, stigmatisering en discriminatie (Stunkard & Wadden, 1992). Mensen met obesitas zijn bijvoorbeeld vaker depressief (Jansen e.a., 2008; Scott e.a., 2008).

Mensen met obesitas hebben een kortere levensverwachting dan mensen met een gezond gewicht. Mensen met een gezond gewicht die niet roken hebben een gemiddelde levensverwachting van 83,7 jaar, terwijl mensen met obesitas een gemiddelde levensverwachting van 80,4 jaar hebben (Hoeymans e.a., 2010). Aangezien chronische ziekten en lichamelijke beperkingen veel eerder optreden bij mensen met obesitas, zullen zij ook meer jaren in ongezondheid doormaken (Visscher e.a., 2004). Op die manier verliezen mensen met obesitas 5,1 jaren aan gezonde levensverwachting (Hoeymans e.a., 2010).

Overgewicht en obesitas vormen ook voor kinderen een risico voor de gezondheid, zowel op jongere als op latere leeftijd. Zij hebben onder andere een grote kans op glucose-intolerantie en diabetes mellitus type 2. Obese kinderen lopen op latere leeftijd meer risico op hart- en vaatziekten. De gezondheidsgevolgen op latere leeftijd zijn extra groot voor kinderen die al vanaf jonge leeftijd overgewicht hebben. Er zijn aanwijzingen dat de duur van (ernstig) overgewicht een extra risico vormt voor bijvoorbeeld het ontwikkelen van diabetes mellitus type 2 (Kemper e.a., 1999). Zware kinderen worden bovendien meestal zware volwassenen (Dietz, 1998). Daarnaast worden te dikke kinderen vaak geconfronteerd met stigmatisering, vooral de meisjes (Tang-Péronard & Heitmann, 2008). Dit vergroot de kans op een lagere zelfwaardering en daarmee samenhangende psychosociale problemen, zoals eenzaamheid, verdriet en gespannenheid (Strauss, 2000). Obese tieners zitten slechter in hun vel en hebben vaker suïcidegedachten (Wijnen e.a., 2009). Dit kan echter ook komen doordat zij meer zijn gaan eten vanwege hun sombere gevoelens, waardoor obesitas niet de oorzaak maar juist het gevolg is. Oorzaak en gevolg voor wat betreft de relatie obesitas en psychische problemen is ook bij volwassenen niet duidelijk. Overgewicht bij mensen met een depressie kan bijvoorbeeld ook het gevolg zijn van gewichtsverhogende effecten van antidepressiva (Ouwens e.a., 2009).

De directe kosten voor de gezondheidszorg van overgewicht en obesitas werden in 2006 geschat op 805 miljoen euro (Van Baal e.a., 2006), de indirecte kosten voor het domein arbeid en gezondheid worden op een veelvoud hiervan geschat (Proper & Van Mechelen, 2007). Visscher (2001) berekent dat het afvallen van 0,5 kg per jaar gedurende 10 jaar 26.000 gevallen van slijtage van de knie en 19.000 gevallen van arbeidsinvaliditeit voorkomt.

1.5.4. Beschouwing van de trends en de achterliggende oorzaken

Voor het effectief aanpakken van het probleem overgewicht en obesitas is inzicht in de oorzaken van belang, voor het bepalen van het 'urgentiebesef' en de noodzaak is inzicht in de gevolgen van belang. Geconstateerd kan worden dat inzicht in de gevolgen ruim aanwezig is, zowel op het niveau van het individu, op het niveau van de populatie als met betrekking tot de maatschappelijke kosten van het probleem.

Inzicht in de oorzaken is in algemene zin wel aanwezig (een veranderde verhouding tussen energie-inname en energieverbruik), maar het relatieve aandeel van beide oorzaken kan moeilijker worden bepaald. De beschikbare gegevens wijzen niet op een (substantieel) verhoogde energie-inname in de periode 1988 – 2005 of op een sterke vermindering in die periode van het aantal personen dat aan de normen voor voldoende bewegen voldoet. Integendeel, het OBiN rapporteert een stijging van het aantal mensen dat aan de beweegnorm voldoet.

Niettemin blijft bij volwassenen het percentage van mensen met overgewicht schommelen rond de 45%, stijgt het aandeel van volwassenen met obesitas van 9 naar 12% en stijgt het percentage (gemeten) overgewicht en obesitas bij kinderen. Er kan derhalve niet worden gesproken over een gelijkblijvende trend in het laatste decennium. Zowel overgewicht als obesitas kennen een stijgende trend. Daarbij moet in ogenschouw worden genomen dat de definities van overgewicht en obesitas worden bepaald door de afkappunten van de BMI. Een gelijkblijvend percentage personen met een BMI boven 25 wil niet zeggen dat de verdeling van de BMI boven dit getal ook hetzelfde blijft. De stijging van het percentage obesitas binnen de groep mensen met overgewicht veronderstelt een 'BMI-shift': het aandeel van 'hogere BMI's' binnen de totale groep stijgt. Het voert in het kader van dit onderzoek echter te ver om op grond van de brongegevens deze analyse uit te voeren.

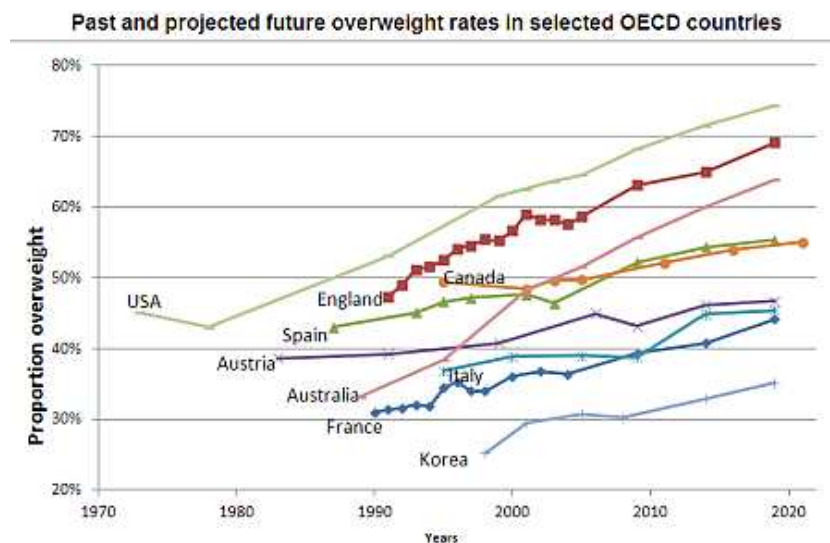
Vergelijkbare trends zijn evenmin ondenkbaar rond de normen voor gezond bewegen. Het percentage mensen dat een van beide normen of de combinorm haalt hoeft niet te veranderen, terwijl de totale hoeveel 'bewegen' wel degelijk kan dalen. Zo daalde het gemiddelde aantal minuten lichaamsbeweging voor volwassenen in de periode 2007 – 2009 van 184 naar 178 minuten per dag (na een aanvankelijke stijging vanaf 169 minuten in 2000), terwijl het percentage mensen dat de NNGB-norm haalt in de periode 2007 – 2009 wel is gestegen. Mensen halen de norm 'krapper' en leveren een deel van de beweegtijd in voor TV-kijken, autorijden en gebruik van computers. Die veronderstelling is te rijmen met het stijgend aantal uren, dat de afgelopen decennia voor deze activiteiten wordt geregistreerd (Hildebrandts e.a., 2010). Tijdsbesteding aan activiteiten als TV-kijken en computeren wordt gedefinieerd als sedentair gedrag. Sedentair

gedrag wordt tegenwoordig beschouwd als een aparte determinant, naast de mate waarin de beweegnorm en de fitnorm wordt gehaald. Uit verschillende studies blijkt namelijk dat sedentair gedrag een relatie heeft met bepaalde gezondheidsaandoeningen, die ook veroorzaakt worden door overgewicht. Het uitsluitend verklaren van overgewicht door de mate, waarin de beweegnorm wordt gehaald, is onvoldoende. Mensen met sedentair gedrag voldoen minder aan de NNGB, maar (iets) meer aan de fitnorm. Ook blijken ze iets meer te sporten als mensen die geen of minder sedentair gedrag vertonen (Hildebrandts e.a., 2010). Dat is dan ook de reden voor de aanbeveling in het laatste Trendrapport 'Bewegen en Gezondheid' om de NNGB of de combinorm niet als enige norm en beleidsprioriteit te hanteren, maar ook activiteiten te ontwikkelen die sedentair gedrag gunstig kunnen beïnvloeden, tijdsnormen voor sedentair gedrag onder jongeren beter te onderbouwen en tijdsnormen voor sedentair gedrag van volwassenen vast te stellen. Daarmee wordt aangesloten op vergelijkbare aanbevelingen die in andere landen of in WHO-verband reeds zijn gedaan (Pate e.a., 2008; Esliger & Tremblay, 2007 en Owen e.a., 2008, geciteerd in Hildebrandts e.a., 2010).

1.5.5. Trends in internationaal perspectief

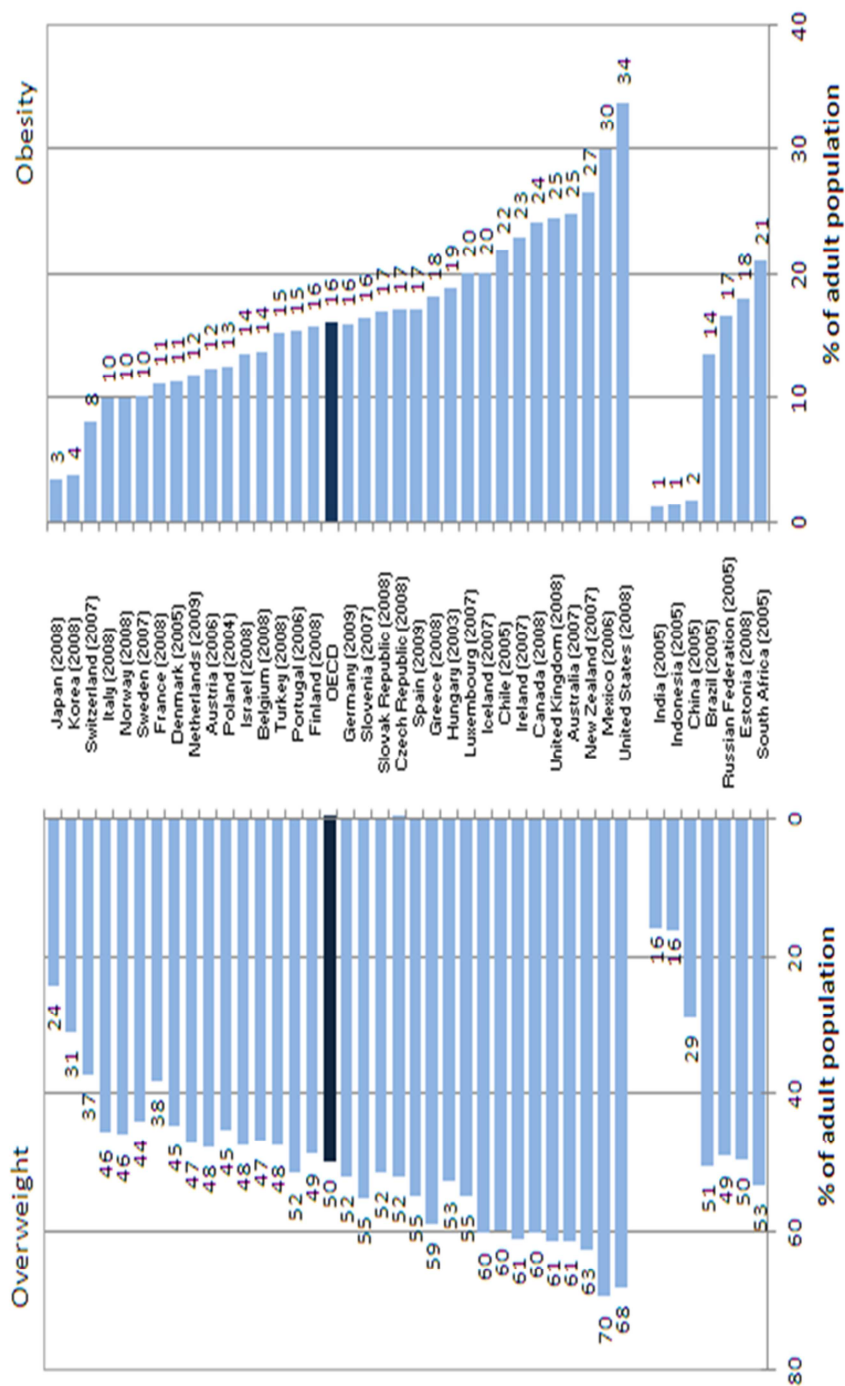
Overgewicht

De trends in Nederland zijn in vele landen terug te zien. In figuur 1.4 worden OECD-gegevens van een aantal landen met betrekking tot overgewicht gepresenteerd. De gegevens van Nederland zijn helaas niet in deze grafiek opgenomen, maar komen wel overeen met de trends in de weergegeven landen.



Figuur 1.4. Overgewicht en obesitas in enkele OECD-landen. Bron: OECD 2010. Voorbereidingsdocument voor de OECD-bijeenkomst op 8 oktober 2010.

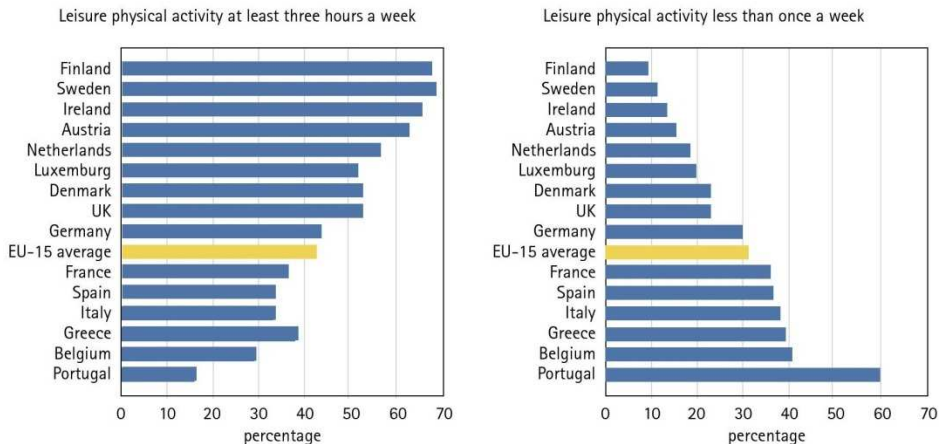
De gegevens van Nederland komen wel terug in figuur 1.5., een vergelijking van het percentage overgewicht in verschillende landen.



Figuur 1.5. Percentage overgewicht en obesitas in diverse landen. Bron: OECD 2010. Voorbereidingsdocument voor de OECD-bijeenkomst op 8 oktober 2010.

Bewegen

Uit een survey van de Europese Unie blijkt dat Nederland in 1999 gunstig afsteekt voor wat betreft het percentage personen dat de beweegnorm haalt.



Figuur 1.6. Beweegpatronen Europese landen vergeleken. Bron: A pan-EU survey on consumer attitudes to physical activity, body weight and health, EU, 1999.

Die situatie blijkt in 2009 niet wezenlijk veranderd. Zeven van de 27 Europese landen scoren meer dan 50% voor wat betreft 'minimaal één keer sporten per week'. Zweden en Finland scoren 72%, Denemarken 64%, gevolgd door Ierland (58%), Nederland (56%), Slovenië (52%) en Luxemburg (51%). (Europese Unie, 2010).

Energie-inname

Voor wat betreft de voedselconsumptie zijn de verschillen voor een belangrijk deel terug te voeren op traditionele voedingspatronen in de verschillende Europese regio's. Meer groenten en fruit en meer olijfolie en vis in mediterrane gebieden. Binnen de West-Europese landen steekt Nederland gunstig af voor wat betreft het gebruik van groenten door jongeren.

Algemeen

Uit deze vergelijkingen blijkt dat de trends in Nederland in zijn algemeenheid niet afwijken van trends in andere landen. Een gedetailleerde vergelijking kan op grond van deze gegevens niet worden gemaakt, mede ook vanwege het feit dat de gegevens niet geheel vergelijkbaar zijn voor wat betreft de wijze van verzamelen en de validiteit. Wel zijn in het kader van het HOPE-project 28 oorspronkelijke studies beoordeeld (Giskes, Avendano, Brug & Kunst, 2010). Daaruit blijkt dat er wel een relatie was tussen overgewicht en de 'voedselomgeving': veel fastfood-mogelijkheden in de omgeving bevorderen overgewicht, reguliere supermarkten hebben een inverse relatie met overgewicht. De omgekeerde relatie bleek echter niet te leggen; als wordt uitgegaan van ongezond eetgedrag, wordt er geen duidelijke relatie met de voedselomgeving gevonden. De enige omgevingsfactor die gerelateerd blijkt met ongezond eetgedrag is een sociaal economische

gedepriiveerde omgeving. Ook is waarschijnlijk dat een omgeving, die fysieke activiteiten bevordert, overgewicht tegengaat.

1.6. Probleem- en vraagstelling van het onderzoek

Bovengeschetste trends leiden tot de veronderstelling dat het beleid van de overheid op het gebied van publieke gezondheid onvoldoende effectief is in het tegengaan van overgewicht en obesitas, alhoewel intermediaire doelstellingen zoals het percentage personen dat voldoet aan de beweegnorm, wel worden gehaald (Hildebrandt, 2010). Om die reden is een nadere studie naar en onderbouwing van de mate van effectiviteit van het overheidsbeleid wenselijk.

Daarbij wordt een tweedeling gehanteerd in effectiviteit van landelijk beleid en effectiviteit van lokaal beleid. Voor deze tweedeling is gekozen vanwege de verschillende aard van het landelijk en lokaal beleid.

Sinds 1989, het jaar van invoering van de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV), zijn gemeenten verantwoordelijk voor de publieke gezondheid (WVC, 1990a). De gemeenten hebben met de WCPV een uitgebreide opdracht gekregen. In de Memorie van Toelichting op de WCPV wordt gestipuleerd dat het lokale niveau het aangewezen niveau is om de volksgezondheid te beschermen, te bewaken en te bevorderen, met name omdat die activiteiten gericht moeten zijn op de directe omgeving van de burgers, waarop gemeenten het meeste invloed hebben (WVC, 1990b). Die invloed blijkt ook uit het aantal regelingen, die taken en bevoegdheden voor gemeenten impliceren en invloed (kunnen) hebben op de volksgezondheid, bijvoorbeeld op het gebied van ruimtelijke ordening, sociale zaken, sport, etc. De daadwerkelijke maatregelen moeten in de visie van de landelijke overheid vooral op lokaal niveau worden genomen.

Daarom is de centrale vraagstelling van dit proefschrift:

“Wat zijn de voorwaarden voor een effectief lokaal beleid op het gebied van publieke gezondheid en in hoeverre zijn die voorwaarden in Nederland aanwezig?”

Gemeenten (en hun GGD'en) staan natuurlijk niet alleen in de uitvoering van dat gemeentelijke gezondheidsbeleid. Ook de landelijke overheid onderneemt activiteiten, evenals een breed scala van landelijke instituten en plaatselijke en regionale organisaties en instellingen. Dit betreft onder andere het ontwikkelen, valideren en aanreiken van evidence-based interventies, het beschikbaar stellen van projectsubsidies, het beschikbaar stellen van lokaal te gebruiken interventies in het kader van landelijke campagnes, het voeren van overleg op landelijk niveau, het maken van afspraken op landelijk niveau met een veelheid van publieke en private partijen, het formuleren van relevante wet- en regelgeving, de 'aansturing' van gemeenten, etc.

De voorwaarden voor effectief lokaal beleid op het gebied van de publieke gezondheid kunnen derhalve in twee categorieën onderscheiden worden:

- De ‘**externe**’ voorwaarden voor effectief lokaal beleid. Een belangrijk deel van deze externe voorwaarden wordt direct of indirect door de landelijke overheid gerealiseerd. Effectief landelijk beleid bevordert effectief lokaal beleid.
- De ‘**interne**’ voorwaarden voor effectief lokaal beleid, die binnen de gemeente aanwezig zijn en die door de gemeente kunnen worden beïnvloed. Hierop ligt de nadruk in het empirische deel van dit onderzoek.

Dit leidt tot de volgende deelvragen:

1. Is een effectief beleid op het gebied van publieke gezondheid in de praktijk mogelijk?
2. Aan welke voorwaarden moet worden voldaan voor een effectief beleid op het gebied van publieke gezondheid?
3. In hoeverre is het huidige beleid van de landelijke overheid op het gebied van publieke gezondheid effectief?
4. In hoeverre zijn de voorwaarden voor effectief beleid op lokaal niveau aanwezig?
5. Wat zijn de belemmeringen voor het realiseren van de voorwaarden, zowel op landelijk als lokaal niveau?
6. Op welke wijze kunnen deze belemmeringen worden verminderd?

1.7. Opzet van het onderzoek

In hoofdstuk 2 wordt aan de hand van relevante ontwikkelingen in het buitenland en enkele Nederlandse projecten aangetoond dat effectief beleid op het gebied van publieke gezondheid (meer specifiek op het verminderen van het voorkomen of verminderen van overgewicht) mogelijk is (beantwoording vraag 1). In hoofdstuk 3 worden, op basis van zowel de informatie in hoofdstuk 2 als op basis van literatuur, de voorwaarden en randvoorwaarden voor een optimaal volksgezondheidsbeleid geschetst (beantwoording vraag 2). Hierbij wordt gebruik gemaakt van literatuur op verschillende terreinen (bestuurskunde, psychologie, volksgezondheid). In hoofdstuk 4 wordt een analyse gemaakt van het landelijke overheidsbeleid met de mate van effectiviteit ervan als centrale vraagstelling (beantwoording vraag 3).

In hoofdstuk 5 en 6 wordt nagegaan in hoeverre in het lokale beleid aan die voorwaarden wordt voldaan c.q. welke belemmeringen daarbij een rol spelen (beantwoording vraag 4 en 5). In hoofdstuk 5 gebeurt dit door een analyse van de nota's lokaal volksgezondheidsbeleid en in hoofdstuk 6 door het weergeven van de resultaten van bijeenkomsten van focusgroepen van gemeentelijke ambtenaren. Hoofdstuk 7 bevat de conclusies van het onderzoek en beantwoordt daarmee vraag 6.

1.8. Aanpak

De best practices in hoofdstuk 2 zijn beschreven aan de hand van de bestudering van brondocumenten en rapportages over diverse initiatieven. Daaruit komen vijf best practices naar voren: Finland, de Ecode-aanpak in Frankrijk, Gezond Gewicht

Overvecht, Hartslag Limburg en de Gezondheidsrace Laarbeek. Uit die rapportages zijn ook de 'succesfactoren' van de betreffende best practice gedestilleerd. Het veldwerk in Finland is uitgevoerd door het ontwikkelen van een lijst met voorwaarden voor effectief beleid op het gebied van publieke gezondheid en een daaruit afgeleide vraagstelling, aan de hand waarvan een literatuuranalyse is gemaakt en, ten behoeve van triangulatie, semi-gestructureerde vraaggesprekken zijn gevoerd. Die lijst met voorwaarden is een beknopte versie van het overzicht van voorwaarden voor effectief beleid op het gebied van publieke gezondheid, dat in hoofdstuk 3 wordt gepresenteerd.

De voorwaarden, die worden geschetst in hoofdstuk 3, zijn geformuleerd op grond van modellen uit de literatuur. Bestaande, gevalideerde modellen zijn hierbij uitgangspunt geweest. Omdat deze modellen verschillende invalshoeken kennen en verschillende vakgebieden betreffen, zijn ze geordend op grond van een driedeling beleidsinhoud – beleidsproces – voorwaarden. Het 'nieuwe' van deze benadering is dan ook niet zozeer de inhoud, maar het gebruik van verschillende modellen in een meeromvattend 'overzicht', dat bruikbaar is voor een integrale analyse van het overheidsbeleid. Hiervoor is gekozen omdat veel studies zich richten op de toetsing of verbetering van één van deze modellen, waardoor de enorme complexiteit van het beleidsterrein publieke gezondheid buiten beeld blijft. De analyse in hoofdstuk 4 is tot stand gekomen door bestudering van de brondocumenten van het overheidsbeleid en het spiegelen van deze documenten aan de (onderzoeks-)rapportages, die over dit beleid zijn opgesteld.

De voorwaarden in hoofdstuk 3 zijn vervolgens vertaald naar een checklist, op basis waarvan in hoofdstuk 5 265 nota's lokaal gezondheidsbeleid zijn gescreend. De resultaten hiervan zijn afgezet tegen twee andere inventarisaties van dezelfde nota's (GGD Nederland en SGB0/IGZ). Het overzicht van voorwaarden in hoofdstuk 3 is tevens de basis geweest voor de semigestructureerde gesprekslijst en de invullijsten, die gebruikt zijn tijdens de bijeenkomsten van de focusgroepen (hoofdstuk 6).

2. BEST PRACTICES IN BINNEN- EN BUITENLAND

2.1. Inleiding

Om de vraag naar effectiviteit explicieter te kunnen beantwoorden wordt nagegaan of er situaties in binnen- en buitenland zijn, waarin het gelukt is om vergelijkbare doelstellingen met betrekking tot overgewicht te bereiken (onder omstandigheden die in Nederland niet zijn uitgesloten, voor zover het buitenlandse best practices betreft). Die vraag wordt in dit hoofdstuk beantwoord aan de hand van de beschrijving van 'succesfactoren' die door betrokkenen bij diverse projecten zijn genoemd. Deze kunnen worden gerelateerd aan de beleidsinstrumenten, die in hoofdstuk 1 zijn genoemd.

De selectie van best practices is gebeurd aan de hand van beschikbare literatuur, onder andere Bemelmans e.a. (2004), Harting & Van Assema (2007), Ten Dam (1997), WHO-rapportages en de databanken van het NIGZ en het Centrum RIVM. Deze inventarisatie leverde vier casussen op:

- De aanpak van de gezondheidsproblemen in North Karelia in Finland
- Het Epode-project in Frankrijk
- Het Hartslag Limburg Project
- Het project Overvecht in Utrecht.

Er worden in de literatuur nog enkele andere projecten genoemd die evidence-based interventies omvatten, maar die voegen relatief weinig toe ten opzichte van de vier projecten, die het meest kwamen 'boven drijven'. Het project 'Lekker Fit' van de Nederlandse Hartstichting is niet als best practice opgenomen, omdat het voor een effectieve aanpak moet worden geïntegreerd in een integraal beleid in buurt en school en daarom geen uniforme uitwerking kent (Van den Berg & Van Dijk, 2011). Wat aanpak betreft heeft het overeenkomsten met het project Overvecht.

Een vijfde project dat wordt besproken is het project Laarbeek, als voorbeeld van een innovatieve benadering. Hierin is op innovatieve wijze afgeweken van de normale gemeentelijke beleidscyclus van het schrijven van een nota gemeentelijk gezondheidsbeleid. Uiteraard zijn er andere projecten, die bijvoorbeeld een positieve output hadden (mensen gingen meer bewegen of gezonder eten), maar dit is dan vaak niet terug te zien in determinanten of gezondheidsparameters. Daarnaast leveren de vijf besproken projecten al ruime input voor het overzicht van voorwaarden in hoofdstuk 3.

2.2. Finland

2.2.1. Methode van onderzoek

Een eerste versie van de voorwaarden, geschetst in hoofdstuk 3, is de basis geweest voor het ontwerpen van een semigestructureerde vragenlijst, die in Finland aan verschillende sleutelfiguren is voorgelegd. Daaraan voorafgaand heeft een literatuuronderzoek plaatsgevonden. Aan de hand van de planning van de verschillende interviews werd een reis van 30 dagen gepland naar Finland om een

volledig beeld te krijgen van het Finse gezondheidsbeleid. Naast de geplande interviews zijn er tijdens het verblijf in Finland verschillende instanties en personen benaderd om deel te nemen aan het onderzoek (zie bijlage 1 voor onderzoeksmethodiek en respondenten).

Zodoende is er een onderzoeksgroep opgesteld met mensen uit de landelijke overheid, gemeenten, universiteiten, onderzoeksinstituten, consultants, gezondheids-centra, scholen en sportverenigingen. Ook is veel gesproken met inwoners van Finland over de werking en beleving van het Finse gezondheidsbeleid.

De resultaten van de interviews en de literatuuranalyse zijn tijdens het einde van het werkbezoek getoetst bij de Finse participanten van een werkbezoek van GGD-directeuren. De resultaten van dit deel van de studie zijn gebruikt voor bijstelling van de voorwaarden in hoofdstuk 3.

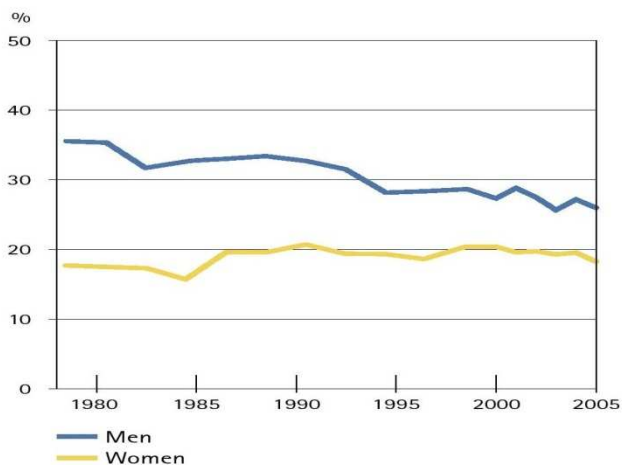
2.2.2. De ontwikkeling van gezondheid en determinanten

De algemene gezondheidsstaat van de populatie is in de afgelopen decennia sterk verbeterd. Finland is toegetreden tot de top van de EU-25 voor wat betreft levensverwachting. Dit is voor een groot deel toe te schrijven aan de daling van de cardiovasculaire ziekten. (Koskinen, Aromaa, Huttunen & Teperi, 2006; Vuorenkoski, Mladovsky & Mossialos, 2008) In de jaren 50 en 60 lag het sterftecijfer bij Finse mannen aanzienlijk hoger dan de internationale standaarden.

Niettemin is de omvang van een aantal gezondheidsproblemen de laatste 25 jaar gelijk gebleven of zelfs gestegen onder de Finse populatie, zoals allergieën, diabetes, obesitas en alcohol-gerelateerde problemen. Ook is een groot verschil waarneembaar tussen de gezondheid van mensen met een hogere en een lagere sociaal economische status.

Roken

Het grote percentage rokers in Finland was voor de Finse overheid aanleiding tot het opstellen van wettelijke maatregelen. In 1976 werd de 'Act on Measures to Reduce Tobacco Smoking' van kracht. Deze bevatte restricties voor reclame voor rookwaar en roken in openbare gelegenheden. Ook werd de verkoop aan minderjarigen verboden en moest een waarschuwing op de verpakking worden opgenomen. Kortom, vergelijkbaar beleid als in Nederland, maar eerder doorgevoerd.

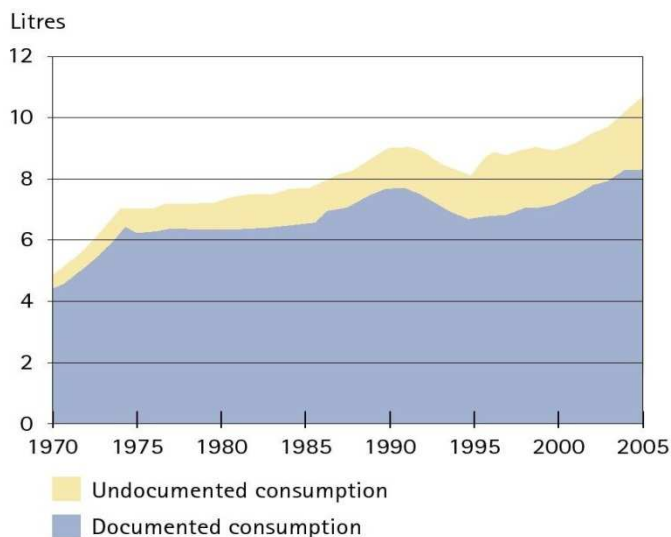


Figuur 2.1. Percentage rokers in Finland onderverdeeld in mannen en vrouwen. Bron: Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid Finland.

Het percentage rokers in Finland ligt lager dan het percentage rokers in Nederland. Momenteel rookt 18 procent van de vrouwen en 26 procent van de mannen in Finland. Dit in vergelijking met 26 procent van de vrouwen en 30 procent van de mannen in Nederland (Stivoro, 2009).

Alcohol

De alcoholconsumptie van Finse inwoners is de laatste decennia sterk gestegen.



Figuur 2.2. Alcoholinname Finse populatie in liter pure alcohol per hoofd van de bevolking per jaar. Bron: Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid Finland.

In het begin van de jaren 70 lag de alcoholinname iets boven de 4 liter pure alcohol per hoofd van de bevolking (Österberg & Karlsson, 2002). Daarna volgt jarenlang een sterke stijging. De enige daling is het gevolg van de economische recessie in het begin van de jaren 90. De stijging die daarop volgde is onder andere het gevolg van twee maatregelen:

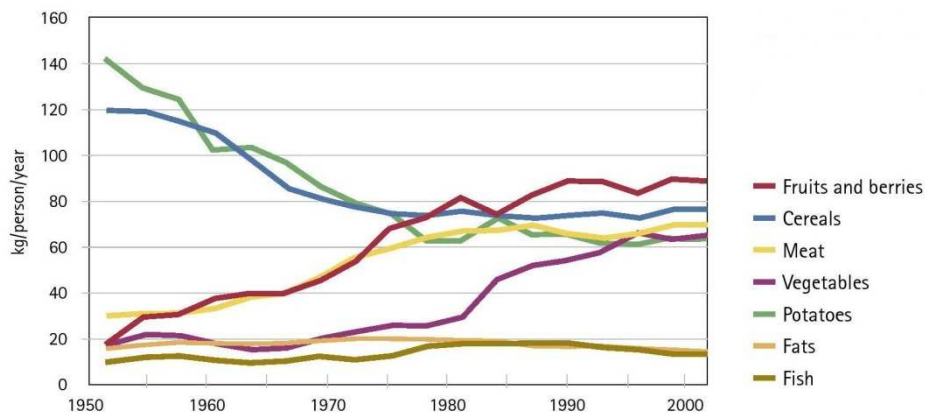
- Het beschikbaar maken van licht alcoholische dranken in supermarkten met als achterliggende gedachte dat daarmee het bezoek aan de alcoholwinkels en de inkoop van de aldaar verkochte wodka zou afnemen. Helaas vond het omgekeerde plaats.
- De verlaging van alcoholaccijnzen naar aanleiding van de toetreding van Finland tot de EU (Ministry of Social Affairs and Health, 2003; Van der Wilk e.a., 2007).

In 2005 was de gemiddelde alcoholinname 10,5 liter pure alcohol per hoofd van de bevolking, wat aanzienlijk hoger is dan de alcoholinname van Nederland, waar men 7,9 liter pure alcohol per hoofd van de bevolking consumeert (Stichting Alcohol Preventie, 2011).

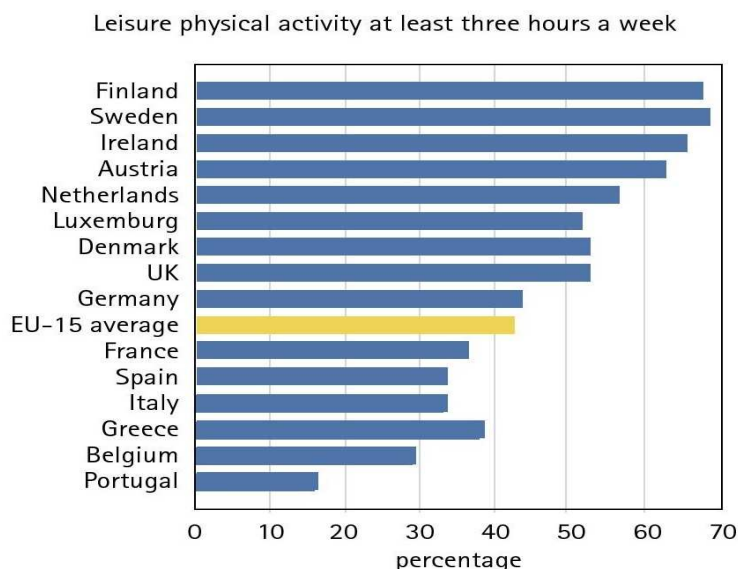
Voeding en beweging

De Finse voedselinname is sterk verbeterd over de afgelopen jaren (Prättälä, 2003; Puska, 2002b; Puska, 2008). Het aandeel verzadigde vetten in de voeding is gedaald van 21% naar 14%. De inname van groente en fruit is juist gestegen (Koskinen e.a., 2006).

In Finland bestaat er grote consensus over een juist voedingspatroon. Er is een goed aanbod van gezonde producten, onder andere door wetgeving. 75% van de bevolking heeft de beschikking tot gecaterde maaltijden die grotendeels zwaar gesubsidieerd of gratis zijn (Finnish National Board of Education, 2008). Maar er zijn ook enkele negatieve trends. De afgelopen jaren heeft een stijging plaatsgevonden van de consumptie van suikerrijke vruchtensappen en dranken, snoep en ongezonde snacks (Borg & Fogelholm, 2007).



Figuur 2.3. Grafiek verandering voedselinname Finse bevolking. Bron: Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid Finland.



Figuur 2.4. Percentage bewoners dat meer dan drie uur per week actief beweegt. Bron: A pan-EU survey on consumer attitudes to physical activity, body weight and health, EU, 1999, gepubliceerd door het Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid Finland.

Finland heeft veel succes gehad met het beleid ter verbetering van lichamelijke activiteit in de afgelopen jaren. Hieraan liggen drie programma's ten grondslag: The Sports Act uit 1980, een rapport van de Sport Comité in 1990 en een tweede Sports Act in 1999. De programma's hadden een 'bottom-up' structuur; ze worden op lokaal niveau geïmplementeerd in samenwerking met de overheid. Het zorgde ervoor dat gemeentes meer moesten investeren in het toegankelijk maken en het promoten van lichamelijke beweging bij hun inwoners (Van der Wilk e.a., 2007; Vuori, Lankenau & Pratt, 2004).

Vergeleken met inwoners van andere Europese landen bewegen inwoners van Finland het meest. In 2005 haalde 27% van de mannen en 31% van de vrouwen de aanbeveling om ten minste vier keer per week actief te bewegen (Koskinen e.a., 2006)⁶. Ondanks dat de Finse populatie gemiddeld genomen hoog scoort op de bewegingsnorm, is er nog steeds een groot deel van de inwoners dat de aanbeveling niet haalt.

Ondanks dat Finland goed scoort op Europees niveau op het gebied van bewegen en gezond eten, komt dit niet direct tot uiting in de prevalentie van obesitas. Ook in Finland is sprake van een stijging in de prevalentie van obesitas en is overgewicht een groeiend probleem (Borg & Fogelholm, 2007; Lahti-Koski, 2001). Het percentage personen met overgewicht is zelfs groter dan in Nederland, zij het dat in Nederland de groei sterker is geweest. Finland is eind jaren 90 in staat geweest gedurende 4 jaar een daling in obesitas te bewerkstelligen, wat voor een groot deel

⁶ In 2009 scoren Finland en Zweden beide even hoog op deze items. Zie Special Eurobarometer 334, Europese Unie (2010).

veroorzaakt is door het stimuleren van lichamelijke beweging met de beleidsprogramma's die destijds werden gehanteerd (Van der Wilk e.a., 2007).

2.2.3. Het begin: North Karelia

Het North Karelia Project werd in 1972 gestart na een petitie die door de bewoners en lokale politiek werd ingediend bij de landelijke politiek met het verzoek maatregelen te nemen om het hoge aantal sterfgevallen aan coronaire hartziekten te verlagen (Puska, 2008). Het ervaren 'urgentiebesef' was evident.

In die tijd had Finland het hoogste sterftepercentage aan coronaire hartziekten ter wereld, met zelfs nog hogere percentages in het oosten van het land, vooral in de provincie North Karelia. In samenwerking met lokale en nationale overheden en met behulp van de WHO werd het North Karelia Project gelanceerd. Dit project was met name gericht op een grootschalige interventie vanuit de gemeenschappelijke organisatie en acties vanuit de populatie zelf. De belangrijkste risicofactoren die aangepakt moesten worden voor het verlagen van cardiovasculaire ziekten waren een hoog percentage LDL-cholesterol in het bloed, hoge bloeddruk en roken. Preventie werd als de meest effectieve manier gezien om de risicofactoren te verminderen. Het verbeteren van leefstijlgerelateerde risicofactoren was het belangrijkste speerpunt van het project. Grootschalige preventieve acties gericht op de gehele gemeenschap werden ondernomen in samenwerking met organisaties als scholen, gezondheidscentra, supermarkten, landbouw, lokale media en lokale overheden.

Gedurende de vijf jaar die het project in eerste instantie zou duren zijn significante veranderingen in risico-gerelateerde leefstijl en risicofactoren waargenomen. Ook is er in deze periode een significante daling van coronaire hartziekten waargenomen bij de werkende mannelijke populatie in North Karelia. Beide konden worden gerelateerd aan het projectmatige intensieve aanpak in North Karelia, aangezien de daling in andere delen van Finland veel minder sterk was (zie onder andere tabel 2.1. voor de gecorrigeerde sterftecijfers).

Daarop is besloten de projecten en activiteiten zoveel mogelijk te laten doorlopen. In de dertig jaar follow-up die volgde heeft deze trend doorgezet (zie tabel 2.1. en figuur 2.5.).

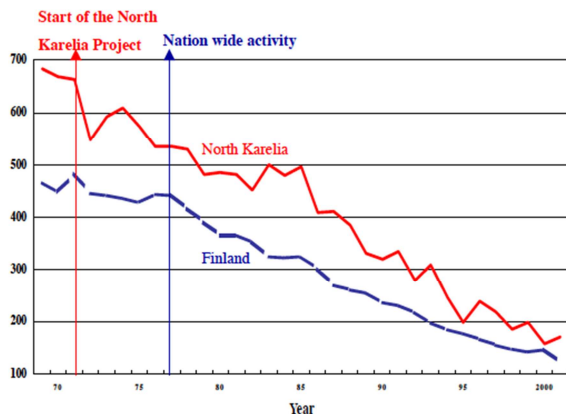
Tabel 2.1. Ontwikkeling risicofactoren in North Karelia voor mannen 30 - 59 jaar

Year	Men		
	Smoking (%)	Serum cholesterol (mmol/l)	Blood pressure (mmHg)
1972	52	6.9	149/92
1977	44	6.5	143/89
1982	36	6.3	145/87
1987	36	6.3	144/88
1992	32	5.9	142/85
1997	31	5.7	140/84
2002	33	5.7	137/83
2007	31	5.4	138/83

Bron: Puska, 2008.

De leefstijl van de populatie is sterk veranderd. De voedingskeuze is veranderd; er wordt vaker voor een gezonder alternatief gekozen, zoals bijvoorbeeld het gebruik van olie in plaats van boter. Ook het percentage rokende mannen is met 20% gedaald en de lichamelijke activiteit (sporten, bewegen) nam sterk toe (Puska, 2002a).

Deze veranderingen hebben geleid tot een verbetering van de gezondheid van de bevolking. Uit recente statistieken blijkt dat in 2001 het sterftecijfer voor coronaire hartziekten bij mannen tussen 35 en 64 jaar 85% lager ligt dan in de periode van 1969 tot 1971 (zie figuur 2.5). Indien – vanwege de vergelijkbaarheid – de periode 1980 – 2000 vergeleken wordt tussen Finland en Nederland, zien we in Finland een daling met circa 67% (1980 = 100%) en in Nederland een daling van 37% (Hartstichting, 2010). Overigens ligt de sterfte in Finland nog steeds hoger dan in Nederland (overall 93,8 per 100.000 versus 39,8 per 100.000 inwoners (www.worldlifeexpectancy.com)). Daarom kan de vergelijking nooit compleet zijn (zie ook Wagner, 2002). Niet uit te sluiten is dat Finland nooit het niveau van Nederland haalt.



Figuur 2.5. Leeftijdsgecorrigeerde sterftecijfers van coronaire hartziekten in North Karelia en geheel Finland onder mannen tussen de 35 en 64 van 1968 en 2001. Bron: Puska 2002a.

De successen in North Karelia zorgden er ook voor dat andere gemeenten de maatregelen uit North Karelia gingen implementeren in de eigen gemeente. Omdat in North Karelia was gebleken dat de maatregelen effectief waren, was er ook veel steun onder de bevolking. Gezondheidscentra begonnen met het mobiliseren van inwoners en startten campagnes en evenementen. Daardoor daalde vanaf eind zeventiger jaren ook de sterfte aan coronaire hartziekten in de rest van Finland.

Uiteraard is het project grondig geëvalueerd. Het heeft dan ook tot verschillende aanbevelingen geleid (Puska, 1996):

- *“Preventive community programmes should pay attention to the well-established principles and rules of general programme planning, implementation, and evaluation.*
- *Preventive community programmes should be concerned with both appropriate medical / epidemiological frameworks to select the intermediate objectives, and with relevant behavioural/social theories in designing the actual intervention programme.*
- *Good understanding of the community (“community diagnosis”), close collaboration with various community organizations, and full participation of the people are essential elements of successful community intervention programmes.*
- *Community intervention programmes should combine well-planned media and communication messages with broad-ranged community activities involving primary health care, voluntary organizations, food industry and supermarkets, worksites, schools, local media, and so on.*
- *Community intervention programmes should seek the collaboration and support from both formal community decision-makers and informal opinion leaders.*
- *Successful community intervention programmes need to combine sound theoretical frameworks with dedication, persistence and hard work.*
- *A major emphasis and strength of a community intervention programme should be attempts to change social and physical environments in the community more conducive to health and healthy lifestyles.*
- *Major community intervention programmes can be useful for a target community, but can also have broader impact as a national demonstration programme. For this, proper evaluation should be carried out and results disseminated.*
- *For national implications the project should work in close contact with national health policy makers throughout the programme”.*

2.2.4. Kernpunten van het beleid op het gebied van publieke gezondheid

Contouren en ontwikkeling van beleid op het gebied van publieke gezondheid

Het North Karelia project heeft grote invloed gehad op het Finse gezondheidsbeleid op landelijk niveau. Het project werd uitgevoerd in nauw overleg met de WHO en internationale onderzoeksinstituten. Veel van de principes die in het North Karelia project zijn gebruikt, hebben hun weg naar de rest van de wereld gevonden via het "Health for All in the Year 2000"- plan van de WHO en de daaropvolgende activiteiten, zoals het Ottawa-charter (WHO,1986) en het Healthy Cities Project. Daarmee zijn ze zowel direct (omdat ze mede zijn ontwikkeld door de Finse landelijke overheid) als indirect (via de adoptie van het WHO-plan) onderdeel geworden van het Finse beleid op het gebied van publieke gezondheid. Heden ten dage is er geen sprake meer van een intensieve, massale aanpak, zoals ten tijde van het North Karelia en landelijk in de tachtiger en negentiger jaren. Daarvoor worden door diverse respondenten vier oorzaken aangegeven:

1. Directieve wetgeving is vervangen door beleidsvrijheid voor gemeenten.
2. Door een verkeerde vertaling ('pioniersland' werd 'voorbeeldland') van WHO – publicaties in het Fins, trad een zekere vergoegzaamheid op, waardoor het enthousiasme voor verdergaande maatregelen terug liep.
3. Door het bereiken van het Europese gemiddelde (na een periode als onderste land in de rangorde te hebben gebungeld) verdween het "urgentiebesef".
4. Nadat een bepaalde aanpak langere tijd gewerkt heeft, vermindert de effectiviteit. Innovatie is nodig, maar die is in Finland niet overtuigend op gang gekomen (interview Kivimäki).

Hierdoor bevat het huidige beleid op het terrein van publieke gezondheid wel veel elementen van het beleid uit de tachtiger en negentiger jaren, maar heeft het niet meer het elan, het maatschappelijke draagvlak en het maatschappelijke effect van die periode.

Health In All Policies (HiAP)

Health in All Policies (HiAP) is de basis voor het landelijke en lokale beleid op het gebied van Publieke Gezondheid in Finland (Stahl, Wismar, Ollila, Lahtinen & Leppo, 2006). Van essentieel belang is dat HiAP een kabinetsbrede benadering op landelijk niveau is en een collegebrede benadering op lokaal niveau. Er is derhalve geen sprake van facetbeleid, maar daadwerkelijk van integraal beleid.

De Finse overheid hanteert twee manieren van integrale beleidsvoering. Ten eerste moet er bij het maken van beleidsbeslissingen door ieder ministerie rekening gehouden worden met de invloed van de beleidsbeslissing op de gezondheid van de bevolking. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van de methode van Health Impact Assessment (HIA), die in Finland methodisch sterk is doorontwikkeld. Het instrument ondersteunt het besluitvormingsproces door aan te geven wat de gevolgen zijn voor de volksgezondheid in verschillende situaties of bij verschillende beleidsbeslissingen. Door het gebruik van HIA beschikken de beleidsmakers over informatie die niet alleen bestaat uit gepubliceerde artikelen en onderzoeksrapporten, maar ook uit meningen en inzichten van de actoren die betrokken zijn bij of beïnvloed worden door het voorstel. Zowel kwalitatieve als kwantitatieve bewijsvoering kan worden aangedragen om voorstellen te onderbouwen (WHO, 2002). Financiële en economische vooruitberekeningen worden gemaakt voor de korte en lange termijn. Dit maakt dat gezondheid in

beleidsbeslissingen een grotere rol speelt en het minder snel voorkomt dat het financiële aspect op korte termijn de overhand krijgt. Er is sprake van een continue samenwerking tussen de verschillende ministeries op het thema 'gezondheid'.

Ten tweede werken verschillende ministeries samen met verschillende actoren om beleidsplannen tot een betere uitvoer te brengen. Gezondheidsbeleid stopt niet bij de overheid maar wordt samen met niet-gouvernementele organisaties (NGO's) en de betrokken uitvoerende instanties ten uitvoer gebracht. Dit vergroot de effectiviteit van het gezondheidsbeleid en zorgt voor een betere naleving en uitvoer van de gestelde doelen.

In 2001 heeft de overheid een nieuw integraal programma gestart, 'Health 2015' (Ministry of Social Affairs and Health, 2001). Dit is een vervolg op het Health for All 2000 programma. Het richt zich naast de gezondheidszorg ook op andere sectoren van de overheid (Allin, Mossialos, McKee & Holland, 2004) en is daarmee een inhoudelijke invulling van het HiAP-principe.

Tenslotte dragen ook alle ministeries bij aan het vierjaarlijkse "Social and Health Policy Report", waarin de ontwikkelingen met betrekking tot integraal beleid voor het gezondheidsdomein, inclusief het beleid gericht op vermindering van sociaaleconomische gezondheidsverschillen (SEGV), worden weergegeven.

Deze methodiek voor integraal gezondheidsbeleid wordt niet alleen door de landelijke overheid gehanteerd maar wordt ook ten uitvoer gebracht op het niveau van lokale gemeentelijke beleidsvorming. Verschillende afdelingen worden door middel van HIA instrumenten gedwongen rekening te houden met de invloed van beleidsvoorstellen op de gezondheid van de lokale bevolking en worden geacht meerdere voorstellen te presenteren waaruit gekozen kan worden. Hiermee kan er gekozen worden voor het voorstel dat de gezondheid het meest positief of het minst negatief beïnvloedt. Het belang daarvan wordt echter niet door iedereen gedeeld. Om te voorkomen dat de gemeentelijke afdelingen niet met HIA werken, heeft de burgemeester van Helsinki aan alle afdelingen in zijn gemeentelijke organisatie een brief geschreven dat er met deze methode gewerkt moet worden en wat het belang van HiAP is. Tevens hebben alle beleidsambtenaren van alle beleidssectoren van de gemeente Helsinki een HIA-training gehad.

Daarnaast worden in enkele gemeenten 'welfare rapports' opgesteld naar analogie met het landelijke "Social and Health Policy Rapport". Deze hebben een grote invloed op het lokale beleid. Men hoopt dat voorbeeldgemeenten als Salo andere gemeenten op het goede spoor zetten, als de resultaten voor zich (gaan) spreken.

Decentralisatie van beleid

Het laatste decennium is gekozen voor een toenemende decentralisatie van beleidsverantwoordelijkheden, gecombineerd met een globaler subsidiesystematiek. Gelet op de wijze waarop andere gemeenten en regio's reageerden op de aanpak in North Karelia werd er vanuit gegaan dat competitie tussen gemeenten het lokaal gezondheidsbeleid zou aanjagen, zeker als de gezondheidstoestand van gemeenten met elkaar vergeleken zou worden. Uiteraard werd wel een ondersteuningsstructuur op landelijk niveau gerealiseerd. Deze is vergelijkbaar met de Nederlandse ondersteuningsstructuur. In de wet staat dat gemeentes verantwoordelijk zijn voor het aanbieden van alle benodigde gezondheidsservices, maar staat niet exact beschreven op welke manier dit dient te gebeuren.

Het effect van deze decentralisatie was echter dat armere gemeenten vooral in gezondheidsservices en eerstelijnszorg investeren en nauwelijks in publieke gezondheid. Daarnaast beschikken ze niet over de kennis om adequaat, integraal beleid te voeren op het gebied van publieke gezondheid. Daardoor ontstaan er in deze gemeenten nauwelijks of geen samenwerkingsverbanden tussen de lokale overheid en private en maatschappelijke organisaties, terwijl in andere steden (bijvoorbeeld Salo) intensieve werkrelaties bestaan tussen het gemeentebestuur, gemeentelijke afdelingen onderling, gezondheidsorganisaties, scholen, horeca, sportscholen, sportverenigingen, vrijwilligersorganisaties, etc. ten behoeve van het voeren van een integraal beleid. Hierdoor ontstaat in de 'arme' gemeenten ook een neerwaartse spiraal voor wat betreft de bereidheid en het enthousiasme van andere partijen om gezondheid te bevorderen en zelfstandig actie te ondernemen. Er is een nieuwe wetswijziging op komst die volksgezondheid en 'speciale' gezondheidszorg samenvoegt. Hierin wordt gespecificeerd welke plichten de gemeentes hebben met betrekking tot HiAP en publieke gezondheid (interview Melkas & Ollila). Sommige gemeenten hebben de bevoegdheden en verantwoordelijkheden voor gezondheidsbevordering en integraal beleid overgedragen aan het hoofd van het lokale of regionale gezondheidscentrum. Deze rapporteert aan het gemeentebestuur, onderhoudt een eigen netwerk en geeft adviezen op alle beleidsterreinen. Door deze constructie wordt ook een evenwichtigere afweging gemaakt tussen de kosten voor cure en care enerzijds en de kosten voor preventie anderzijds.

Gezonde School

Gezondheid en kennis hierover wordt in schoolverband op vier manieren bevorderd:

- Verplichte gezondheidseducatie, op de basisschool geïntegreerd in andere vakken, op middelbare scholen als apart vak;
- Gezondheidsscreening van kinderen, te vergelijken met ons basistakenpakket jeugdgezondheidszorg;
- De verplichting van scholen en universiteiten om alle scholieren en studenten minimaal één gezonde maaltijd per dag aan te bieden;
- Een minimumnorm van twee uur lichaamsbeweging per week.

Als problemen worden de beperkte betrokkenheid van ouders gezien (die vinden het een verantwoordelijkheid van school) en het gebrek aan financiële middelen om gezondheidseducatie goed uit te voeren. Een derde uur verplichte lichamelijke oefening wordt als wenselijk gezien, maar past niet in het lesprogramma.

Bevorderen gezond bewegen

Dit gebeurt op tenminste drie manieren:

- Het realiseren van hardloop- en skifaciliteiten die voor iedereen vrij toegankelijk zijn;
- Het subsidiëren van sporten voor doelgroepen, zoals ouderen, gehandicapten en lagere SES-groepen;
- Het begeleiden en adviseren van mensen, die na een health-check up zijn doorverwezen naar een sportschool. Die health check-up wordt (in veel gemeenten) aangeboden aan alle mannen van 40 jaar, naast preventieve check-ups bij de keuring voor militaire dienst. Vrouwen krijgen een dergelijke

check-up bij zwangerschapscontrole. Artsen kunnen hun cliënten 'beweging' als recept voorschrijven. De arts neemt contact op met een sportorganisatie, die vervolgens contact opneemt met de cliënt. Zij gaan samen in overleg om de meest geschikte vorm van bewegen te vinden waarbij de kans op het blijven bewegen het grootst is. Enkele sportorganisaties monitoren de voortuitgang. Mocht de gekozen vorm van bewegen niet blijken te werken, dan wordt er gezocht naar een andere vorm die wel passend is.

2.2.5. Korte beschouwing

De resultaten van dit onderzoek en werkbezoek komen terug in hoofdstuk 3, waarin de voorwaarden voor een effectief gezondheidsbeleid worden geschetst. Daarmee is echter niet beweerd dat de situatie van Finland één-op-één kan worden vertaald naar de Nederlandse situatie. Ten eerste zijn de beste Finse resultaten gehaald in de zeventiger en tachtiger jaren. De ontwikkelingen sindsdien (computers, games, scooters, televisie, fast-food, individualisering, budgetten van jongeren, etc.) vergroten de kans op een ongezonde leefwijze. Ten tweede zit overgewicht in Finland boven het huidige Nederlandse niveau. Een verdere reductie vraagt een andere aanpak. Ten derde wordt door een aantal respondenten de volgzame Finse cultuur als belangrijk verschil benoemd, vooral in de zeventiger en tachtiger jaren, toen de invloed van de Sowjet-Unie nog pregnant aanwezig was. Maar niettemin heeft Finland laten zien dat door een juist samenspel van actoren en acties substantiële verbeteringen mogelijk zijn. Met name dat aspect zal in hoofdstuk 3 nader terugkomen.

2.3. Epode – Frankrijk

2.3.1. Inleiding

Epode staat voor “Ensemble Prévenons ‘l’Obésité des Enfants” (gezamenlijk voorkomen we overgewicht bij kinderen). Het initiatief staat vanaf eind 2008 internationaal in de belangstelling vanwege de resultaten die in twee dorpen in Frankrijk zijn bereikt. Op basis van de resultaten in die twee dorpen is een bedrijf voor sociale marketing gevraagd om de werkwijze die in het oorspronkelijke initiatief was ontwikkeld, te vertalen in een methodologie. Op dat moment kwam de naam Epode in beeld. Vervolgens is deze methodologie breed beschikbaar gesteld en wordt deze geïmplementeerd in minimaal vijf Europese landen (Frankrijk, Spanje, België, Nederland, Griekenland). Deze landen hebben zich in een Europees initiatief verenigd.

In het onderstaand overzicht wordt deze fasering aangehouden.

2.3.2. De start: FLVS (Fleurbaix Laventie Ville Santé Study)

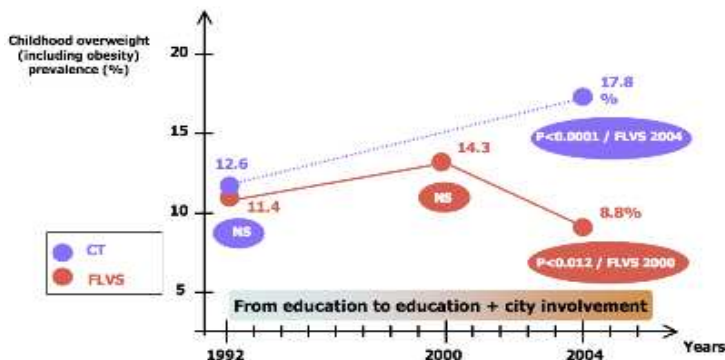
De Universiteit van Lille is in 1992 een project begonnen in twee Noordfranse dorpen: Fleurbaix en Laventie. Samen telden deze dorpen 6600 inwoners. Voor dit project werd door de universiteit een organisatie FLVS NGO opgericht met de naam “Ville Santé” (geassocieerd met Healthy Cities project van WHO). Dat maakte het eenvoudiger om met andere organisaties samen te werken.

In de eerste periode (1992 – 1996) was er uitsluitend sprake van intensieve voorlichting over voeding op kinderopvangvoorzieningen, buitenschoolse opvang

en basisscholen. Het doel van deze periode was bewustwording. In de tweede periode werd de hele gemeenschap gemobiliseerd om de boodschap (gezond dieet en voldoende lichaamsbeweging) onder de aandacht te brengen van de gezinnen met jonge kinderen. In deze periode werd een breed scala van organisaties actief: het gemeentebestuur, winkeliers, sportverenigingen, scholen, vrijwilligersorganisaties, etc. Er werden maatregelen getroffen in de fysieke omgeving (bijvoorbeeld veiliger fietspaden, speelveldjes), er werden activiteiten georganiseerd (beweegweken, wandeltochten, zomerkampen), het aanbod van gezonde voeding werd bevorderd en ouders werden zoveel mogelijk bij de activiteiten betrokken. Uitgangspunt was dat er iedere keer gedurende een bepaalde periode één nieuwe activiteit werd geïntroduceerd, die vervolgens moest beklijven. Pas dan werd een nieuwe activiteit georganiseerd.

Aan deze benadering lag een wetenschappelijke benadering ten grondslag, gebaseerd op gedragstheorie en gedragsfasetheorie. De eerste fase had als doel het onderwerp 'overgewicht en gezonde voeding' te agenderen, in de eerste plaats bij de kinderen in de opvangvoorzieningen en op de basisschool en via deze kinderen ook bij de ouders. In de daaropvolgende fase is er bewust voor gekozen om iedere keer één boodschap onder de aandacht te brengen (wandelen is leuk als het een speurtocht is; gezond eten kan ook lekker zijn; sport is leuk als je het met vrienden doet; als er maar speelveldjes zijn, komen wij erop spelen; een zomerkamp is lol en bewegen, etc.). In de relatief kleine gemeenschappen beklijfde het onderwerp daardoor en kwam de gemeenschap iedere keer opnieuw met het onderwerp in aanraking. Daarnaast werden er maatregelen in de fysieke omgeving getroffen, variërend van het uitdagend maken van de fysieke omgeving tot het weghalen van snoepautomaten en het aanpassen van het assortiment in winkels. Het kleinschalige karakter van de beide dorpen maakte deze acties uitvoerbaar en beheersbaar.

Jaarlijks werd gemeten hoeveel kinderen met overgewicht er waren. Na 10 jaar, in 2002, werd een trendbreuk geconstateerd in het percentage obesitas in de beide dorpen ten opzichte van twee dorpen in de directe omgeving, die als controle dienden en ten opzichte van de ontwikkelingen in de rest van Frankrijk, die vergelijkbare trends lieten zien als de controledorpen. De resultaten daarvan zijn in figuur 2.6. weergegeven.



Figuur 2.6. Ontwikkeling percentage obesitas in pilotgemeenten en controlegemeenten. Bron: Romon, 2008.

De conclusie van de onderzoekers was dan ook dat het mogelijk was door een dergelijke aanpak het overgewicht bij kinderen terug te dringen. Als succesfactoren werden door de onderzoekers benoemd (Romon, 2008):

- Gezondheidseducatie op scholen, gecombineerd met actieve betrokkenheid van 'lokale actoren' beïnvloedt de eetpatronen in gezinnen;
- Een positieve dynamiek in de samenleving draagt bij aan de slaagkans van zo'n project;
- De verspreiding van de boodschappen van 'gezonde voeding, gedrag en lichaamsbeweging' van kinderopvangvoorzieningen naar lagere scholen, met als effect de aanpassing van catering en het ontstaan van oudergroepen, sportgroepen, etc. in het basisonderwijs.
- Volhouden gedurende langere tijd is nodig voor positieve outcome op langere termijn.

Op basis van deze gegevens heeft de Universiteit Lille het bedrijf Proteines, gevraagd de werkwijze om te zetten in een methodologie. Dit bedrijf maakte al deel uit van de NGO Ville Santé en was al betrokken bij de sociale marketing activiteiten van het FLVS-project.

Dit is het begin van de 'zegetocht' van Epode.

2.3.3. De ontwikkeling van Epode – methodologie

Het betreffende bedrijf, Proteines, heeft de methodologie ontwikkeld in de periode 2003 – 2005. In de periode 2004 - 2007 zijn 10 andere Franse dorpen als pilot geïnccludeerd in het programma. Van deze andere dorpen zijn nog geen outcome-effecten bekend. Het pilot-karakter was er vooral in gelegen om na te gaan of de methodologie geïmplementeerd kon worden.

Epode is geen directe vertaling van de aanpak in Fleurbaix en Laventie Ville. Proteines heeft een methode ontwikkeld onder andere op basis van de FLVS-study, het North Karelia Project in Finland, de Kiel Obesity Prevention Study (Duitsland) en de Colac Study (dorp in Australië). Daarom komen er in de Epode-methodologie ook onderdelen voor die geen onderdeel uitmaakten van de FLVS. Dat geldt onder andere voor de actieve betrokkenheid van de landelijke overheid, waarvan bijvoorbeeld wel sprake was in Finland (zie paragraaf 2.2.), maar niet of nauwelijks in de twee Franse dorpen. De nadruk die ligt op 'kleine Gallische dorpjes' als begin van een belangrijke revolutie, is wellicht ook een vorm van sociale marketing met een appèl op lang vervlogen tijden.

De Epode-methodologie kent vier pijlers:

1. Een sterk bestuurlijk commitment op hoog gemeentelijk niveau. In Frankrijk was dit de burgemeester als gezaghebbend politiek leider, die een 'dwingend' appèl kan doen op maatschappelijke en private organisaties in de gemeente, die een uitgebreid netwerk heeft, die het ambtelijk apparaat kan aansturen (althoewel dat in Franse dorpen van beperkte omvang is), die beschikt over financiële middelen en andere beleidsinstrumenten (zoals vergunningen) en die zich in boodschappen tot de bevolking kan wenden;
2. Een stevige wetenschappelijke achtergrond, vaak vertaalt als een 'goede evaluatie'. Het gaat echter niet alleen om de evaluatie, maar om een stevige

wetenschappelijke begeleiding tijdens alle fasen van het proces, dus ook in de ontwikkeling van een 'aanpak op maat'.

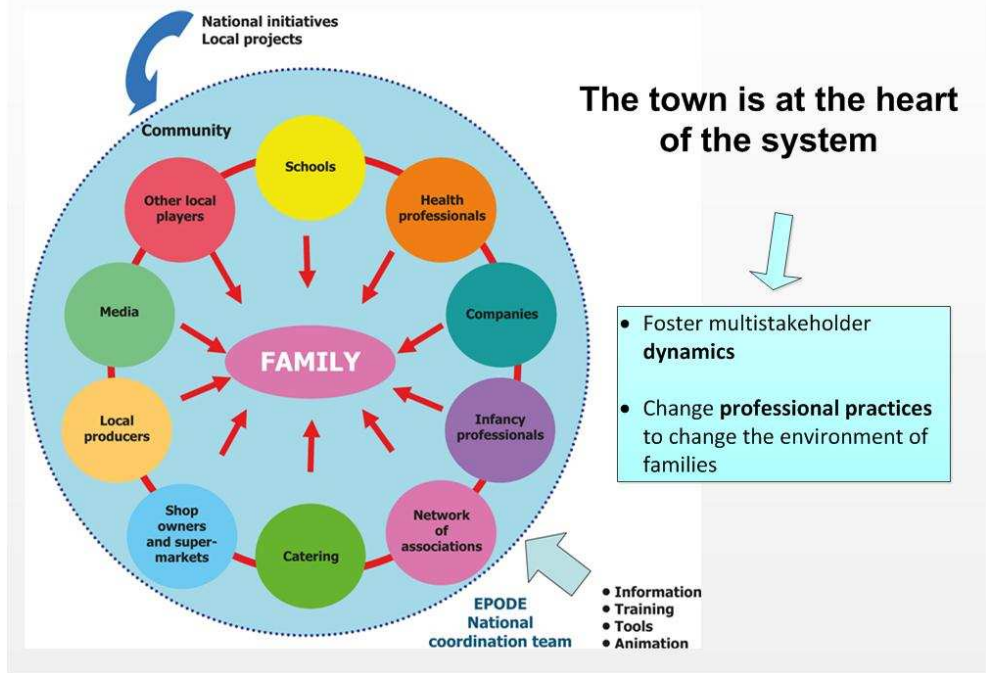
3. Een sociale marketing aanpak. Sociale marketing speelt een belangrijke rol in het veranderen van gedrag. Het past principes uit de gedragstheorie toe om gedrag van doelgroepen te beïnvloeden en daarmee zowel hun persoonlijke gesteldheid te verbeteren, alsook positieve input te leveren voor de samenleving (Stead, Hastings & McDermott, 2007; Henley & Raffin, 2009).
4. Een multi-stakeholder benadering, in de Nederlandse opzet vertaalt in een publiek-private samenwerking. Alle partijen die een rol kunnen spelen bij het nemen van maatregelen, die kunnen bijdragen aan het terugdringen van overgewicht, zouden die rol moeten spelen.

Daarnaast zijn bepaalde aspecten uit het FLVS-project niet terecht gekomen in de Epode – pijlers. Succesfactoren van het FLVS die niet als aparte pijler voorkomen en wellicht binnen de verschillende pijlers kunnen worden ingevuld, maar die in ieder geval een plaats moeten vinden in de implementatie van een Epode-project, zijn:

- het belang van een gefaseerde aanpak, beginnend met agendering,
- het essentiële belang van betrokkenheid van burgers c.q. ouders van kinderen,
- de dynamische interactie tussen bottom-up en top-down benadering
- het zorgen voor een hanteerbare schaal (vergelijk Ten Dam, 1997 in bijlage 2);
- het zorgen voor continuïteit voor langere termijn;
- het zorgen voor voldoende financiële middelen om de diverse activiteiten uit te voeren;
- het borgen van een planmatige aanpak, waarbinnen ruimte is voor bottom-up initiatieven.

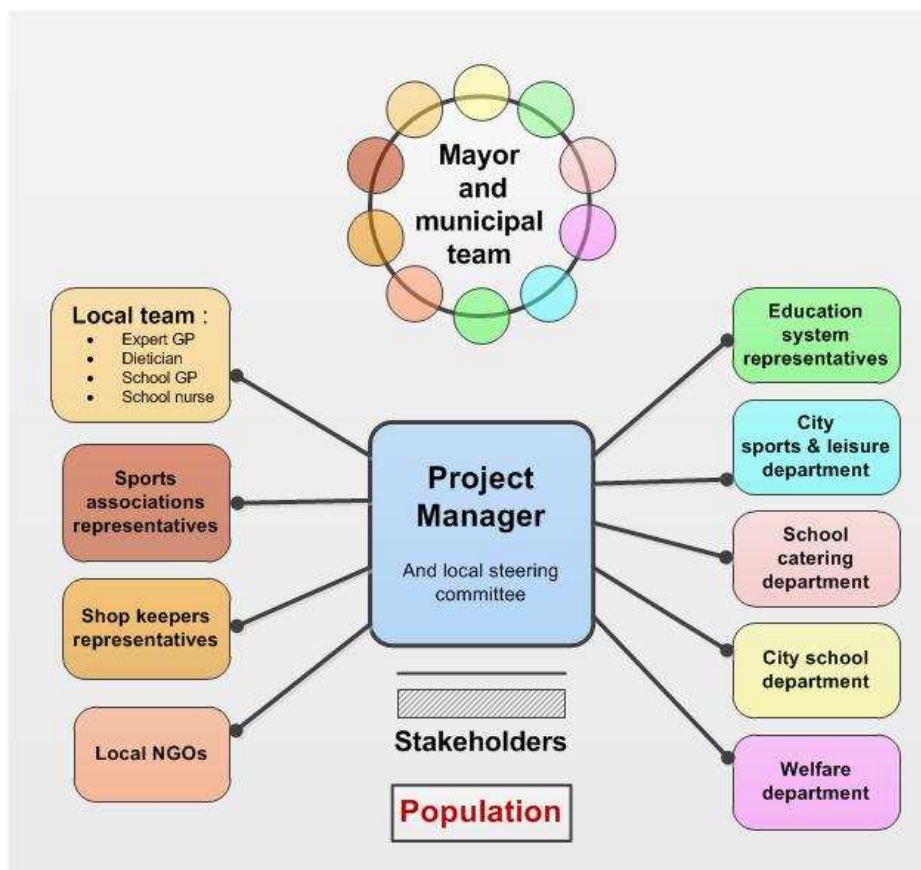
De 'commune' staat centraal in de Epode-aanpak en binnen deze commune de beïnvloeding van het gedrag van families met (jonge) kinderen, zoals te zien is in schema 2.1. Vanuit het Nationale coördinatieteam wordt met name ondersteuning geboden. In het oorspronkelijke project FLVS werd deze rol ingevuld door de FLVS NGO Ville Santé.

The town, at the heart of the system



Schema 2.1. Epoque –schema. Bron: www.epode-european-network.com .

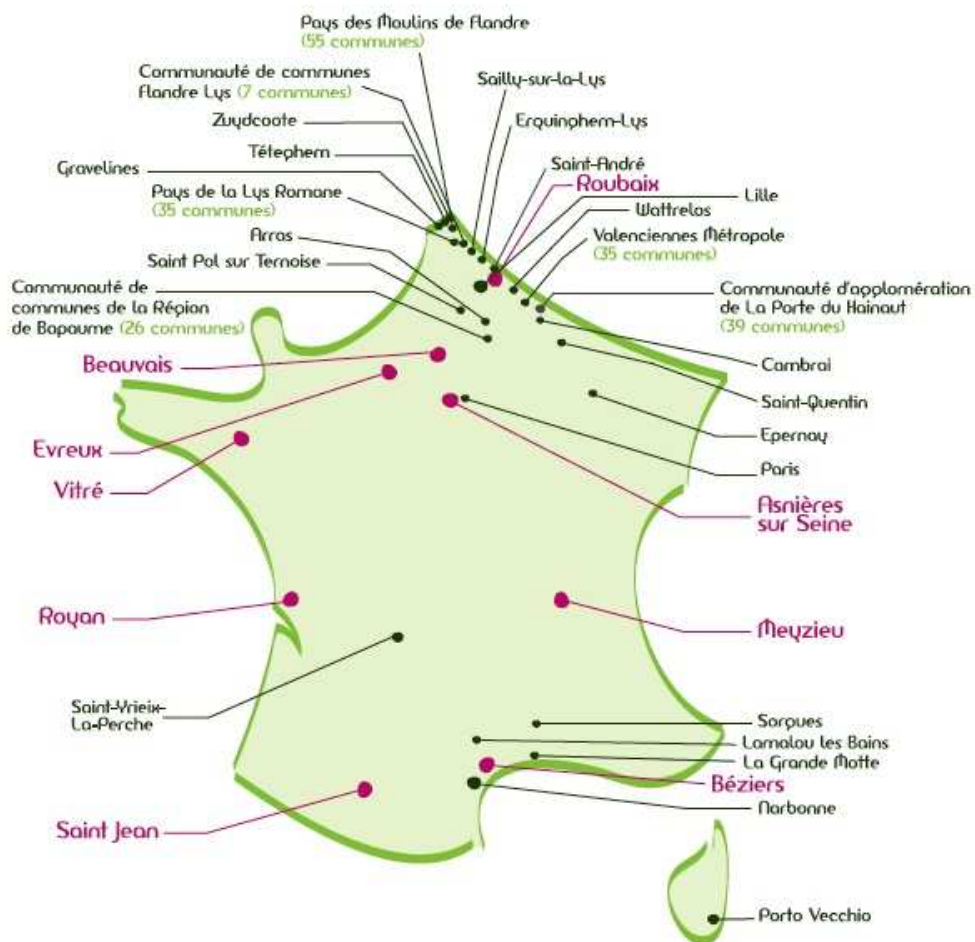
Ook voor de organisatie van de lokale setting is een model gemaakt. De gezaghebbend bestuurlijk leider staat hierin centraal. Hij of zij stelt een projectleider aan, die de daadwerkelijke activiteiten uitvoert en terug kan vallen op de autoriteit en het gezag van de bestuurlijk leider. In schema 2.2 is dit weergegeven. In dit schema moet het “municipal team” gezien worden als representant van andere beleidsvelden, zoals ruimtelijke ordening en infrastructuur.



Schema 2.2.. Schematische weergave van de lokale organisatie. Bron: www.epode-european-network.com

2.3.4. Uitrol van de methode in Frankrijk en andere landen

Omdat de Universiteit Lille de activiteiten had ondergebracht in een NGO, waarvan ook andere organisaties onderdeel uitmaakten, kon het Epode-initiatief eenvoudig geadopteerd worden door de Franse overheid, kon er een landelijke organisatie gevormd worden en kon het initiatief landelijk uitgerold worden. Inmiddels doen er 225 Franse gemeenten mee, zij het niet gelijkmatig verdeeld over Frankrijk (zie figuur 3.7). De activiteiten in deze gemeenten variëren, wat het erg moeilijk maakt om precies te identificeren welke elementen bijdragen aan een daadwerkelijke vermindering van het overgewicht. Hierdoor zal het enkele jaren duren voor er meer inzicht ontstaat in de slaag- en faalfactoren van de diverse onderdelen van de Epode-methodiek. In Nederland worden de JOGG-gemeenten gemonitord door het CIAO- consortium (zie paragraaf 4.3.).



Figuur 2.7.. Franse Epode- gemeenten in 2010. Sommige namen in het schema omvatten meerdere 'communes' (groene tekst). Bron: www.epode.fr

2.3.5. Het Epode European Network (EEN)

Omdat in andere Europese landen de Epode-methode werd geïmplementeerd, is door Proteines het initiatief genomen om een Europees netwerk te formeren: het Epode European Network (EEN).

Dit is vooral een platform voor informatie-uitwisseling. Het netwerk bestaat of wordt gesteund door de partijen en organisaties die in tabel 2 worden genoemd.

Tabel 2.2. Partners in het Ecode European Network (EEN).

Initiatiefnemer	Proteines, gesteund door Ville Santé
Steunverleners	DG Health & Consumers, Executive Committee for Health and Consumers (EAHC)
Wetenschappelijke partners	Universiteit Gent Universiteit Lille Vrije Universiteit Amsterdam Zaragoza Universiteit European Association for the study of Obesity
Founding partners	Ferrero Mars Nestlé Orangina Schweppes Group (since 2009)

Bron: www.ecode-european-network.com

Inmiddels (September 2011) zijn er in Spanje 38 gemeenten betrokken bij het Thado-programma, in België 16 bij het Viasano-programma, in Griekenland 13 bij het Paideiatrofi programma en in Nederland 12 gemeenten en één provincie (Drenthe) bij het JOGG-programma.

2.3.6. Korte beschouwing

Het is evident dat de aanpak in Fleurbaix en Laventie werkt c.q. heeft gewerkt (Van Koperen & Seidell, 2010). Op basis van deze aanpak en projecten in andere landen is de Ecode-methodiek ontwikkeld. FLVS en Ecode zijn echter twee verschillende entiteiten. De beide dorpen werden benaderd door de Universiteit Lille om mee te doen aan een innovatief project, hebben een strak gefaseerd programma doorlopen, waarin ook ruim tijd (2 jaar) was ingeruimd voor agendering en hadden specifieke condities die bepalend waren voor de slaagkans (draagvlak, gezaghebbend bestuurlijke leider, dorps schaal). Wellicht dat ook het Hawthorne-effect (in het begin) heeft meegespeeld (Landsberger, 1958).

Ecode is een methodiek die door een landelijke organisatie wordt gestimuleerd en aangeboden en waarvoor gemeenten die willen meedoen zelf een belangrijk deel van de condities moeten creëren, die nodig zijn om de aanpak succesvol te implementeren. Het vraagt ook acties van de landelijke overheid, bijvoorbeeld ruimte in bepaalde regelgeving. Daarom is het van belang om bij de lokale implementatie van de Ecode-systematiek niet alleen aandacht te besteden aan de vier pijlers, maar ook aan de succesfactoren van de oorspronkelijke projecten, inclusief de succesfactoren die door de onderzoekers zijn genoemd. Op die manier worden de ervaringen van Fleurbaix en Laventie gecombineerd met inzichten uit andere effectieve projecten in diverse landen. In hoofdstuk 3 wordt op verschillende succesfactoren verder ingegaan.

2.4. Hartslag – Limburg

2.4.1. Inleiding

In 1994 organiseerde de Nederlandse Hartstichting (NHS) een expertmeeting, waarin gesproken werd over de aanpak van hart- en vaatziekten. Tijdens deze meeting liet de NHS weten steun te willen verlenen aan een project dat preventie-activiteiten van GGD'en, gemeenten, huisartsen en ziekenhuizen zou bundelen. Op basis van dit signaal organiseerde de burgemeester van Meerssen (L), die tevens bestuurslid was van de NHS, een bijeenkomst met de betreffende partijen in Zuidelijk Zuid-Limburg, teneinde na te gaan of een dergelijk project in de regio rond Maastricht gerealiseerd kon worden. Dit was het begin van het project Hartslag Limburg, dat in 1998 van start ging met financiële steun van de NHS (Ruland, 2008).

Het project liep van 1998 tot en met 2002 (met enige uitloop) en kende een community-deel en een deel dat zich bezig hield met de hoogrisico-groep voor hart- en vaatziekten. Het community-deel is na afloop van de projectperiode omgevormd tot een product binnen de GGD Zuidelijk Zuid-Limburg, het projectdeel met de huisartsen is na afloop gestopt vanwege financieringsproblemen en het projectdeel met de ziekenhuizen is tot en met 2006 voortgezet onder de naam Hartslag 2. In 2006 is ook dit projectdeel gestopt en is de filosofie achter het project en een deel van de preventieve activiteiten onderdeel geworden van de werkwijze van de cardiologen in het Academisch Ziekenhuis Maastricht.

Het project is uitgebreid geëvalueerd, onder andere door middel van 5 dissertaties (Ronda, 2003; Harting, 2005; Hoeijmakers, 2005; Jansen, 2007 en Ruland, 2008) en een vervolgstudie (Schuit e.a., 2007). Ook hebben er een kosteneffectiviteitsstudie (Ronckers, 2006) en een ethisch onderzoek naar de opvattingen, normen en waarden van de doelgroep plaatsgevonden (Horstman & Houtepen, 2005).

2.4.2. Uitgangspunten en werkwijze

Ruland (2008) memoreert in zijn proefschrift de uitgangspunten en doelstellingen van het project:

Als uitgangspunten worden geformuleerd:

1. *“Opzet van een integrale aanpak die interventies voor de hele bevolking, en daarbinnen vooral voor lage sociaal economische status (LSES-) groepen, weet te verenigen met interventies voor medische hoogrisico patiënten bij huisartsen en in het ziekenhuis.*
2. *Zo veel mogelijk aansluiten bij ‘het bestaande’: bestaande lokale samenwerking, initiatieven, werkwijzen, al bewezen effectieve interventies, etc..*
3. *Participatie van de doelgroep: van de bevolking, gemeenten en intermediairs via lokale werkgroepen, van huisartsen en specialisten via bestaande en ad hoc overlegmogelijkheden.*
4. *Wetenschappelijke evaluatie van de processen, de effecten en de kosten van het hele project.*
5. *Continuering op lange termijn: de vernieuwing dient blijvend ingebouwd te worden.*

6. *Kwaliteitsbewaking voor alle interventies in de praktijk.*
7. *Iedere deelnemende partner dient ook uit eigen middelen bij te dragen.*
8. *Een betekenisvolle omvang, geschat op een investeringsbedrag van minimaal € 450.000 per jaar."*

Als doelstellingen werden geformuleerd:

- *"Meetbare reductie van drie belangrijke risicofactoren: roken, vetconsumptie en lichamelijke inactiviteit, uitgedrukt in percentages reducties, te meten op zowel populatieniveau als op patiëntniveau en in gelijke mate bij de lage SES doelgroep als bij andere SES groepen.*
- *Realiseren van een blijvende samenwerking tussen de drie echelons (publieke gezondheidszorg, huisartsen en specialisten."*

Verwacht werd dat uitvoeren van beide deelprojecten onder één regie, in één periode en in één gebied een versterkend effect zou hebben op de effecten van de afzonderlijke projecten. Of dit daadwerkelijk is gebeurd, is (voor zover kon worden nagegaan) niet verder onderzocht.

In het community-deel werden acht lokale werkgroepen geformeerd, bestaande uit vertegenwoordigers van bewoners, welzijnsorganisaties, thuiszorgorganisaties, gemeente en GGD. Iedere kleinere gemeente kende één werkgroep en Maastricht kende vier werkgroepen voor evenveel wijken. Deze werkgroepen bedachten en organiseerden een groot scala aan activiteiten om lichaamsbeweging en gezond eten te bevorderen, daarbij ondersteund door de GGD die werkzame componenten voor deze interventies aanreikte op basis van eerder literatuuronderzoek. In totaal zijn er in deze periode circa 850 activiteiten georganiseerd. Iedere werkgroep bedacht (meestal op basis van de aangereikte werkzame componenten) eigen activiteiten, die pasten bij de lokale situatie. Daarnaast zijn er door een regionale werkgroep enkele projecten breder ontwikkeld en binnen alle gemeenten aangeboden, bijvoorbeeld een cursus 'bewegen zonder zorgen' en een budgetteringscursus met aandacht voor het slim kopen van gezonde voeding. Enkele voorbeelden van projecten: winkeliers labelen hun gezonde producten, diëtisten geven rondleidingen in een supermarkt, wandelclubs en andersoortige beweegclubs ontstaan, er worden gezonde kook- en proefdemonstraties gegeven, regionale stoppen-met-roken-campagne, beweegactiviteiten voor ouderen, etc.

In het hoog-risicoproject werden personen met hart- en vaatziekten of een hoog risico daarop door huisartsen en specialisten doorverwezen naar gezondheidsadviseurs. Deze adviseerden deze personen en verwezen ze door naar adequate ondersteuningsvormen.

2.4.3. Resultaten

Bij de evaluatie moet een onderscheid worden gemaakt tussen de output (meer bewegen, gezonder eten, minder roken), de ontwikkeling van determinanten (cholesterol, Body Mass Index, buikomvang, bloeddruk) en de ontwikkeling van de gezondheid (minder hart- en vaatziekten).

Community-deel

Een eerste evaluatie heeft plaatsgevonden in het kader van de dissertatie van Gaby Ronda (Ronda, 2003). Daarbij heeft zij een conceptueel raamwerk gebruikt dat de relatie aangeeft tussen projectcomponenten aan de ene kant en de 'outcome' hart- en vaatziekten aan de andere kant. Het raamwerk is een integratie van theorieën en principes van 'community-organisatie en theorieën en modellen op het gebied van gezondheidsvoorlichting.

Project-componenten	Community – Principles	Preventieve interventies	Psychosociale determinanten	Risicogedrag	Gezondheid
→	→	→	→	→	
Analyse gezondheid Werkgroepen Kwaliteitsborging	Participatie Intersectorale samenwerking Aansluiten bij situatie Sociale netwerk - benadering Omgevingsstrategie Multimedia- en multimethoden-strategie	Aantal Bereik Effecten (output)	Attitude Invloed sociale omgeving Zelfvertrouwen/ eigeneffectiviteit (self-efficacy) Bewustzijn Gedragsfasen	Hoge energie-intake Roken Onvoldoende lichaamsbeweging	Hart- en vaatziekten

Schema 2.3. Raamwerk voor de relatie tussen projectcomponenten en outcome in gezondheidstermen.
Bron: Ronda, 2003.

In de **nulmeting** werd vastgesteld dat de mate van risicogedrag boven het landelijk gemiddelde lag en dat er een duidelijke relatie was tussen gedragsfasen en psychosociale determinanten (attitude, bewustzijn, eigen-effectiviteit). Dat vereist een specifieke aanpak voor iedere gedragsfase (zie hoofdstuk 3).

De **procesevaluatie** liet zien dat de afspraken in het algemeen werden nagekomen, maar dat er ook nog aandachtspunten waren, zoals *“de kwaliteit van de communicatie, de tijd die de leiding in de werkgroep kan steken, de formatie van speciale subwerkgroepen, deskundigheidsbevordering van de werkgroepleden, en het aantal leden van de werkgroepen”*

Activiteiten gericht op het stoppen met roken werden het slechts geïmplementeerd, activiteiten gericht op gezonde voeding het beste.

De **effectevaluatie** (Ronda, 2003; Schuit e.a., 2007) liet geen significant verschil tussen onderzoeksgroep en controlegroep zien voor wat betreft roken, maar wel wat betreft voeding. De onderzoeksgroep bewoog enigszins meer dan de controlegroep, maar het verschil was niet groot. Positieve effecten werden gevonden op de Body Mass Index, de middelomtrek, de bloeddruk en het

glucosegehalte (alleen bij vrouwen). Het cholesterolgehalte verschilde niet van de controlegroep.

Harting (2005) heeft onderzoek gedaan naar het hoogrisico-deel van het project. Ze stelt vast dat patiënten het gesprek met de gezondheidsadviseur met een ruime 8 beoordelen. Hun voedingspatroon verbeterde significant, hun bewegingsgedrag enigszins en hun rookgedrag nauwelijks. Zij onderzoekt ook de verschillende elementen van de verwijzing door huisarts of specialist en van het gesprek met de gezondheidsadviseur. Dit is vertaald in doorgevoerde veranderingen in het project Hartslag 2. Dit project had positieve resultaten op korte en lange termijn voor bewegen en stressreductie (coping) en korte termijn effecten voor voeding. Op het rookgedrag had de interventie geen invloed. Als gesprekstechniek werd 'motivational interviewing' gebruikt, met aandacht voor de gedragsfae waarin de patiënten zich bevonden.

2.4.4. *Beschouwing en conclusies*

In een dermate complex project is het nauwelijks mogelijk individuele succesfactoren te analyseren. Omdat de verschillende onderdelen en fasen van het project planmatig en op basis van theorieën over 'community-approach' en gezondheidsbevordering zijn opgezet (zie schema 2.3.) wordt aangenomen dat alle afzonderlijke factoren (projectcomponenten, community-principes, aard en kwaliteit interventies, aanwezigheid c.q. bevorderen van goede psychosociale determinanten) succesfactoren zijn. Ruland (2008) en Jansen (2007) benoemen succesfactoren op een andere dimensie, zoals leiderschap, bestuurlijk commitment en de kwaliteit van de driehoek beleid – praktijk – wetenschap. Ruland zegt hierover: *"De opbouw van de samenwerking werd mogelijk gemaakt door enkele belangrijke bevorderende factoren: de meedenkende en stimulerende rol van een hoofdsponsor, lokale politieke betrokkenheid, een positief investeringsklimaat, stapsgewijze opbouw met partners die al langere tijd samenwerken en sociaal ondernemerschap"*.

Steenbakkers e.a. (2010) benadrukken bepaalde elementen van de gemeentelijke organisatie en de kwaliteit van de dialoog tussen gemeente en GGD als succesfactoren, terwijl ook randvoorwaarden als beschikbare middelen en menskracht als essentieel worden gezien. Jansen & Ebben (2006) benadrukken het belang van een 'kar-trekker' in het ziekenhuis, die goed thuis is in het ziekenhuis, de processen en lijnen kent en het belang van richtlijnen voor doorverwijzing.

Dit pleit bij de analyse van dergelijke projecten voor een 'multi-angle-approach' in zowel de opzet, uitvoering en evaluatie van gezondheidsprojecten (Arble & Moberg, 2006). 'Slagen of falen' zit immers in vele, verschillende, kleine hoekjes. Die aanpak zal in hoofdstuk 3 verder worden uitgewerkt.

2.5. Overvecht - Utrecht

2.5.1. *Inleiding*

In 2005 nam de GG&GD Utrecht, onderdeel van de gemeente Utrecht, het initiatief tot het project Gezond Gewicht Overvecht (GO), mede op grond van signalen van

de welzijnsorganisatie Cumulus, die in de wijk Overvecht (34.000 inwoners) actief was en constateerde dat overgewicht bij kinderen een steeds groter probleem werd. Zorgorganisatie Aveant sloot zich bij het initiatief aan. Partijen sloten een convenant en zetten een projectorganisatie op. De GG&GD financierde een belangrijk deel van de activiteiten (Grote Steden Beleid, zie paragraaf 4.3.4.), daarnaast was er natuurlijk substantiële inzet van de andere organisaties.

In de voorbereidingsfase werd een community-diagnose uitgevoerd, waardoor problemen, meningen, stakeholders en mogelijkheden beter in beeld kwamen. Actie- en evaluatieonderzoek maakten deel uit van het project (De Geus e.a., 2011).

Doel was het terugdringen van overgewicht bij de jeugd tot en met 19 jaar in de wijk Overvecht. Concrete doelstellingen hadden betrekking op 1) dagelijks ontbijt, 2) aanbevolen hoeveelheid groenten en fruit en 3) sporten. Er zijn in Overvecht circa 6.500 jongeren in die leeftijd, driekwart daarvan is van allochtone afkomst.

Naast aandacht voor interventies was er ook aandacht voor het creëren van een hecht netwerk in de wijk, waardoor de interventies na afloop van de projectperiode voortgezet zouden worden.

2.5.2. Uitgangspunten en werkwijze

De community-benadering was een belangrijk uitgangspunt. Een community-benadering houdt in dat niet alleen wordt geprobeerd het gedrag van individuen te beïnvloeden, maar dat een buurt of wijk dusdanig wordt veranderd – andere organisatie, nieuwe voorzieningen, sterkere netwerken – dat de wijk of buurt bijdraagt aan de bevordering van de gezondheid van bewoners (Brug e.a., 2007).

Voor wat betreft de werkwijze werd het referentiekader Gezondheidsbevordering gehanteerd (Saan & De Haes, 2005). Dit maakt onderscheid in vijf soorten activiteiten:

1. Informatie, voorlichting en educatie
2. Community-ontwikkeling
3. Organisatieontwikkeling
4. Pleitbezorging en
5. Samenwerking binnen en buiten de eigen sector.

Informatie, voorlichting en educatie

Er zijn 143 activiteiten uitgevoerd, onderverdeeld in 41 activiteiten, gericht op massamedia (flyers, posters, radio, wijkbladen), 10 individuele activiteiten in de richting van de doelgroep (bijvoorbeeld individueel advies) en 92 groepsactiviteiten (beweegactiviteiten, fruitbeleid, voorlichting aan ouders, gezondheidsvoorlichting in lessen, bijscholen professionals, etc.) Maar ook activiteiten in samenwerking met sportclubs, tuinverenigingen en bibliotheek.

Tijdens het project is een centraal begrip geïntroduceerd: BBOFT. Dit staat voor Borstvoeding, Buiten Spelen, Ontbijten, 'ontmoedigen Frisdrankgebruik' en 'TV-kijken en computeren ontmoedigen'.

Community-ontwikkeling

Het doel van community-ontwikkeling is het blijvend betrekken van intermediairs in de wijk bij de activiteiten, ook als de projectfase voorbij is. Er is ingezet op netwerkvorming tussen intermediairs onderling en organisaties in de wijk zijn

uitgenodigd zelf activiteiten te organiseren. In totaal zijn 85 activiteiten geregistreerd.

Organisatieontwikkeling

Het doel hiervan is het effectief uitvoeren van interventies tijdens de projectfase en continuering van activiteiten na de projectfase. Netwerkvorming is in dit kader een belangrijke activiteit, maar bijvoorbeeld ook het uitbrengen van nieuwsbrieven. Ook beleidsmatige activiteiten vallen hieronder, bijvoorbeeld het 'fruitbeleid' in het onderwijs (tienuurtje is uitsluitend fruit, alleen gezonde traktaties) en de certificering van het voedings- en beweegbeleid in de voorschoolse opvangvoorzieningen van Cumulus. Daardoor is dit onderdeel van het opleidingsprogramma van medewerkers en van de dagelijkse werkzaamheden. In totaal zijn 144 acties ingezet.

Pleitbezorging en intersectorale samenwerking

Het feit dat het aantal participanten is uitgegroeid van 3 naar meer dan 30 geeft al aan dat er flink geïnvesteerd is in lobbyen en het betrekken van andere sectoren bij het project. Een aantal partijen is bewust benaderd, andere partijen hebben zich spontaan aangemeld.

2.5.3. Resultaten

Vijf soorten resultaten kunnen worden onderscheiden:

- **Activiteiten uitgevoerd conform planning.** Voor zover activiteiten gepland waren, zijn ze in het algemeen ook uitgevoerd. Activiteiten die spontaan door sommige andere partijen werden voorgesteld laten zich natuurlijk niet langs deze meetlat leggen. Alleen voorziene activiteiten in samenwerking met de eerstelijns gezondheidszorg kwamen moeizamer tot stand dan gedacht (Oosterman e.a., 2010).
- **Het bereiken van de concrete doelstellingen.** De doelstelling dat 20% meer kinderen dagelijks zouden ontbijten is niet gehaald, maar op 15% blijven steken. De doelstelling ten aanzien van 10% meer kinderen dat de norm voor groenten en fruit haalt, is met 11% gerealiseerd, evenals de doelstelling dat 20% meer kinderen zouden gaan sporten. Dat is uiteindelijk 24% geworden.
- **Ontwikkeling percentage overgewicht.** Bij het begin van het project was het percentage kinderen met overgewicht 26%, dit is gedaald tot 20%. Significante verschillen waren er voor 4-7 jarigen, 4-12 jarigen met een lage SES en 4-12 jarigen met Marokkaanse achtergrond. Minder tot geen verschil met de controlewijk werd gevonden voor kinderen met een Turkse achtergrond en voor middelbare scholieren, maar dat wordt wellicht verklaard door het feit dat de meeste activiteiten zich richtten op de basisschool en de voorschoolse opvang.
- **Netwerkvorming en participatie.** Er zijn verschillende vitale netwerken in de wijk gevormd. Participatie van eerstelijns voorzieningen, jeugdgezondheidszorg, bedrijfsleven en participatie van vooral allochtone ouders bleef achter bij de beoogde situatie. Pubers konden moeilijk worden bereikt; er waren wel contacten met middelbare scholen, maar het was zoeken naar effectieve interventies (Oosterman e.a., 2010). De Geus (2011) benoemt enkele succesfactoren: voldoende (groei-)tijd, respect voor belangen

van andere organisaties, flexibiliteit binnen een planmatige aanpak en actie-onderzoek als onderdeel van het proces, waardoor de dialoog op gang wordt gebracht en de betrokkenheid wordt vergroot.

- **Continuïteit.** Enkele interventies zijn omgezet in beleid (fruitbeleid, voedings- en beweegbeleid) en door intermediairs wordt ook een andere houding van ouders en kinderen ervaren. Op basisscholen zijn ouders beter aan te spreken op het volgen van fruitbeleid en het belang van goed ontbijten. Een deel van de activiteiten is gestopt, doordat de projectorganisatie en de projectleider uit beeld zijn en het activiteitenbudget van € 50.000,- niet meer beschikbaar is. Wel blijft er binnen de wijk relatief veel aandacht voor gezonde voeding en gezond bewegen.

2.5.4. Beschouwing en conclusies

Het project kent een wetenschappelijke gefundeerde, projectmatige aanpak. Vandaar dat men er vanaf het begin van overtuigd was dat effecten op de gezondheid konden worden verwacht en men sterk heeft ingezet op 'community-building' en continuïteit na afloop van de projectperiode. Die post-projectperiode vraagt echter ook een forse investering om inzakken te voorkomen. Enkele activiteiten zijn structureel geworden, maar andere activiteiten waren eenmalig of zijn na afloop van het project gestopt. De GG&GD probeert wel zoveel mogelijk activiteiten in het kader van haar reguliere werkzaamheden aan te bieden. Daarnaast is sprake van een gemeente-brede Gezond Gewicht aanpak en is Utrecht een JOGG-gemeente, waarbinnen Overvecht een focuswijk is.

In hoeverre sprake zal zijn van gedragsbehoud van basisschoolkinderen in de middelbare school-periode zal pas over enkele jaren blijken. Wel is op basisscholen en voorschoolse voorzieningen een andere wind gaan waaien.

2.6. Laarbeek

2.6.1. Inleiding

De oorsprong van het initiatief ligt in de wijze waarop de gemeente Laarbeek in Noord-Brabant de nota gemeentelijk gezondheidsbeleid wilde opstellen. Vanaf het begin van de opstelling van deze nota zijn zowel burgers als professionals daarbij betrokken. Burgers dienden zich te herkennen in de doelstellingen die werden geformuleerd en in de voorgenomen activiteiten. Ze zijn ook uitgenodigd om zelf met voorstellen voor activiteiten te komen. Daarvoor is een prijsvraag uitgeschreven; het winnende idee kon rekenen op een subsidie van € 3.300,-.

De gezondheidsrace is het winnende idee geworden, is in 2010 uitgevoerd en heeft inmiddels ook de landelijke prijs 'Versterking Gezondheidsvaardigheden 2010' gekregen.

2.6.2. Uitgangspunten en werkwijze

Laarbeek bestaat uit vier dorpskernen. Door 'gezonde competitie' als uitgangspunt te nemen is het concept ontwikkeld, waarbij iedere kern een gezondheidsteam heeft, bestaande uit 12 personen. De teamcaptains zijn door de initiatiefnemers gevraagd, de teamleden werden gevraagd door de teamcaptains, maar konden zich ook zelf aanmelden bij het sportcentrum Coach, dat de individuele teamleden

voorlicht, faciliteert en monitort. Geprobeerd is door de samenstelling van de teams binnen iedere kern een zo groot mogelijk netwerk te bereiken. Voorkomen moet worden dat één familie met 12 personen het gezondheidsteam vormt. Het team dat na één jaar het beste heeft gepresteerd, heeft de gezondheidsrace gewonnen. Ieder team ontvangt een budget van € 500,-.

Een tweede uitgangspunt is de combinatie van burgerinitiatieven en begeleidende ondersteuning door professionals. Burgers bedenken zelf hoe ze gezonder gaan leven en beïnvloeden ook hun omgeving. Daarnaast worden plaatselijke organisaties gevraagd het project te ondersteunen door activiteiten te organiseren en de teams te ondersteunen. Ook de teams zelf zetten partnerships op met ondernemers in de gemeente. De GGD geeft projectmatige ondersteuning en adviseert over activiteiten. Het is derhalve een mix van een top-down en een bottom-up-benadering, met de nadruk op de laatste.

Door het instellen van een puntensysteem is het mogelijk verschillende soorten activiteiten te honoreren. De gezondheidsteams krijgen niet alleen punten door zelf gezonder te gaan leven, maar ook door anderen gezonder te laten leven. Voorbeelden hiervan zijn het opzetten van een wandelclub, beweegactiviteiten in verzorgingshuizen, activiteiten op school, workshop gezond barbecueën, workshop gezonde kerstmaaltijd, verspreiding van gezonde weekrecepten bij winkeliers en een actieve klussenzaterdag.

Aansluiten bij andere initiatieven of evenementen was ook een veel gevolgde werkwijze. Zo werd de gezondheidsrace gepropageerd tijdens het popconcert 'Bavaria open Air', carnavalszittingsavonden, carnavalsoptocht, Koninginnedag, kermis, ouderavonden op school, avondvierdaagse en kindervakantiewerk.

Ook is veel aandacht besteed aan communicatie. Op de website van de gemeente kunnen de ontwikkelingen gevolgd worden, de lokale radio besteedt er aandacht aan en ieder gezondheidsteam heeft een eigen Hyves-pagina.

Inwoners en organisaties worden actief bij het project betrokken doordat er in iedere woonkern een gezondheidsmarkt wordt georganiseerd. Daar vinden tussenmetingen plaats en zijn prijzen te winnen, zoals sportabonnementen of bonnen voor gezonde voeding.

Tijdens de slotmanifestatie in december 2010 is de eindstand bekend gemaakt. De winnaar is de dorpskern Mariahout.

2.6.3. Resultaten en vervolg

De teamleden zijn afgevallen (precieze resultaten zijn niet bekend). Verschillende activiteiten (vrijwilligersactiviteiten, wandelclub, sportontmoetingen, gezonde kookclub) gaan door na afloop van het eerste jaar van de race. De gemeente heeft in het kader van het ZonMW-programma Gezonde Slagkracht een tweejarige subsidie gekregen om het project verder te ontwikkelen. Met ingang van april 2011 is de draad weer opgepakt, de tweede gezondheidsrace is op 1 oktober 2011 gestart. Het NIGZ adviseert de gemeentelijke projectleider over de gemeentelijke rol, bijvoorbeeld hoe derde partijen betrokken kunnen worden en hoe dit initiatief een structurele inbedding kan krijgen.

Er zijn nog geen onderzoekpublicaties beschikbaar; de gebruikte informatie is afkomstig van de website en het projectplan.

2.6.4. *Beschouwing en conclusies*

Burgers op deze wijze betrekken heeft diverse positieve aspecten, ten eerste op die burgers zelf en ten tweede op hun omgeving. Het verhoogt daarmee ook de sociale samenhang en de leefbaarheid, onder andere door meer vrijwilligersactiviteiten en meer gezamenlijke sportactiviteiten. Competitie lijkt een goede manier om gedrag te veranderen. Op de diverse afzonderlijke succesfactoren wordt in hoofdstuk 3 verder ingegaan.

2.7. **Overall conclusie**

De vijf genoemde initiatieven zijn verschillend van aanpak, maar kennen ook enkele elementen die in meerdere initiatieven een rol spelen:

- De ervaren urgentie door politiek of bevolking (petitie in Finland, hoge sterfte CVA in Limburg, hoog percentage overgewicht in Overvecht);
- De betrokkenheid van de bevolking;
- De (directe) input van kennis (WHO in Finland, Universiteit Lille in Epode, GGD'en in Overvecht en Limburg);
- De inzet van extra middelen;
- Bestuurlijk commitment;
- Een beleidsentrepreneur (wethouder in Laarbeek, burgemeester in Limburg);
- De stapsgewijze, planmatige aanpak.

In hoofdstuk 3 zal nader op deze (en andere) 'succesfactoren' worden ingegaan en zullen deze worden ingekaderd in de gehanteerde modellen, die uit literatuur en dissertaties zijn gedestilleerd.

3. VOORWAARDEN VOOR EFFECTIEF BELEID

3.1. Inleiding

3.1.1. *Beïnvloeding gedrag essentieel voor effectief beleid*

In dit hoofdstuk worden de voorwaarden geschetst voor een effectief beleid op het gebied van publieke gezondheid. Het doel van publieke gezondheidsbeleid is het bewaken, beschermen en bevorderen van de gezondheid van de bevolking. Zowel voor beschermen, als voor bewaken en bevorderen richten beleidsmaatregelen zich zowel op het individu als op de omgeving. Bijvoorbeeld:

Tabel 3.1. Indeling hoofdtaken publieke gezondheid met voorbeelden per taak.

	Beschermen	Bewaken	Bevorderen
Individu	Vaccinatie	Mantoux-test	Preventieconsult
Omgeving	drinkwaterbeheer	Gezondheidsenquête	Sportvelden

De mate waarin het handelen van een individu bijdraagt aan de realisatie van het doel varieert binnen de drie categorieën 'beschermen', 'bewaken' en 'bevorderen'. Binnen de categorie beschermen betreft het vooral het nemen van maatregelen door derden. Uiteraard speelt het gedrag ook in deze categorie wel een rol, bijvoorbeeld onveilig seksueel gedrag, beoefenen van gevaarlijke sporten, afsteken van illegaal vuurwerk, niet-dragen van een bromfietshelm of het nuttigen van onveilige etenswaren. Binnen de categorie bewaken is er natuurlijk sprake van individuele monitoring, zoals bloeddruk meten of zich wegen, naast individuele bewaking door derden (Mantoux-test, periodiek gezondheidsonderzoek binnen de jeugdgezondheidszorg) en collectieve bewaking (gezondheidsenquêtes). Binnen de categorie bevorderen is het aandeel van het gedrag het grootst. Veel maatregelen in de fysieke of sociale omgeving hebben tot doel het gedrag van de bevolking in positieve zin te bevorderen. In feite is deze relatie tussen gedrag en omgeving de essentie van veel definities van gedrag. Gedrag wordt in dit onderzoek gedefinieerd als *"het handelen / de reactie van een individu op interne psychologische mechanismen en invloeden uit te omgeving"*.

Bewegen en voeding als determinanten van overgewicht zijn in belangrijke mate 'gedragsgestuurd'. Uiteraard worden ze ook medebepaald door de constitutie van het individu en, vooral bij kinderen, door het gedrag en de keuzes van de ouders, maar uiteindelijk maken de meeste mensen (vanaf de middelbare schoolleeftijd) zelf de keuzes die leiden tot een eigen beweeg- en voedingspatroon. Beleid dat tot doel heeft om gezond bewegen en gezonde voeding te bevorderen, is dus vooral beleid gericht op het bevorderen van gezond gedrag.

3.1.2. *Reeds beschikbare kennis*

Gemeenten kunnen nu reeds toegang hebben tot de kennis die nodig is voor effectief lokaal gezondheidsbeleid. In 2005 is door het NIGZ het Referentiekader Gezondheidsbevordering opgesteld (Saan & De Haes, 2005). Dit is een uitgebreid handboek (inmiddels ook digitaal te benaderen via www.refka.nl), waarmee op adequate wijze interventies kunnen worden opgezet, mede als onderdeel van lokaal gezondheidsbeleid. In het eindverslag van een pilot voor de toepassing van het referentiekader worden de 7 principes voor effectieve gezondheidsbevordering nader geadstrueerd en in een deelrapport van deze pilot wordt ingegaan op de onderwerpen 'beleid & strategie' voor lokaal gezondheidsbeleid (Van der Goor e.a., 2007). Als bijlage bevat dit deelrapport een uitgebreide checklist voor het schrijven van een adequate nota lokaal gezondheidsbeleid. Daarnaast zijn er handleidingen geschreven voor het uitvoeren van facetbeleid, inclusief de toepassing van drie instrumenten die daarvoor gebruikt kunnen worden (o.a. Penris & Koornstra, 2004) en is door het RIVM nagegaan wat bekend is over het effect op gezondheid van maatregelen op andere beleidsterreinen (Storm, Wendel-Vos, Visscher & Schuit, 2006). Ook uit de overige literatuur zijn handreikingen voor verbetering van het lokaal gezondheidsbeleid te destilleren. In 2009 is de Handreiking Gezonde Gemeente gelanceerd in de vorm van www.loketgezondleven.nl, vooraf gegaan door diverse initiatieven van het RIVM en de VNG. In het kader van dit programma worden ook cursussen gegeven (samenwerking, regievoering, integraal beleid ontwikkelen, leiderschap, etc.). Nagenoeg alle relevante informatie is via deze website toegankelijk. Het NIGZ en het NISB bieden tenslotte het programma 'Lokaal Actief' aan, dat ondersteuning biedt voor gemeenten, die een integraal community-based beleid willen voeren (www.lokaalactief.nl).

Bij het beschrijven van de voorwaarden van effectief gezondheidsbeleid is uiteraard van al deze informatie gebruik gemaakt. Wel is een eigen ordening aangebracht.

Aan de onderwerpen 'overgewicht' en 'overheidsbeleid m.b.t. publieke gezondheid' zijn afgelopen drie decennia veel wetenschappelijke publicaties en een aantal dissertaties gewijd. Naar veel relevante publicaties zijn in dit onderzoek verwijzingen opgenomen. De 21 meest relevante dissertaties zijn in bijlage 2 opgenomen. Wat onderwerp betreft kunnen ze worden onderscheiden in 'determinanten overgewicht', 'effectiviteit interventies' en 'optimalisering gezondheidsbeleid en projecten op dit gebied'. Voor de twee eerstgenoemde onderwerpen zijn er nog vele andere wetenschappelijke studies uitgevoerd, voor wat betreft de effectiviteit van overheidsbeleid is veel empirisch onderzoek vervat in de vorm van een dissertatie. De meest relevante dissertaties in de laatste categorie kunnen (in zeer beknopte vorm) als volgt worden samengevat.

Tabel 3.2. Dissertaties beleid en projecten Publieke Gezondheid in steekwoorden.

Dissertatie	Steekwoorden
De Leeuw (1989)	Agendabouwmodel wordt niet goed gebruikt, kan beter. Ook WCPV en Kerndocument voldoen niet aan eisen model.
Ten Dam (1997)	Model voor effectiviteit projecten met minimeisen voor 6 deelaspecten. Onderzochte projecten voldeden nauwelijks aan minimeisen.
Van Dijk (2001)	Gemeentelijke determinanten voor omvang en doelgerichtheid gezondheidsbeleid in kaart gebracht. Biedt aanknopingspunten voor bewuste veranderingsstrategie.
Van Herten (2001)	Gebruik van kwantitatieve doelstellingen werkt. Overweeg herinvoering van 'health targets' om beleid effectiever te maken.
Gorissen (2001)	Wetenschappelijke kennis moet grotere rol krijgen. Professionals moeten kennis inbrengen en rekening houden met andere motieven en belangen.
Hoijmakers (2005)	Toepassing evaluatiemodel bevordert effectiviteit projecten en lokaal gezondheidsbeleid. Regierol gemeenten expliciteren, GGD in positie brengen.
M. Jansen (2007)	Construeert interface domeinen beleid – praktijk – onderzoek, die alle eigen dynamiek kennen. AWP goede invulling van dergelijke interface.
Bekker (2007)	Dynamische, iteratieve benadering van GES nodig. Vraagt andere handelswijze van GGD enerzijds en andere actoren anderzijds.
Ruland (2008)	Formuleert randvoorwaarden voor bestuurlijke verankering van projecten. Explicitering regierol van gemeenten en leiderschap van GGD-directeur essentieel.
Wagemakers (2010)	Formuleert conceptueel model voor uitvoering projecten. Focus op bevorderen van sociale omgeving, zowel modelmatig als bij projecten.
Van Bon (2011)	Beschrijft programma van eisen voor regionale Volksgezondheid Toekomstverkenningen en randvoorwaarden voor effectief gebruik.
De Goede (2011)	Formuleert conceptueel kader op grond van interactiemodel, voor interacties tussen onderzoekers en beleidsmakers.
Lezwijn (2011)	Community-developed programma's met aandacht voor mix van bottom-up en top-down. Samenwerking is expliciet aandachtspunt in proces, evenals betrekken van percepties van ouderen, die ook worden beïnvloed door omgeving en context.

Indien het landelijke overheidsbeleid (zie hoofdstuk 4) wordt afgezet tegen deze dissertaties is een 'Droste-effect' zichtbaar, aangezien sommige dissertaties het beperkte gebruik van wetenschappelijke kennis in het overheidsbeleid als onderwerp hebben, terwijl de resultaten van de besproken dissertaties evenmin (of slechts in beperkte mate) hun weg hebben gevonden naar het overheidsbeleid.

3.1.3. *Ordering van dit hoofdstuk*

Dit hoofdstuk kent een driedeling. In de eerste plaats wordt ingegaan op de benodigde kennis voor wat betreft de beleidsinhoud, vervolgens wordt ingegaan op

competenties en kennis die nodig zijn voor een goed beleidsproces en tenslotte wordt aandacht besteed aan de randvoorwaarden en kaders voor het beleid.

Deze driedeling is afgeleid van de indeling van Hoogerwerf en Hermeijer (2008), die een vierdeling hanteren: beleidsinhoud, beleidsproces, beleidseffecten en de omgeving van het beleid. De categorie 'beleidseffecten' is niet als aparte categorie meegenomen, omdat de inhoud van deze categorie zowel aan de orde komt bij beleidsinhoud als bij beleidsproces (de fase van beleidsevaluatie). Het apart vermelden van de categorie zou de relatie tot beleidsinhoud en beleidsproces onderbelicht laten.

Uit de relevante literatuur komen diverse ordeningsprincipes naar boven voor het beschrijven van de voorwaarden voor effectief publiek gezondheidsbeleid. Zo kent de checklist voor gemeentelijk gezondheidsbeleid (Van der Goor e.a., 2007) een checklist die vooral betrekking heeft op het beleidsproces. Deze vult vervolgens één cel in het model van het "Referentiekader gezondheidsbevordering", dat vooral ingaat op een projectmatige aanpak van interventies op het gebied van gezondheidsbevordering. GGD Nederland en het onderzoeksbureau SGB, die beide onderzoek hebben gedaan naar de nota's lokaal gezondheidsbeleid (zie hoofdstuk 5), hanteren beide weer een ander ordeningsprincipe. Vanwege de complexiteit van het beleidsterrein is daarom gekozen voor de relatief eenvoudige containerbegrippen, die in Hoogerwerf & Hermeijer zijn beschreven. Ook is niet al te zeer de diepte ingegaan bij de verschillende items, complexere en verdiepende indelingen hebben weinig meerwaarde voor deze studie. Dit hoofdstuk beoogt een globaal overzicht te geven van kennis en competenties teneinde te kunnen nagaan in hoeverre die kennis en competenties terug komen in het landelijk beleid (hoofdstuk 4), maar vooral in de nota's lokaal gezondheidsbeleid (hoofdstuk 5) en in de gesprekken in de focusgroepen (hoofdstuk 6). Voor verdieping van deze onderwerpen wordt verwezen naar de bovengenoemde bronnen.

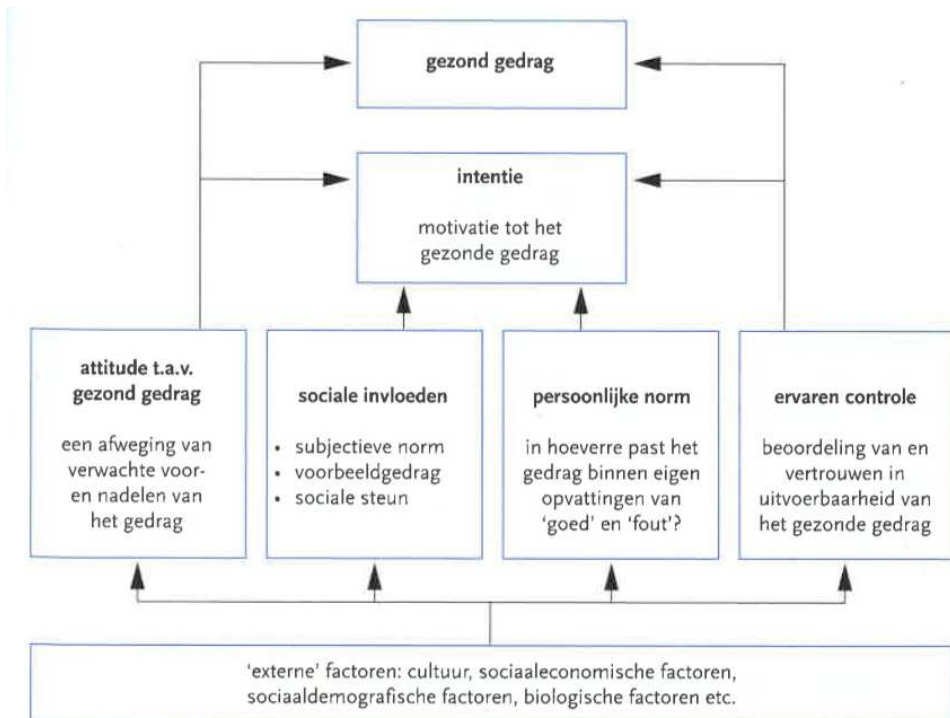
Uiteraard behoeven deze kennis en competenties niet bij één beleidsmedewerker of portefeuillehouder aanwezig te zijn, als ze maar beschikbaar zijn in de loop van het beleidsproces, dat leidt tot (de lokale nota) volksgezondheidsbeleid. Natuurlijk zal een deel van deze kennis en competenties beschikbaar zijn binnen interventies die door andere partijen dan de gemeente worden ingezet, maar als deze interventies niet zijn ingebed in een geïntegreerd, programmatisch, gestructureerd publiek gezondheidsbeleid van de gemeente, zal niet snel sprake zijn van effectief beleid. Ook voor deze laatste stelling levert dit hoofdstuk de evidentie.

3.2. Kennis en competenties met betrekking tot beleidsinhoud

3.2.1. *Verandering van gedrag staat centraal*

Gedragsverandering is zeer complex en van zeer veel factoren afhankelijk. Vele duizenden studies zijn afgelopen jaren uitgevoerd die het effect van een groot aantal determinanten op het gedrag beschrijven of relaties tussen determinanten aantonen. Op basis van die studies zijn verschillende modellen opgesteld die de determinanten van gedrag en hun onderlinge relaties beschrijven. Het feit dat er verschillende modellen zijn die als valide worden geaccepteerd, geeft de complexiteit van het onderwerp al weer. Ze geven een deel van de werkelijkheid

weer, zijn een uitwerking van andere modellen of zijn vanuit een specifieke psychologische benadering geformuleerd. In bijlage 3 is een aantal modellen weergegeven, gebaseerd op een overzichtsstudie van Conner & Norman uit 2005. In het boek Volksgezondheid en Gezondheidszorg (Mackenbach & Van der Maas, 2008) wordt een algemeen model voor gedragsdeterminanten beschreven, waarin verschillende andere modellen een plaats hebben gekregen. In figuur 3.1. is dit model weergegeven.



Figuur 3.1. Gedragsdeterminantenmodel. Bron: Mackenbach & Van der Maas, 2008.

Dit model heeft een algemeen karakter en dient daarom vooral als kapstok voor andere modellen, die dieper ingaan op onderdelen van dit model.

Deze (deel-)modellen worden in de rest van deze paragraaf beschreven. Het gedragsdeterminantenmodel zelf biedt met name een 'checklist' om na te gaan of alle mogelijkheden voor gedragsverandering in het beleid worden benut.

De navolgende paragrafen zijn aan de hand van dit model opgesteld:

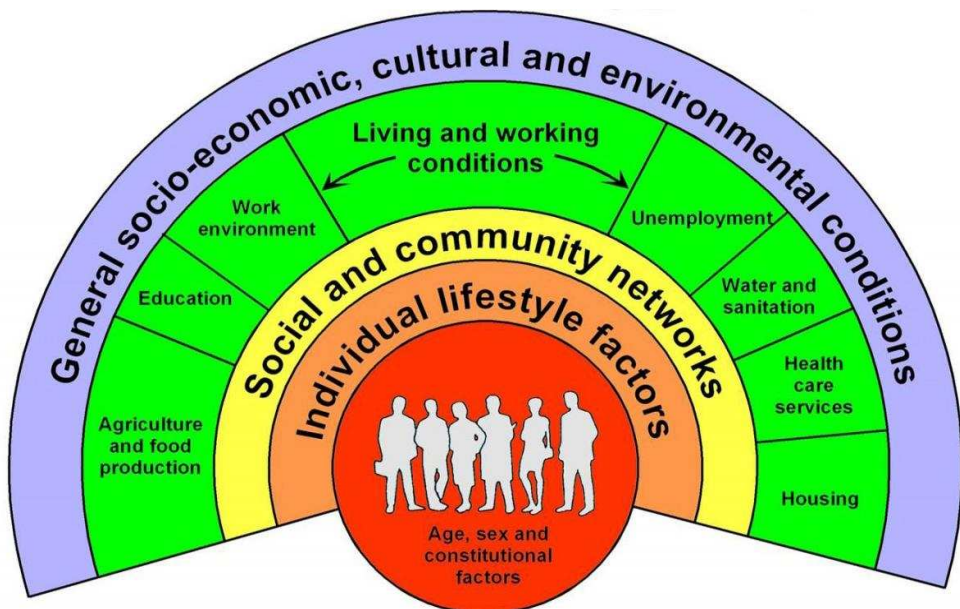
- externe factoren (3.2.2.)
- attitude, sociale invloed, persoonlijke norm en ervaren controle (3.2.3.)
- intentie / motivatie tot het gezonde gedrag (3.2.4.)
- In paragraaf 3.2.5. worden enkele complementaire theorieën of aspecten genoemd, die niet eenvoudig in het model in te passen zijn.

De plaatsing van het onderdeel 'sociale invloed' in het model is overigens afhankelijk van de invalshoek die men kiest.

In de tweedeling 'omgeving'- 'intrapsychische mechanismen' zijn er immers ook argumenten om 'sociale invloed' als resultaat van het omgevingsaspect 'sociale omgeving' te zien.

Die opvatting is bijvoorbeeld ook terug te zien in het model van Dahlgren & Whitehead (1991) dat in figuur 3.2. is weergegeven. Hierin wordt de sociale omgeving gedefinieerd als 'social and community networks' en daarmee als een aparte entiteit in de aanpak van sociaaleconomische gezondheidsverschillen en als beïnvloedende omgevingsfactor voor leefstijl en gedrag.

Niettemin wordt het onderwerp toch besproken in paragraaf 3.2.3., omdat 'empowerment' en 'participatie' belangrijke invullingen van het begrip 'sociale omgeving' zijn, met tevens een directe link naar intrapsychische mechanismen.



Figuur 3.2. Model ten behoeve van beleidsvoering op het gebied van sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Bron: Dahlgren & Whitehead, 1991.

Overigens zijn er ook indelingen van gedragsdeterminanten, die veel meer vanuit de invalshoek van beleid zijn beschreven. Saan & De Haes (2005) citeren de website 'Health Canada' waarin de volgende determinanten worden onderscheiden:

- Income and Social Status
- Social Support Networks
- Education and Literacy
- Employment/Working Conditions
- Social Environments
- Physical Environments
- Personal Health Practices and Coping Skills
- Healthy Child Development
- Biology and Genetic Endowment

- Health Services
- Gender
- Culture

Kortom, de keuze van een ordening voor het verklaren van gedrag wordt voor een belangrijk deel bepaald door het doel van de ordening.

3.2.2. Externe factoren

Inleiding

Zoals in paragraaf 1.3. is aangegeven, is het begrip 'externe factoren' een relatief begrip. Vandaar dat ook in figuur 3.1. door de auteurs het begrip 'externe' tussen apostrofen is geplaatst. Uiteraard zijn er wel externe factoren vanuit het perspectief van het gedrag van een individu (zie figuur 3.2.), maar voor het beleid van de overheid op het gebied van publieke gezondheid zijn dit geen externe factoren, omdat het beleid zich goed op deze factoren kan richten. Als we de best practices in hoofdstuk 2 nader beschouwen, kan de conclusie zelfs niet anders zijn dan dat de rol van de omgeving essentieel is voor gezond gedrag. Directe beïnvloeding van intrapsychische mechanismen, bijvoorbeeld door voorlichting, representeert maar een beperkt deel van de activiteiten op het gebied van gezondheidsbevordering. De invloed van sociale en fysieke omgevingsfactoren is vele malen groter. De invloed van opvoeding en onderwijs bevindt zich op het snijvlak hiervan: zowel directe beïnvloeding van intrapsychische mechanismen als een indirecte beïnvloeding door voorbeeldfunctie, rolmodellen, groepsprocessen en gedragsmimicry (het nabootsen van gedrag van een persoon, die belangrijk voor iemand is). Een voorbeeld van het gebruik van rolmodellen is het project 'Scoren voor gezondheid' waarbij voetballers uit de eredivisie kinderen aanzetten tot gezond gedrag door aanwezig te zijn bij de ondertekening van een gezond-bewegen-contract, een clinic te geven en aanwezig te zijn bij de afsluiting van het project (VWS, 2009a, p.93).

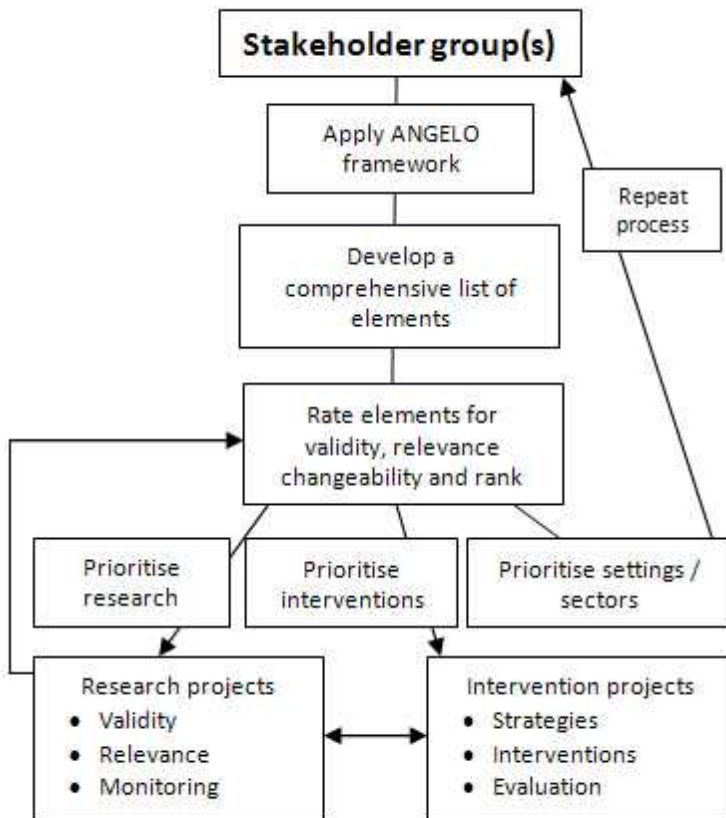
Er is daarom ook al veel studie verricht naar de mogelijkheden om de omgeving zo te veranderen dat deze een gunstige invloed heeft op het gedrag en de leefstijl van mensen. Onder andere zijn hierover een overzichtsstudie gepubliceerd (Brug & Van Lenthe (red.), 2005) en een publicatie over minder vaak besproken beïnvloedingsaspecten, zoals cultuur, moraal en esthetiek (Dagevos & Munnichs (red.), 2007). Het RIVM heeft van een veelheid van beleidsmaatregelen van de zijde van de overheid nagegaan wat de (potentiële) gezondheidseffecten hiervan zijn (Storm e.a., 2007). Via het loket gezond leven zijn deze en andere publicaties goed te raadplegen.

Ecologische modellen (invloed van omgeving op gedrag en vice versa)

De invloed van de omgeving wordt beschreven in ecologische modellen. Een veel gebruikt model voor een omgevingsanalyse op het gebied van voeding en bewegen is het Angelo framework (Analysis Grid for Environments linked to obesity; Swinburn e.a., 1999). Het wordt echter ook voor andere gezondheidsvraagstukken gebruikt (alcohol, roken).

Het onderscheidt vier omgevingstypen (fysiek, economisch, politiek en sociaal-cultureel) en twee niveaus (micro en macro). Daarbinnen zijn deelniveau's te

onderscheiden; binnen het microniveau bijvoorbeeld het gezin, de buurt, de school en het werk en binnen macroniveau de verschillende sectoren, zoals transport, voedingsindustrie, sport en recreatiesector, etc.. Het model is ook digitaal te gebruiken. Door het invoeren van een 'stakeholder' wordt een overzicht gegeven van de interventies die vanuit die invalshoek kunnen worden ingezet. Het model wordt vergezeld van uitgebreide procesbeschrijvingen voor de implementatie van deze interventies (www.co-ops.net.au). Zie figuur 3.3.



Figuur 3.3. Processen voor toepassing van het Angelo-framework. Bron: www.co-ops.net.au.

Wat het Angelo framework mist is een beschrijving van de samenhang van de verschillende omgevingsdeterminanten en een beschrijving van de relatie tussen de verschillende omgevingstypen en –niveaus en gedrag. Niettemin is het als ordeningsprincipe en overzicht van aangrijpingspunten een waardevol model, omdat het geschikt is gemaakt voor toepassing in de praktijk. Andere modellen beschrijven wel de interacties tussen deze omgevingsdeterminanten, bijvoorbeeld de relatie tussen de kwaliteit van de gebouwde omgeving en de sociale omgeving, maar ook deze modellen zijn in algemene termen beschreven en vaak moeilijker te vertalen naar de beleidspraktijk.

De essentie is dat de plaats waar iemand langere tijd (met anderen) verblijft (thuis, buurt, school, werk, sport, vrienden, wijk, uitgaan) een sociale en fysieke omgeving

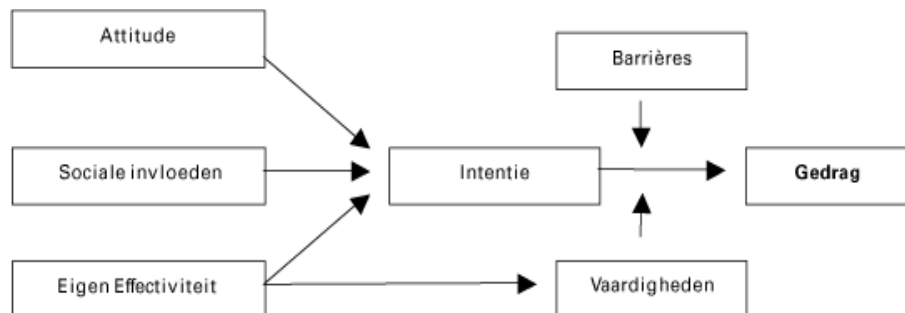
is met eigen kenmerken en codes. Ieder van deze sociale en fysieke omgevingen heeft invloed op het gedrag van het individu. Om consistent gedrag te bewerkstelligen is het van belang dat de verschillende sociale omgevingen coherent zijn in hun boodschap. Dit is onder andere het uitgangspunt bij BOS-projecten (Buurt, Onderwijs, Sport), waarin geprobeerd wordt de 'boodschap' die de sociale omgeving uitzendt, te synchroniseren (zie ook de best practices Epode en Overvecht).

3.2.3. Attitude, sociale invloeden, persoonlijke norm en ervaren controle

ASE-model

Deze vier aspecten uit het middelste blok (attitude, sociale invloeden, persoonlijke norm en ervaren controle) worden in veel modellen geïntegreerd beschreven, omdat juist de interacties tussen deze aspecten bepalend zijn voor het gedrag. Een bekend voorbeeld van deze geïntegreerde benadering is het ASE-model (De Vries, Dijkstra & Kuhlman, 1988). Dit is gebaseerd op de theorie van gepland gedrag van Fishbein & Ajzen en het werk van Bandura en heeft betrekking op het verklaren van gedrag. Dit model stelt dat gedrag verklaard wordt vanuit de intentie om dat gedrag te vertonen en dat de intentie op haar beurt wordt verklaard vanuit drie hoofddeterminanten:

- A: attitude: hoe positief staat iemand ten aanzien van het gedrag (voor- en nadelen)? In feite een combinatie van de blokjes 'attitude' en 'persoonlijke norm' uit het gedragsdeterminantenmodel.
- S: sociale invloed: hoe positief staat de omgeving ten aanzien van het gedrag? (waargenomen gedrag, waargenomen meningen, normen, ervaren steun)?
- E: eigen effectiviteitsverwachting: kan iemand het gedrag vertonen (mogelijkheden, vaardigheden).



Figuur 3.4. Attitude, Sociale invloeden en Eigen effectiviteit (ASE)-model van De Vries, Dijkstra en Kuhlman, 1988.

In een dissertatie gaat Veselská voor adolescenten nader in op de relatie tussen attitude, sociale invloeden en eigen effectiviteit (Veselská, 2010). Zij stelt een aantal relaties vast tussen deze aspecten. Voor overgewicht betreft het onder andere een relatie tussen enerzijds positieve zelfwaardering, gevoel van eigenwaarde, zelf-competentie, algemene eigen-effectiviteit en sociale eigen-effectiviteit en anderzijds lichamelijke inspanning. Bij negatieve zelfwaardering is

de mate van lichamelijke inspanning juist lager. De verschillen waren meer uitgesproken bij meisjes dan bij jongens.

Dergelijke studies geven aangrijpingspunten om via beïnvloeding van attitude en eigen-effectiviteit de leefstijl te veranderen.

Sociale omgeving

De sociale omgeving is één van de kerndeterminanten voor gedrag en is voor het gedrag belangrijker dan de fysieke omgeving. De oorzaak hiervan moet worden gezocht in de aard van de mens als sociaal wezen. De sociale omgeving zijn de elementen in de omgeving waarmee men zich verbonden voelt. Die directe verbondenheid onderscheidt de sociale omgeving dan ook van de 'andere' externe factoren.

Het begrip sociale omgeving is moeilijk af te grenzen. Het is de sociale context waarin we leven, zoals het gezin, de buurt, het werk, de school, de sportvereniging, de vriendenclub, de organisaties waarvan we onderdeel uitmaken en het land en de cultuur waarin we leven. En binnen die sociale context kunnen verschillende aspecten onderscheiden worden, zoals een innovatieve houding, (sociale) veiligheid, armoede/rijkdom, mate van sociale deprivatie, etc.. Een veelgebruikte ordening betreft de indeling in micro-, meso- en macro-omgeving, waarbij het microniveau bestaat uit gezin en directe sociale omgeving en de macro-omgeving uit 'de samenleving'. Ook een onderverdeling tussen eerste, tweede en derde milieu wordt vaak gebruikt,

McNeill e.a. (2006) onderscheiden vijf 'bouwstenen' in hun model van de sociale omgeving⁷. Ieder van deze bouwstenen representeert één of meerdere functies die de sociale omgeving voor het individu en daarmee voor zijn of haar gedrag heeft:

- *Sociale Netwerken* zijn het geheel aan sociale relaties die een mens heeft (Harting & Assema, 2007). De invloed van sociale netwerken op het gedrag van het individu verloopt langs drie wegen. Ten eerste via het gedrag en de opvattingen van anderen in het netwerk. Ten tweede door psychologische processen, die bij het individu de gemoedstoestand veranderen en ten derde via fysiologische routes (buffer tegen de schadelijke gezondheidsgevolgen van stress).
- *Sociale steun* kan betrekking hebben op emotionele steun of praktische hulp. Waardering en gezelschap zijn ook vormen van sociale steun. Sociale steun speelt bijvoorbeeld ook een rol binnen de gezondheidsteams die meedoen aan de gezondheidsrace van Laarbeek.
- Het begrip *sociaal kapitaal* heeft betrekking op de voordelen die te halen zijn uit de contacten met anderen binnen de groep. Door gedeelde normen en waarden en wederzijds vertrouwen kunnen sociale groepen hulp bieden of voorzieningen toegankelijk maken.
- *Sociale participatie en integratie* beschrijft de mate waarin individuen ingebed zijn in hun sociale omgeving. Het vervullen van taken en rollen in een sociaal verband is betekenisgevend en motiverend. Het verhoogt het gevoel van zelfwaardering. Onder het kopje 'community-principes' wordt hierop nader ingegaan.

⁷ Voor meer informatie zie Ruijsbroek en Droomers (2008)

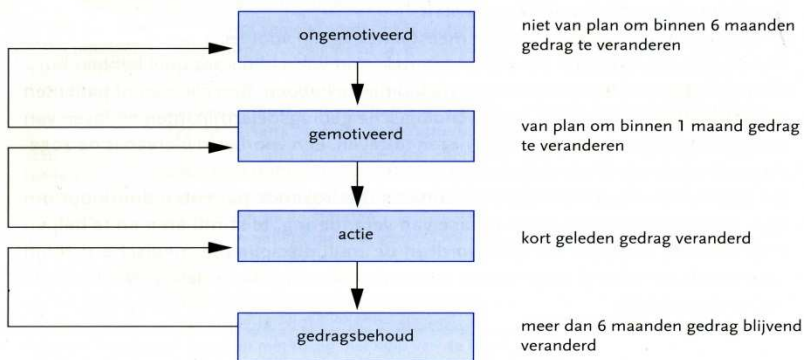
- *Sociale cohesie* is een kenmerk van de groep als zodanig en geeft aan hoe groot de verbondenheid en solidariteit binnen een groep is. Ook dit aspect kan een positieve invloed op de gezondheid hebben.

Gelet op de toenemende invloed ervan dient ook aandacht gegeven te worden aan nieuwere vormen van sociale omgeving, zoals sociale media. In feite gaat het hierbij om 'sociale omgeving op afstand'. Het effect van deze sociale omgeving is groot, onder andere in de vorm van rolmodellen en gedragsmimicry. Ook biedt internet een forum voor gesprek over overgewicht, onder andere via de online webcommunity NewHabits (Verweij, 2007).

3.2.4. *Intentie, motivatie tot het gezonde gedrag*

Fasen van gedragsverandering

Het blokje 'Intentie' komt in verschillende modellen voor gedragsfasen terug. Centraal element in al deze modellen is de stelling dat een bepaalde fase van gedrag een bepaalde aanpak vraagt. Kort gezegd: iemand die nog niet toe is aan gezond gedrag, vraagt een andere aanpak dan iemand die al gezond gedrag vertoont. In het begin van dit decennium waren er twee modellen, die de boventoon voerden: het 'Stages of Change'-model en het 'Precaution Adoption Process Model'. Het Stages of Change model beschrijft een aantal fasen, die van belang zijn voor gedragsverandering. In figuur 3.5. is dit model visueel weergegeven.



Figuur 3.5.. Stages of change model (bewerkt door Sutton, 2005)

Het 'Precaution Adoption Process Model' onderscheidt ook verschillende fasen:

- Geen besef van probleem
- Niet betrokken bij probleem
- Bewust van risicogedrag
- Bezigt met beslissen
- Besloten tot actie
- Actie
- Gedragsbehoud

De laatste jaren zijn enkele nieuwe modellen ontwikkeld, omdat empirische onderbouwing van beide bovengenoemde modellen uitbleef. De nieuwe modellen zijn complexer dan de vorige modellen, maar zijn daardoor (per definitie) ook moeilijker empirisch te onderbouwen. Voorbeelden van deze modellen zijn het Health Action Process Approach Model (Schwarzer, 1992), dat het belang benadrukt van de motivationele en de actiefase en het I-Change model (De Vries, 1988) dat motivatie centraal stelt en daardoor tot een indeling komt van premotivationele, motivationele en postmotivationele fasen. Geen enkel model is echter voldoende gevalideerd, zodat alleen de algemene conclusie kan worden getrokken dat verschillende gedragsfasen verschillende interventies vergen en dat bij de keuze van een interventie moet worden nagegaan of deze aansluit bij de gedragsfase waarin de doelgroep zich bevindt.

Belonen en straffen, uitnodigen of afschrikken?

De aard van deze motiverende factor is onderwerp van vele discussies. Belonen van goed gedrag wordt in veel studies als essentieel gezien, terwijl andere studies stellen dat straffen (hogere zorgpremies, verhoogd eigen risico) het meest effectief zijn. Eenzelfde dispuut geldt voor de tegenstelling 'uitnodigen' of 'afschrikken'. Veel communicatie- en reclame-uitingen proberen een uitnodigend, positief beeld te schetsen van het gezond gedrag (margarine), terwijl andere campagnes proberen af te schrikken (vuurwerk, rokerslongen). Studies wijzen uit dat er een relatie is tussen de gedragsfase en het effect van belonen of straffen. Straffen of afschrikken om gedragsverandering op gang te brengen en belonen ten behoeve van gedragsbehoud. Van der Pligt e.a. (2007) ondersteunen een dergelijke hybride benadering en betogen dat belonen een grotere rol zou moeten krijgen, omdat het effect van straffen pas bij hoge intensiteit en aanzienlijke consequenties bereikt wordt en zelfs dan niet zorgt voor een attitudeverandering. Belonen verandert de attitude op redelijk korte termijn en kan zelfs tot gedragsbehoud leiden als de daadwerkelijke beloning verdwijnt, vanwege de psychologische mechanismen waarop het gedragsbehoud rust. Zij stellen echter ook dat de overheid onvoldoende in staat is om goed om te gaan met het instrument belonen. De overheid heeft de neiging om regels te stellen en sancties te stellen op het niet-naleven van die regels. Belonen wordt door de overheid gezien als een 'mer à boire'; waar eindigt de beloningsprikkel als we er eenmaal mee beginnen? Het beantwoorden van die vraag is echter wel essentieel voor een effectief overheidsbeleid, waar ook belonen van goed gedrag onderdeel van uitmaakt.

Empowerment

In het referentiekader Gezondheidsbevordering (Saan & De Haes, 2005) wordt empowerment gezien als een belangrijk aspect bij gezondheidsbevordering. In het gedragsdeterminanten-model past dit begrip met name in het blokje 'ervaren controle', maar het begrip kent ook aspecten zoals 'attitude' en 'steun van de sociale omgeving'. Empowerment wordt als eigenschap op drie niveaus gepositioneerd: op het niveau van individuen, organisaties en de gemeenschap. In de deelstudie (bij de pilot Referentiekader) die betrekking heeft op empowerment (Schmidt, Robbesom, Bakker & Stronks, 2007) wordt de definitie van empowerment gehanteerd, zoals die eerder door Nutbaum (WHO, 1998) is opgesteld: *"In health promotion, empowerment is a process through which people gain greater control over decisions and actions affecting their health."*

Het belang van empowerment is groot. Door de WHO working group on Health Promotion Evaluation wordt het als één van de zeven centrale principes voor gezondheidsbevordering gezien (Schmidt e.a., 2007).

Veel beleid van de afgelopen jaren (wijkgericht werken, 'Eigen Kracht Centrales') neemt empowerment dan ook als uitgangspunt. In de subparagraaf community-principes wordt hierop nader ingegaan.

3.2.5. *Complementaire 'theorie'*

Het aspect gelijktijdigheid; triademodel

Het beïnvloeden van gedrag blijkt een kwestie van 'gelijkgerichtheid'. Indien slechts één determinant wijzigt en de andere determinanten geen impuls geven tot het veranderen van gedrag, zal nauwelijks gedragsverandering optreden. Indien een schoolkind op school wordt gemotiveerd tot gezond eten, maar thuis iedere dag ongezond eten wordt opgediend, zal het moeilijk zijn de intentie tot gedragsverandering (gezond eten) in actie om te zetten. Iets vergelijkbaars geldt voor bewegen. Sportscholen halen het meeste rendement uit sporters die jaar in, jaar uit hun abonnement aanhouden, maar nauwelijks de sportschool bezoeken. Dit aspect van gedrag is onderwerp van onder andere het Triade-model (Poiesz, 1998). Dit model gaat in op het samenspel tussen motivatie, capaciteit en gelegenheid. De theorie gaat er vanuit dat motivatie, capaciteit en gelegenheid alle drie in ruime mate aanwezig moeten zijn, voordat gedrag verandert. Ook stelt de theorie dat de afwezigheid van één van deze drie elementen ervoor zorgt, dat de beide andere elementen worden gereduceerd. Als er langdurig geen gelegenheid is om het beoogde veranderde gedrag uit te voeren, verdwijnt de motivatie. En als er alleen maar een sporthal wordt gebouwd en er geen acties worden ondernomen om bewoners aan het sporten te krijgen, wordt de sporthal bij gebruik aan baten na enige tijd gesloten.

Moeilijk bereikbare doelgroepen

In het publieke gezondheidsbeleid worden vier doelgroepen als moeilijk bereikbaar gezien: jeugd, ouderen, allochtonen en personen uit lagere sociale-economische groepen (Jansen, Schuit & Van der Lucht, 2002). Het 'moeilijk bereikbare' kan voor een deel worden verklaard door de genoemde externe factoren, zoals cultuur en sociaaleconomische factoren. Maar ook de kloof tussen de doelgroep enerzijds en de onderzoekers, beleidsmakers en uitvoerders anderzijds wordt in dit kader genoemd (De Hollander e.a., 2007). Die kloof is het gevolg van verschillen in referentiekader tussen doelgroep en uitvoerders en van taalproblemen. Maar inmiddels is de kennis over deze doelgroepen toegenomen, inclusief kennis over aard en vorm van de interventies (bijvoorbeeld inzetten Voorlichters Eigen Taal en Cultuur, communicatie via moskee en koffiehuis, rolmodellen, gebruik sociale media, gebruik jongeren als intermediair). Een systematisch overzicht lijkt echter nog niet aanwezig. Wel wordt steeds meer bekend over de relatie tussen intrapersonlijke aspecten, sociale context en gedrag bij jongeren (Velenská, 2010), waarmee ook andere aangrijpingspunten in beeld komen en zal het Nationaal Programma Ouderenzorg (ZonMW, 2008) kennis opleveren, die kan worden gebruikt voor de invulling van de activiteiten in het kader van artikel 5a van de WPG, het uitvoeren van de ouderengezondheidszorg.

Daarnaast is er toenemende aandacht voor Health Literacy, gelet op het feit dat 1,5 miljoen burgers functioneel analfabeet zijn (zie www.lezenenschrijven.nl).

Het aspect tijd; langjarige, gestructureerde, systematische aanpak nodig

Op individueel niveau lijkt gedragsverandering snel te kunnen gaan, op populatieniveau vergt het echter een langjarige, gestructureerde en systematische aanpak. Hiervoor zijn verschillende oorzaken aan te geven:

- In een populatie bevinden individuen zich in verschillende gedragsfasen. Daardoor zullen sommige personen snel nieuw gedrag ontwikkelen, maar zullen anderen daar nooit of veel later aan toekomen. Hierdoor duurt het vele jaren voordat een omslag in het maatschappelijke denken plaats vindt. Een voorbeeld hiervan uit het recente verleden is de maatschappelijke opvatting over rokers. Dertig jaar geleden was men een zonderling als men niet rookt, nu als men wel rookt. Helaas nog lang niet in alle sociale groeperingen.
- De sociale omgeving is aan het begin van het traject een belemmerende factor en deze zal niet of slechts langzaam wijzigen; een individu die door zijn gezonde gedrag opvalt (op 16-jarige leeftijd een nieuwe fiets in plaats van een scooter), zal niet direct op steun vanuit zijn omgeving kunnen rekenen, indien zijn keuze niet past bij de mores van de groep. Het wijzigen van groeps-mores is een langdurig proces, ook al omdat groepen zich vernieuwen en nieuwe leden zich identificeren met de oude mores. Iedere hockeyclub heeft een bier-team.
- Doordat veel determinanten, ook in de fysieke omgeving, moeten worden aangepakt en dergelijke wijzigingen een forse doorlooptijd kennen, zal het geheel aan interventies dat nodig is om grotere groepen 'over de streep te trekken' pas na enige tijd beschikbaar zijn.
- Het blijkt uitermate lastig om projecten om te zetten in regulier beleid. Projecten kennen een extra budget, een projectstructuur met projectleider, een beperkte tijd en een projectmatige aanpak. Op het moment dat de projectfase afloopt en in een evaluatie de voorwaarden van continuering worden beschreven, blijkt het erg moeilijk om alle projectactiviteiten te integreren in regulier beleid. Waar het wel lukt (bijvoorbeeld 'fruitbeleid' op basisscholen in de wijk Overvecht) blijft het de vraag of de invloed van een dergelijke maatregel genoeg is om de trend te keren. Daarom zijn er al meer dan 20 jaar projecten om overgewicht tegen te gaan, maar vindt er nauwelijks of geen implementatie plaats na de projectfase.
- Relevante kennis en inzichten diffunderen langzaam. Hierdoor zijn nieuwe inzichten en oplossingsrichtingen bij een selecte groep bekend, maar gaan er jaren overheen voordat de kennis gemeengoed wordt en uitgangspunt van beleid. Die traagheid geldt overigens niet alleen voor beleid; ook de markt heeft niet altijd belang bij het snel toepassen van nieuwe inzichten. Zo was al jaren bekend dat transvetten slecht waren voor de gezondheid, voordat de industrie transvetten uit de voedingsproducten ging elimineren.
- De overheid voert beleid op een conservatieve manier (Scholten, 2009). Beleid verandert langzaam en iteratief. Een voorbeeld is de wetgeving op het gebied van collectieve preventie. Terwijl in 1993 al werd aangedrongen op nota's lokaal gezondheidsbeleid met een SMART-karakter, kwam de verplichting om nota's op te stellen er pas in 2003 en hoeven doelstellingen, acties en beoogde resultaten pas vanaf 2012 geformuleerd te worden.

Community-principes

Veel geslaagde projecten zijn gebaseerd op het toepassen van community-principes. Daarbinnen kan een onderscheid worden gemaakt in community-

developed projecten (voor enkele Amerikaanse voorbeelden zie Ten Dam, 1997) en community-based projecten. Community-developed projecten ontstaan geheel bottom-up, bij community-based projecten is de rol van initiatiefnemers van 'bovenaf' groter met behoud van een substantiële mate van betrokkenheid van de doelgroep. Het Referentiekader Gezondheidsbevordering (Saan & De Haes, 2005) stelt een community-benadering als belangrijke voorwaarde voor het uitvoeren van projecten op het gebied van gezondheidsbevordering. Die benadering houdt in dat niet alleen wordt geprobeerd het gedrag van individuen te beïnvloeden, maar dat een buurt of wijk dusdanig wordt veranderd – andere organisatie, nieuwe voorzieningen, sterkere netwerken – dat de wijk of buurt nu en in de toekomst bijdraagt aan de bevordering van de gezondheid van bewoners (Brug e.a., 2007). Participatie en empowerment zijn succesfactoren binnen de community-benadering. Participatie dient dan wel een bepaalde 'kwaliteit' te hebben. Ten Dam (1997) operationaliseert die kwaliteit in vier aspecten: aard, fase, betrokkenen en bereik.

- Voor het beschrijven van de *aard van de participatie* hanteert hij de ladder van Arnstein (1969). Deze kent acht treden: manipulatie, therapie, informeren, consultatie, afkopen, partnerschap, gedelegeerde macht en zelfbestuur. De drie laatstgenoemde treden worden beschouwd als daadwerkelijke participatie.
- De ordening van de *fase waarin participatie plaatsvindt* is gebaseerd op de fasen van een interventie: van ideevorming tot uitvoering en evaluatie. Uiteraard geldt: hoe vroeger, hoe beter. Ook in Nederland zijn hiervan voorbeelden te vinden. Als een gemeente in een woonwijk voorzieningen realiseert zonder dat de bewoners hierom hebben gevraagd, worden deze minder goed onderhouden en vindt meer vandalisme plaats dan in de situatie dat bewoners zelf hierom hebben gevraagd (Huygen & Rijkschroeff, 2004). Hierin onderscheiden zich ook community-developed projecten van community-based projecten.
- Ook het *aantal betrokkenen* is van belang. Weinig betrokkenen met veel tijdsinvestering leveren in het algemeen minder draagvlak op onder de bevolking dan veel betrokkenen die minder tijd investeren. Dit laatste maakt wel de organisatie ingewikkelder en vaak moeilijker te beheren vanuit professionals. In dergelijke gevallen dient zelforganisatie gestimuleerd te worden.
- Tenslotte is ook het *bereik van de participatie* van belang. Kunnen burgers en organisaties van burgers participeren bij de bepaling van de inhoud van een project, bij de financiering, bij het opstellen van de organisaties of bij meerdere van deze aspecten? Burgers zullen hun inzet afwegen aan de verwachte effectiviteit van hun handelen.

Ten Dam formuleert 'afkappunten' voor ieder van deze aspecten.

Participatie is sterk gelieerd aan empowerment (zelf in staat zijn doelen te realiseren) en de kwaliteit van de sociale omgeving. Het heeft invloed op alle drie de aspecten van het ASE-model: attitude, invloed van de sociale omgeving en eigen-effectiviteit.

3.2.6. *Samenvatting inhoud publiek gezondheidsbeleid*

Uit het bovenstaande kan worden gedestilleerd welke beleidsinhoudelijke onderwerpen van belang zijn voor een effectief lokaal gezondheidsbeleid. Het betreft:

1. kennis over gedragsdeterminanten en hun onderlinge samenhang;
2. kennis over invloed van externe factoren op gedrag van personen en groepen;

3. speciale programma's voor moeilijk bereikbare doelgroepen;
4. actieve betrokkenheid van de doelgroep en bevorderen van empowerment;
5. geïntegreerde benadering binnen bestaande 'settings', zoals school, sportvereniging, de eerstelijnszorg, de werkplek en de wijk;
6. een integrale aanpak met publieke en private partijen. Gedrag en omgeving in ruime zin dienen gelijktijdig en geïntegreerd te worden aangepakt;
7. interventies voor personen die een verschillende gedragsfase kennen;
8. een geïntegreerde aanpak van motivatie, capaciteit en gelegenheid;
9. een meerjarentraject met de zekerheid dat er in de eerste jaren nauwelijks effecten zichtbaar zullen zijn.

Uiteraard kunnen nog andere aspecten aan het programma van eisen worden toegevoegd, maar in de literatuur komen bovenstaande aspecten als meest relevant naar voren. Daarom lijken dit de onderwerpen te zijn, waarover kennis beschikbaar moet zijn om effectief lokaal beleid op het gebied van publieke gezondheid op te stellen en uit te voeren.

3.3. Kennis en competenties met betrekking tot het beleidsproces

3.3.1. *Het domein publieke gezondheid; kenmerken en aanpak*

Uit de beleidsinhoud is af te leiden dat de publieke gezondheid een complex beleidsterrein is. Het vergt intensief intersectoraal beleid, participatie van de doelgroep, een breed scala aan beleidsinstrumenten, specifieke aandacht voor moeilijk bereikbare doelgroepen, effecten die pas na jaren zichtbaar worden en werken met interventies, waarvan voor een belangrijk deel de effectiviteit nog niet bewezen is. Opstellen en uitvoeren van gezondheidsbeleid wordt gekarakteriseerd door communicatie en interactie tussen verschillende actoren en hun onderlinge afhankelijkheid. Dit vereist een netwerkbenadering, waarbij de overheid wel een 'hub' is in dit netwerk, maar geen centrale positie hoeft in te nemen. Convergentie van perspectieven, belangen en motieven van alle betrokken organisaties is nodig voor een goed functionerend netwerk. Het handelen van de actoren in het netwerk moet worden neergelegd in een samenhangend en voldoende beleidsplan, waaraan de organisaties zich committeren (Hoeijmakers, 2005).

Saan e.a. (2004) betogen om die reden dat lokaal gezondheidsbeleid een cultuuromslag in de werkwijze van gemeenten vereist. Volgens de auteurs is het nodig om (tijdelijk) intermediaire organisaties in te richten, waarin de politieke en bestuurlijke cultuur van de gemeente, de professionele cultuur van de GGD en andere diensten, organisaties en (organisaties van) burgers zich in voortdurende wisselwerking bevinden. Een netwerkbenadering vereist communicatieve sturing en strategisch leiderschap.

Anderzijds heeft de lokale overheid wel een bijzondere positie in dat netwerk vanwege de verantwoordelijkheden die de lokale overheid in de WPG heeft gekregen en vanwege het feit dat de overheid (direct of indirect) de belangrijkste financier van de activiteiten in dit netwerk is. De overheid wordt daarom terecht gezien als de bestuurlijk regisseur van dat netwerk, zij het dat in filmtermen de overheid wellicht eerder producent is dan regisseur, met de GGD als uitvoerend producent aan haar zijde. Daarom is van groot belang dat de overheid een

adequate positie in en ten opzichte van dat netwerk inneemt. Dat vereist bestuurlijk commitment, specifieke kennis, attitude en competenties.

Peerenboom (2008) heeft deze 'spanning' onderzocht voor het terrein van de jeugdgezondheidszorg en ziet als oorzaak van die spanning de hiërarchisch optredende, controlerende overheid enerzijds en de autonoom functionerende organisaties anderzijds, die met een zekere mate van handelingsvrijheid in het netwerk zitten. Zij concludeert voor de jeugdgezondheidszorg dat de Centra voor Jeugd en Gezin een goede constructie zijn om deze spanning te laten verdwijnen, mits deze wordt onderkend en systematisch wordt aangepakt. Dit komt overeen met het pleidooi van Saan voor intermediaire organisaties. Peerenboom is in haar onderzoek uitgegaan van de overheid in algemene zin en van autonome organisaties in algemene zin, zodat haar conclusies generaliseerbaar zijn.

In de studie van Van der Goor (2007) komen nog diverse andere 'lijstjes' voor, die relevant zijn voor het effectief functioneren van netwerken en (daarmee) voor het effectief uitvoeren van gemeentelijk gezondheidsbeleid.

Tabel 3.3. Overzicht criteria en eisen voor effectief functioneren van netwerken.

Aspect	Kwaliteit afstemming	Criteria beleidsvoorbereiding	Tips voor creëren en behoud draagvlak
Bron	Boersma (2003)	Hoppe e.a. (2004)	Goumans & Willems (2003)
Omschrijving	• Regelmatig contact • Gezamenlijke bijeenkomsten • Adequate informatie-uitwisseling • Uitwisseling personeel of middelen • Gezamenlijke externe belangenbehartiging • Gemeenschappelijke visie • Gemeenschappelijke strategieën	• Tijdigheid • Financieel-juridisch • Vorm • Procedure • Politiek/draagvlak • Beleidsanalytische consistentie • Deugdelijkheid • Handig argumenteren	• Gemeenschappelijke visie • Win-win situatie • Gefaseerd werken • Het is continu proces • Communiceer helder en regelmatig • Besteed aandacht aan wisselwerking • Verbeter je vaardigheden • Vraag om hulp • Weeg kosten en baten. • Besteed aandacht aan belemmeringen

Bron: Van der Goor (2007)

3.3.2. *Beleid en beleidsstrategie*

Beleidsmodellen

Bekker, Putters & Van der Grinten (2004) constateren dat beleidsvraagstukken en beleidscontext dermate verschillend zijn dat niet gesproken kan worden van één beleidsmodel. Zij onderscheiden dan ook 3 modellen:

- a. het rationele model;
- b. het incrementele model;
- c. het mixed model, ook wel mixed scanning model

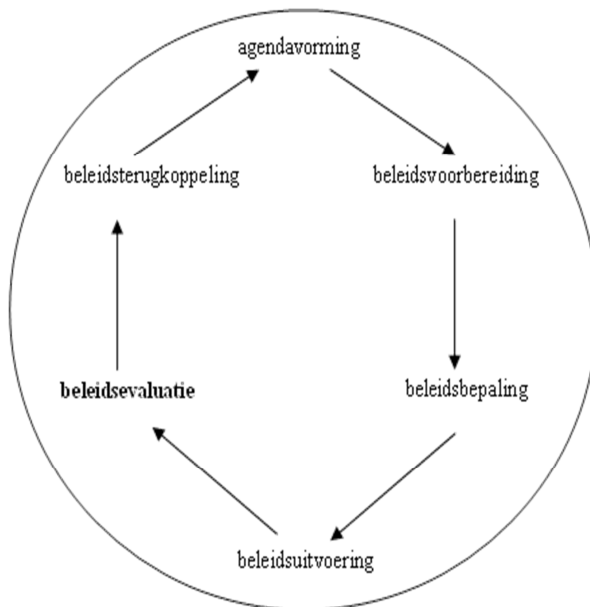
Die modellen zijn onder andere verschillend in hun fasering, de rol die onderzoek erin speelt, de mate van politieke sturing, het aantal stakeholders, de positie van de overheid als beleidsactor en de rol van de diverse beleidsactoren.

Vergelijkbare benaderingen ten aanzien van de rol van onderzoek en evidence komen ook naar voren in de studie van Vaandrager e.a. (2010), waarin een onderscheid wordt gemaakt tussen context-free evidence, context sensitive evidence en colloquial evidence. (p. 68). Ten aanzien van gezondheidseffectschattingen en hun gebruik in de beleidspraktijk onderscheidt De Hollander (2004, zie bijlage 2) op analoge wijze vier benaderingen, afhankelijk van de kwaliteit van de beschikbare gegevens en het gewicht van overige overwegingen. Deze variëren van een klassieke, kwantitatieve, objectieve benadering tot *“het hanteren van wijsheid als onwetendheid of onbegrip in het proces een grote rol spelen.”*

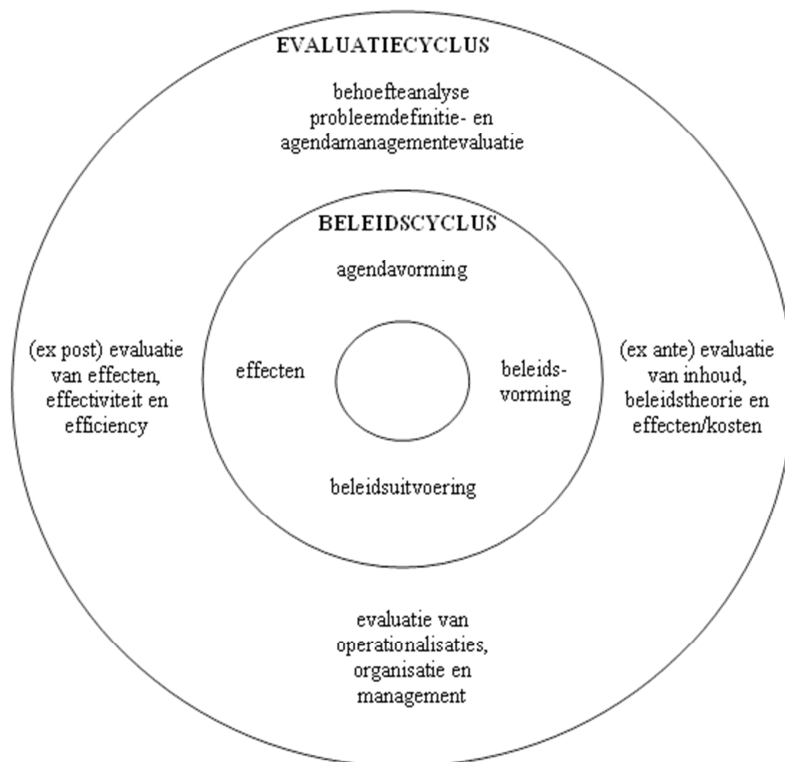
Het rationele model

Het rationele model veronderstelt eenduidige kennis over het probleem, de oorzaken en de oplossingen. In de fase van beleidsvoorbereiding past onderzoek dat direct bruikbare bouwstenen levert voor het beleid. Nulmeting, tussentijdse metingen en eindmeting geven inzicht in de resultaten, een (tussentijdse) procesevaluatie en procesbijstelling staan niet op de voorgrond. Hierdoor is ook een duidelijke fasering mogelijk (onderzoek in de beleidsvoorbereiding en de evaluatie), is het beleidsproces een relatief lineair proces, zijn keuzes te objectiveren, is er een duidelijke beleidsverantwoordelijke en is de rol van de actoren beschreven.

Het beleidsmodel dat in Hoogerwerf en & Herwijer wordt uitgewerkt, beschrijft dit rationele model. Dat kan onder andere worden afgeleid van de schema's die betrekking hebben op het beleidsproces en de beleidsevaluatie.



Schema 3.1. Beleidscyclus. Bron: Hoogerwerf & Hermeijer, 2008



Schema 3.2. Beleidsevaluatie. Bron: Hoogerwerf & Hermeijer, 2008.

De complexiteit van het beleid op het gebied van publieke gezondheid en de grote rol voor organisaties in netwerken duiden al op een complexer beleidsmodel; de rol van beleidsactoren is relatief groot en autonoom, netwerkactiviteiten zijn moeilijk in te passen en uit beschikbare kennis kan niet zonder meer de beste aanpak worden vastgesteld. Daardoor komt het rationele model onder druk te staan en komen andere modellen in beeld, in ieder geval als begrippenkader om feitelijk beleid te beschrijven.

Het incrementele model

Het incrementele model sluit beter aan bij een multi-actoren- of een netwerkbenadering. Een beleidsbesluit komt via verschillende stappen tot stand door onderhandelingen tussen de verschillende actoren over de doelstellingen van het beleid, de inhoud van het beleid, de financiering, de organisatie, de beoogde effecten en de wijze van evaluatie. Onderzoek kan op alle momenten input in de vorm van argumenten leveren en (geleidelijke) besturing is mogelijk. Onderzoek is slechts één van de argumenten naast argumenten die door de stakeholders worden ingebracht en waarvan het gewicht in de ideale situatie gezamenlijk wordt bepaald.

Het is evident dat dit een beleidsmodel is dat niet langs de VBTB-toets van de Algemene Rekenkamer komt⁸ en derhalve ook niet expliciet door de overheid als beleidsmodel zal worden 'gekozen'.

Het mixed (scanning) model

Dat laatste zou wel het geval kunnen zijn voor het mixed scanning model, in feite een combinatie van de rationele benadering en de incrementele benadering. Op verschillende momenten kiest de overheid bewust voor een dergelijke mix, bijvoorbeeld als ze de rol van convenantpartijen met hun eigen netwerkdynamiek en besluitvormingsprocessen naast haar eigen beleidscyclus positioneert (VWS, 2009a). Onderzoek is wel relevant maar dient zowel kwantitatieve als kwalitatieve onderdelen te bevatten en zowel oorzaken en oplossingen te kunnen aangeven, alsook proces- en netwerkanalyse mogelijk te maken.

Niettemin blijft ook dit model bij de overheid voor een worsteling zorgen. Zowel de landelijke als de lokale overheid hebben een regisserende (of producerende) rol en worden daar door de Kamer en de Gemeenteraad ook op afgerekend; ook op de activiteiten en de resultaten van de beleidsactoren in het netwerk (Herngreen, 2004; Mascini, 2003). De overheid wordt gezien als de initiator van de netwerken en draagt daardoor een grotere verantwoordelijkheid. Daarmee komen we op het onderwerp van beleidsstrategieën.

Beleidsstrategieën

De keuze voor een bepaald model en de wijze waarop dat model wordt ingezet, vergt van de overheid strategische sturing (De Bruijn & Ten Heuvelhof, 1991). De landelijke of lokale overheid moet zich vooraf de vraag stellen welk beleidsmodel het beste werkt, gelet op de maatschappelijke opgave die aan de orde is. Dat betekent dat voor een onderwerp als parkeerbeleid een geheel ander beleidsmodel gehanteerd kan worden dan voor het domein publieke gezondheid. De Bruijn en Ten Heuvelhof onderscheiden de volgende strategieën voor sturing van overheidsbeleid, waarbij sprake is van complexe netwerken en complexe beleidsopgaven:

- Indirecte sturing, bijvoorbeeld via intermediairs of tussendoelen in een doelenboom;
- Maatwerk per actor. Iedere actor vraagt een andere benadering, vanwege de specifieke positie van die actor (een supermarkt moet door een gemeente anders worden benaderd dan de GGD of het welzijnswerk). Dit vereist een actoranalyse, zodat duidelijk wordt welke belangen actoren hebben en wat van ze verwacht mag worden;
- Ruimte voor toevalligheden, die bijdragen aan het doel (serendipitisme);
- Gezamenlijke sturing, bijvoorbeeld in een stuurgroep of een intermediaire organisatie, waardoor commitment toeneemt en andere actoren niet het gevoel hebben dat dingen worden opgelegd;
- Netwerkmanagement, gericht op het verbeteren van de dynamiek en het functioneren van het netwerk in het perspectief van de beleidsdoelstellingen;

⁸ De 'Van Beleidsbegroting tot Beleidsverantwoording' (VBTB)- systematiek is één van de uitgangspunten van het huidige overheidsbeleid en wordt besproken in hoofdstuk 4.

- Netwerkconstituering, wijziging van de structuur en samenstelling van het netwerk, zodat aansturing eenvoudiger wordt.

Hierbij passen ook specifieke beleidsinstrumenten, zoals convenanten, intermediaire organisaties, gezamenlijke wetenschappelijke analyses, incentives, ambassadeurs, etc..

3.3.3. *Facetbeleid en integraal gezondheidsbeleid / health in all policies*

Zoals bij de samenvatting in paragraaf 3.2.6. al is opgemerkt dient sprake te zijn van een integrale aanpak. Gedrag en omgeving in ruime zin dienen gelijktijdig en geïntegreerd te worden aangepakt. En ook dienen verschillende beleidsinstrumenten (overheidsvoorzieningen, voorschriften, financiering, informatie-overdracht en overtuiging) naast elkaar te worden gebruikt.

Twee begrippen zijn daarbij van belang: facetbeleid en integraal beleid. Facetbeleid houdt in dat er op andere beleidsterreinen maatregelen worden genomen, die effecten hebben op de gezondheid. De 20^{ste} eeuw kent vele voorbeelden van facetbeleid, zoals de verbetering van drinkwatervoorziening en riolering, woningbouw, milieumaatregelen en maatregelen op het gebied van verkeersveiligheid.

Integraal beleid is meeromvattend. Het veronderstelt gezamenlijke doelstellingen, een afgestemde, gezamenlijke aanpak en samenhang tussen de inhoud van de beleidsmaatregelen. Een voorbeeld hiervan zijn de beleidsmaatregelen op het gebied van alcoholmatigingsbeleid: 12 ministeries leverden hieraan een bijdrage, gecoördineerd door het ministerie van VWS (VWS, 2005a). En er zijn landen die een nog integraler beleid voeren. Op de API-index (Alcohol Prevention Index), die scoort in hoeverre er sprake is van effectief, integraal beleid scoorde Nederland in 2008 69 uit 100, terwijl Zweden 82 scoort (WHO, 2010b).

Ook op internationaal niveau wordt het belang van integraal beleid onderkend. Het WHO-programma Health in All Policies is veelomvattend en wordt in diverse landen (Engeland, Zweden, Finland) expliciet toegepast.

In een nota van het RIVM (Storm e.a., 2007) wordt een samenvatting gegeven van het programma van eisen voor integraal gezondheidsbeleid en worden drie instrumenten benoemd, die het opstellen en uitvoeren van integraal gezondheidsbeleid kunnen bevorderen:

- Determinantenbeleidsscreening
- Quick Scan Facetbeleid
- Gezondheidseffect schatting / Health Impact Assessment.

Specifiek voor gemeenten zijn enkele van deze instrumenten nader uitgewerkt, onder andere in de vorm van de 'instrumentenkoffer gemeentelijk gezondheidsbeleid in de praktijk'. Daarnaast is in 2010 de Handreiking Gezonde Gemeente door het RIVM gelanceerd.

3.3.4. *Public-private-partnership*

De fysieke en sociale omgeving waarin iemand zich bevindt, worden in grote mate bepaald door private personen of organisaties. De invloed van de overheid op dit private domein is beperkt (Lemmers & Peters, 2002). Supermarkten, horeca-ondernemers, scooterproducenten, projectontwikkelaars, banken en andere private

partijen hebben hun eigen belangen, die vaak – zeker op de korte termijn – niet de gezondheid van hun klanten of gebruikers centraal stellen. Wel is er een trend tot 'maatschappelijk ondernemen' zichtbaar: ondernemen met inachtneming of bevordering van maatschappelijke doelstellingen.

Gelet op de grote invloed van deze private partijen op het gedrag van mensen enerzijds en op de beperkte formele invloed van de overheid op deze private partijen anderzijds, is het van belang dat intensief wordt samengewerkt tussen overheid en private partijen voor wat betreft het bevorderen van gezond gedrag. Het initiatief daarvoor zal vaak van de overheid moeten komen. Zowel op landelijk niveau (bijvoorbeeld het project Jongeren op Gezond Gewicht of het Convenant Overgewicht⁹) als op lokaal niveau (Mars als partner van JOGG in de gemeente Veghel) komt samenwerking tot stand. Effectief beleid zonder commitment van de relevante private organisaties is nauwelijks mogelijk, maar het is voor gemeenten een nieuwe manier van werken en denken, die niet altijd vanzelfsprekend is. De eerder genoemde netwerk- en multi-actorenbenadering, inclusief een actoren-analyse, is essentieel in dit verband.

3.3.5. *Samenwerken, lobbyen en onderhandelen*

Uit het voorgaande komt duidelijk naar voren dat het opstellen en uitvoeren van effectief publieke gezondheidsbeleid betrokkenheid van vele partijen vraagt, zowel andere afdelingen binnen gemeenten, maatschappelijke organisaties, zorgorganisaties, zorgverzekeraars als private partijen. In verschillende gemeenten zijn dan ook convenanten afgesloten die proberen deze partijen bijeen te brengen. De totstandkoming en uitvoering van deze convenanten vergt van alle partijen een substantiële inspanning. Om deze initiatieven te ondersteunen is in 2010 onder andere het JOGG-initiatief gestart, de vertaling van de Franse Epode-aanpak, die in hoofdstuk 2 wordt besproken. Het JOGG-initiatief is vooral een kenniscentrum, terwijl de stichting Go4kids de private partijen bundelt, die een financiële ondersteuning aan de uitvoering van convenanten geven.

Kruyt (2010) heeft een model voor samenwerking opgesteld voor de samenwerking tussen instellingen voor publieke gezondheidszorg en eerstelijns zorg, waarin drie andere modellen zijn geïntegreerd (Martin-Misiner & Valaitis, 2008, Van Delden 2009, Van Raak & Paulus, 2002). Het model is vanwege zijn algemene karakter ook bruikbaar voor andere samenwerkingsverbanden, wellicht na aanpassing van enkele bevorderende en belemmerende factoren. Het model onderscheidt 5 fasen en schetst voor iedere fase de belemmerende en bevorderende condities en het benoemt een aantal condities die op alle fasen betrekking hebben. Een overzicht van de bevorderende condities is opgenomen in tabel 3.4.

⁹ Zie voor een verdere uitwerking hoofdstuk 4

Tabel 3.4. Bevorderende condities voor samenwerking per fase.

Fase 1. Lering trekken	• Bestaande samenwerking • Urgentiebesef • Betrokkenheid overheid • Financiering • Gezamenlijke voorbereiding • Gezamenlijk draagvlak • Tijdige betrokkenheid relevante partners
Fase 2. Doelen bepalen	• Gezamenlijk doelen bepalen (aansluitend op doelen van afzonderlijke partners) • Gedeelde filosofie en professionele identiteit • Effectief ontwerp en methodiek van uitvoering • Geografische nabijheid • Bestuurlijke bereidheid en kracht
Fase 3. Praktisch samenwerken	• Resultaatgericht en praktisch teamwork • Personele input van pioniers • Kwaliteiten ingezette medewerkers
Fase 4. Structureren van de samenwerking	• Effectieve structuur en verantwoordelijkheden • Krachtige ketenregie en ketenmanagement • Feedback en sancties
Fase 5. Verbreden en verdiepen	• Vervlechten van organisaties (afstemmen werkprocessen, communicatie tussen partners) • Gevorderde vervlechting (taakverdeling, financiële afspraken, procesregie, etc.) • Delen protocollen, tools en informatie
Algemene condities	• Educatie en training • Ontwikkelen / behouden van goede relaties • Structurele financiering • Steun (lokaal en nationaal) • Duidelijkheid van rollen

Bron: Kruyt, 2010.

Vergelijkbare modellen zijn opgesteld voor effectief lobbyen (Pauw, 1998) en effectief onderhandelen (Fisher e.a., 2007). Vanwege de leesbaarheid wordt hierop niet gedetailleerder ingegaan, maar wordt verwezen naar de betreffende publicaties.

3.3.6. Urgentiebesef, beschikbare oplossingen en een tijd die rijp is

De theorie van Kingdon

De theorie van Kingdon stelt dat urgentiebesef, beschikbare oplossingen en 'een tijd die rijp is' essentiële voorwaarden zijn voor beleidsontwikkeling. De theorie staat bekend als de Stromentheorie, omdat sprake is van drie stromen: de problemenstroom, de beleidsalternatievenstroom en de politieke stroom. Deze drie stromen moeten bij elkaar worden gebracht, waardoor een 'window of opportunity' ontstaat (Kingdon, 1995; Van Koperen, 2007). Als onderdeel van de problemenstroom moet ook het begrip 'focusing event' worden genoemd, een gebeurtenis die een forse impuls geeft aan het urgentiebesef door het van de 'systeemagenda' (de agenda van de meest betrokkenen bij het probleem) te upgraden naar de 'politieke agenda' (de agenda van de besluitvormers). In het geval van alcoholbeleid kan bijvoorbeeld het openen van een alcoholpoli voor (vaak jonge) 'coma-zuipers' als zo'n event worden gezien, of het overlijden van een student als gevolg van overmatig alcoholgebruik tijdens de introductieperiode. Voor het onderwerp 'overgewicht' zijn dergelijke 'focusing events' moeilijker te vinden.

Urgentiebesef dient breed aanwezig te zijn

Indien de theorie van Kingdon wordt gecombineerd met de complexiteit van het beleid en de vele beleidsactoren die essentieel zijn voor een integrale, afgestemde uitvoering van beleid op het gebied van overgewicht, betekent toepassing van die theorie dat het urgentiebesef door vele beleidsactoren moet worden gedeeld, vooral door andere ministeries (c.q. het kabinet in brede zin) en door andere gemeentelijke afdelingen (c.q. het college in brede zin). Als alleen een portefeuillehouder volksgezondheid een urgentiebesef heeft, komt daarmee nog geen integraal beleid tot stand en zullen andere (publieke en private) organisaties niet snel bereid zijn in een probleem te investeren, dat ze niet als urgent beschouwen. Tenzij sprake is van parallelle belangen, waardoor facetbeleid tot stand komt zonder een gedeeld urgentiebesef op het thema overgewicht.

Indien het urgentiebesef wordt gedeeld door de doelgroep van het beleid, is de kans op succes aanzienlijk groter (Huygen & Rijkschroeff, 2004). Een voorbeeld hiervan is de petitie die door lokale bestuurders en inwoners van North Karelia aan de landelijke overheid is aangeboden.

Het ervaren en gedeelde urgentiebesef zorgt tevens voor meer focus, middelen, menskracht, samenwerking tussen beleidsactoren, netwerkvorming, toepassing van beschikbare kennis en politieke aandacht. Het beleid ter preventie van alcoholmisbruik is daarvan een voorbeeld. 12 ministeries zijn erbij betrokken, een breed scala aan maatregelen wordt genomen, er zijn op lokaal niveau afspraken met winkeliers, scholen en sportverenigingen, er zijn intergemeentelijke samenwerkingsverbanden en er wordt door deze samenwerkingsverbanden een actieve lobby in de richting van VWS gevoerd.

Oplossingsrichtingen

Wat als gevolg van de complexiteit van het onderwerp geldt voor het urgentiebesef, geldt ook voor de oplossingsrichtingen. Afzonderlijke oplossingsrichtingen hebben meestal een beperkt effect. Indien in een wijk een afspraak over 'gezond trakteren' op school de enige 'interventie' in die wijk is, zal

het effect gering zijn. Er dient altijd sprake te zijn van een geheel aan 'oplossingen', wil het beleid effectief zijn. Vandaar het belang van integraal beleid, gecombineerd met een community-developed of community-based aanpak. En vandaar het belang van de eerdergenoemde synergie, die ontstaat uit een combinatie van een bottom-up en top-down benadering. Er dient derhalve een breed 'oplossingsbeeld' beschikbaar te zijn, dat te vertalen is in een compleet beleidsprogramma en waarmee de doelgroep zich identificeert.

Urgentiebesef wordt niet altijd geuit

Kingdon poneert ook een relatie tussen de beschikbaarheid van oplossingsrichtingen en de vorm waarin het urgentiebesef vorm krijgt. Het buiten beeld zijn van oplossingsrichtingen of het onhaalbaar zijn van oplossingen (binnen de beleidsperiode van één college), bijvoorbeeld vanwege de hoge kosten van interventies, kan er toe leiden dat het aanwezige urgentiebesef niet actief wordt geagendeerd. Een wethouder zal niet snel roepen dat er een groot probleem is dat per sé opgelost moet worden, als er geen enkel perspectief is op enige oplossingsrichting.

De overheid kan de drie stromen faciliteren

Indien de overheid zelf urgentiebesef heeft ten aanzien van het onderwerp 'overgewicht', heeft zij een belangrijke taak in het faciliteren van alle drie de 'stromen' om daarmee een window of opportunity te creëren. Het Utrechtse college heeft dat in samenspraak met de GG&GD Utrecht planmatig gedaan in de wijk Overvecht. Door de planmatige aanpak en het uitgebreide lobby-traject (pleitbezorging was één van de vijf pijlers van het project) ontstond een gedeeld urgentiebesef en waren andere partijen bereid hun aandeel in het project te leveren.

Urgentiebesef kan ook gekweekt worden

Diverse best practices tonen overigens aan dat urgentiebesef ook 'gekweekt' kan worden door met een project adequaat te beginnen en goed te lobbyen bij andere stakeholders. De Geus e.a. (2011) noemen dit het 'Zwaan Kleef Aan'-effect. Partijen die in een latere fase aansluiten ontwikkelen een urgentiebesef door de combinatie van agendering van het onderwerp door de initiatiefnemers, positieve resultaten van de al lopende projecten, de zich ontwikkelende community-attitude en de dreiging om uitgesloten te raken van een succesvol geheel van activiteiten.

3.3.7. De meerwaarde van beleidsentrepreneurs en boundary-spanners

Kingdon stelt nog een vijfde voorwaarde aan beleidsontwikkeling. Als de drie stromen bij elkaar komen en er sprake is van een 'focusing event', is er ook iemand nodig om het initiatief te nemen tot deze beleidsontwikkeling. Kingdon noemt dit een beleidsentrepreneur, een term ontleend aan economische theorieën (Barzalay, 1994). In het geval van gemeentelijk beleid is dat vaak een ambtenaar, maar het kan ook een wethouder of burgemeester zijn (vgl. de rol van de burgemeester van Meerssen bij het project Hartslag Limburg). Kortom, een beleidsentrepreneur is iemand die toegang heeft tot andere beleidsactoren, een visie en doorzettingsvermogen heeft, kan overtuigen, pro-actief is en inhoudelijk goed thuis is in de materie (Forsyth, 2006). De afwezigheid van een beleids-

entrepreneur leidt er in het algemeen toe dat er geen substantiële beleidswijzigingen plaats vinden en er al zeker geen nieuwe beleidsconcepten, zoals integraal beleid of publiek-private samenwerking ontstaan.

Boundary-spanners zijn personen binnen netwerken, die gezamenlijk met andere boundary-spanners een netwerk vitaal houden, problemen achter de schermen oplossen, goede contacten in het netwerk onderhouden, de ideeën van hun eigen organisatie op informele wijze inbrengen in andere organisaties en de ideeën van andere organisaties laten diffunderen in de eigen organisatie. Netwerken zonder boundary-spanners functioneren moeizamer en formeler, ondervinden meer problemen en bereiken minder resultaten (Tennyson & Wilde, 2000). De rol van boundary-spanners wordt beeldend weergegeven in het navolgende citaat van Sean Assent (ongedateerd): *"Additionally, they maintain that if you 'scratch below the surface of any successful partnership' you will invariably find one or more individuals who have taken on the role of the partnership's 'broker'. Brokers rarely receive recognition and acknowledgement . . . But the role is essential and without it a partnership-based development initiative is highly unlikely to achieve its goal".*

Voor beide functies geldt dat actief gezocht kan worden naar mensen die deze rollen kunnen vervullen. Beide rollen kunnen overigens ook door dezelfde persoon vervuld worden, zij het in verschillende fasen van een complex beleidsproces, waarin netwerkvorming een grote rol speelt.

3.4. Randvoorwaarden en kaders

Uiteraard zijn de gebruikelijke randvoorwaarden ten aanzien van beschikbare menskracht en middelen van toepassing, gelet op de complexiteit van het beleid. Uit de reacties van VNG, GGD Nederland en de IGZ op de beleidsvoornemens van de landelijke overheid (zie hoofdstuk 4.2.) kan al worden geconcludeerd dat niet aan die randvoorwaarden wordt voldaan. Zo stelt het SGBO (Dresen, Lonkhuijsen & Kornalijsnijper, 2009) vast dat de gemeenten gemiddeld 0,5 fte beschikbaar hebben voor het beleid op het gebied van publieke gezondheid. Op de beschikbare budgetten wordt in hoofdstuk 5 nader ingegaan.

Maar ook kennis van meer specifieke randvoorwaarden is van belang.

Ten eerste zijn er op gemeentelijk niveau vele regelingen die bij kunnen dragen aan de bevordering van de gezondheid van de inwoners van een gemeente. In paragraaf 1.4. is al gememoreerd dat Van Dijk 283 van dergelijke gemeentelijke regelingen heeft geïdentificeerd. En ook het NIGZ heeft in 2005 een overzicht gemaakt van gemeentelijke beleidsinstrumenten voor beleid ter voorkoming van overgewicht (Nijboer & Van Alst, 2005). Dit biedt voor de ambtenaar volksgezondheid een prima basis voor de dialoog met andere afdelingen en voor het overtuigen van het college voor een brede aanpak van publieke gezondheid. Ten tweede is de zorgverzekeringswetgeving van belang. Sinds het uitkomen van de duiding van het College voor Zorgverzekeringen (2007) met betrekking tot preventie bestaat een intensieve dialoog over de brug tussen selectieve en geïndiceerde preventie, waarbij selectieve preventie een verantwoordelijkheid van de gemeentelijke overheid is en geïndiceerde preventie een verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars. Maar over de mate waarin geïndiceerde preventie uit het

basispakket zou moeten worden gefinancierd, bestaan er aan de kant van gemeenten vele misvattingen. Ten eerste vraagt geïndiceerde preventie een indicatiestelling door een huisarts, ten tweede moet de preventie passen in de prestaties die het Besluit Zorgverzekering onderscheidt en ten derde moet de preventie geleverd worden door een instelling die erkend is in het kader van de Zorgverzekeringswet. Dat beperkt de mogelijkheden voor preventie aanzienlijk en vertroebelt de dialoog tussen gemeenten en zorgverzekeraar. Niettemin heeft deze duiding wel een belangrijke rol gespeeld in de discussie over dit onderwerp (Van der Grinten & Drewes, 2007).

De afgelopen jaren is ook de relatie tussen WMO, AWBZ en WPG een veelbesproken issue, maar in de praktijk blijkt dat een inhoudelijke verbinding tussen de WMO, de AWBZ en de WPG moeilijk te formuleren is.

Tabel 3.5. prestatievelden WMO.

De negen prestatievelden van de WMO:

1. Het bevorderen van de sociale samenhang in en leefbaarheid van dorpen, wijken en buurten.
2. Op preventie gerichte ondersteuning van jeugdigen met problemen met opgroeien en van ouders met problemen met opvoeden.
3. Het geven van informatie, advies en cliëntondersteuning.
4. Het ondersteunen van mantelzorgers en vrijwilligers.
5. Het bevorderen van de deelname aan het maatschappelijke verkeer en van het zelfstandig functioneren van mensen met een beperking of een chronisch psychisch probleem en van mensen met een psychosociaal probleem.
6. Het verlenen van voorzieningen aan mensen met een beperking of een chronisch psychisch probleem en aan mensen met een psychosociaal probleem ten behoeve van het behoud van hun zelfstandig functioneren of hun deelname aan het maatschappelijke verkeer.
7. Het bieden van maatschappelijke opvang, waaronder vrouwenopvang.
8. Het bevorderen van openbare geestelijke gezondheidszorg, met uitzondering van het bieden van psychosociale hulp bij rampen.
9. Het bevorderen van verslavingsbeleid.

Bron: Wet Maatschappelijke Ondersteuning (2005).

In het prestatieveld jeugd is de verbinding met de WPG wel gemaakt door de Centra voor Jeugd en Gezin, waarin (veelal) zowel de vier gemeentelijke taken in het kader van de WMO als de taken in het kader van de WPG zijn ondergebracht. De prestatievelden 7, 8 en 9 zijn in 2006 voor een deel overgeheveld vanuit de WCPV naar de WMO, waardoor er op uitvoeringsniveau nog overlap is. Ten aanzien van de prestatievelden 5 en 6 wordt gesteld dat preventie het gebruik ervan zou moeten verminderen. Prestatieveld 3 wordt (deels) ingevuld door de sociale kaarten, die in nagenoeg alle gemeenten aanwezig zijn in het kader van de WPG taak 'informerende burgers over gezondheid'. Met name prestatieveld 1 biedt, gelet op de community-principes die worden gebruikt bij gezondheidsbevordering, potentiële mogelijkheden voor een inhoudelijke verbinding.

3.5. Kennisoverdracht

De breedte van de benodigde kennis noopt tot een programmatische en procesmatige aanpak van kennisoverdracht. In dat kader zijn afgelopen jaren twee grote projecten uitgevoerd: het Referentiekader Gezondheidsbevordering door het NIGZ en de Handreiking gezonde gemeente door het RIVM.

Het Referentiekader Gezondheidsbevordering is een hulpmiddel om interventies voor gezondheidsbevordering te kiezen en uit te voeren. Het kent drie velden (processen, resultaten en feedback) en binnen die velden vijf factoren (organiseren, interventies, tussenresultaten, determinanten en gezondheid). In de publicatie 'Gezond Effect Bevorderen' (Saan & De Haes, 2005) wordt de achterliggende theorie uiteengezet. Uiteraard zijn er raakvlakken met de theorieën, die eerder in dit hoofdstuk zijn geschetst.

Hetzelfde geldt voor de Handreiking Gezonde Gemeente, die in 2010 door het RIVM is gelanceerd. Deze website geeft een overzicht van processen en beschikbare kennis op het gebied van publiek gezondheidsbeleid.

Tenslotte dienen ook het NIGZ en ZonMW genoemd te worden. NIGZ vanwege de vele vormen van ondersteuning die aan het veld geboden worden en ZonMW vanwege de voortdurende aandacht die er vanaf het begin is geweest voor ontwikkeling en implementatie van kennis ten behoeve van het domein publieke gezondheid.

Niettemin is kennisoverdracht een item dat de nodige aandacht vraagt.

3.6. Epiloog

Het overzicht van voorwaarden kan natuurlijk nog veel uitgebreider worden geformuleerd, omdat achter ieder onderdeel ervan een wereld van wetenschap en onderzoek schuil gaat. Ook is denkbaar dat bepaalde deelaspecten nog onvoldoende als voorwaarde zijn opgenomen. Maar de gerechtvaardigde verwachting is dat een lokaal gezondheidsbeleid dat volledig aan de bovengeschetste voorwaarden voldoet, een grote kans heeft om tot de beoogde resultaten te leiden. Het uitbreiden of uitwerken van het overzicht van voorwaarden verandert daar weinig aan. Anderzijds zijn er ook projecten die gewoon ontstaan door enthousiast samenwerken van enkele bevlogen personen, zonder dat aan alle voorwaarden is voldaan. Met name wat betreft randvoorwaarden schort er immers nogal wat. Wachten op realisatie van alle randvoorwaarden zou verlamdend werken.

Bij sommige onderwerpen diende een keuze gemaakt te worden voor sommige modellen of theorieën. Leidraad bij die keuzes is de mate waarin een bepaalde theorie door de kennisinstituten op het gebied van publieke gezondheid (RIVM, NIGZ, GGD Nederland) als richtinggevend wordt gezien. Dat geeft de hoogste kans dat beleidsmedewerkers en portefeuillehouders van de betreffende kennis op de hoogte kunnen zijn.

Op de mogelijkheden om de complexiteit te reduceren tot eenduidige wetmatigheden wordt in hoofdstuk 7 nader ingegaan. Daarin komt de theorie van Kingdon als centraal element naar voren, met urgentiebesef, 'focusing events', beschikbare oplossings-richtingen en 'maatschappelijk en politiek draagvlak' als belangrijke begrippen. Deze is in paragraaf 3.3.6. al aan de orde gesteld.

4. LANDELIJK BELEID PUBLIEKE GEZONDHEID

4.1. Inleiding

Ondanks de begripsbepaling in paragraaf 1.3. zullen in dit hoofdstuk meerdere termen door elkaar heen gebruikt worden, omdat de terminologie in de periode 1980 – 2011 meerdere malen gewijzigd is. Al die terminologie terugbrengen naar de vierdeling in paragraaf 1.3. vermindert de leesbaarheid, vermindert de relatie tussen citaten en eigen tekst en verloochent het specifieke karakter van bepaalde begrippen in hun eigen tijd.

Dit hoofdstuk bevat een redelijk gedetailleerde – en daarmee wellicht niet altijd even boeiende – beschrijving van het overheidsbeleid in de afgelopen decennia. Voor een dergelijke mate van detail is gekozen, omdat daarmee een aantal parallel lopende 'rode draden' in het landelijk beleid zichtbaar wordt gemaakt (onder andere opvattingen over eigen verantwoordelijkheid van burgers, consistentie van beleidsproces, deregulering, decentralisatie, facetbeleid en integraal beleid). In paragraaf 2.3. wordt een beknopte samenvatting gegeven.

De analyse van het overheidsbeleid vindt plaats om vast te stellen in hoeverre kenmerken van of lacunes in dit beleid in verband kunnen worden gebracht met de trends op het gebied van overgewicht.

In dit hoofdstuk wordt uitsluitend ingegaan op landelijk beleid. Gemeentelijk beleid komt in hoofdstuk 5 en 6 aan de orde. Deze tweedeling is om twee redenen gemaakt. Ten eerste omdat het empirische deel van het onderzoek zich richt op gemeentelijk beleid en ten tweede omdat het landelijk beleid zich essentieel onderscheidt van het gemeentelijk beleid door de aard ervan. De nadruk van het landelijk beleid ligt voor een belangrijk deel op het bevorderen en ondersteunen van gemeentelijk beleid (naast het nemen van een aantal landelijke maatregelen), terwijl gemeentelijk beleid zich met name richt op het nemen van maatregelen binnen de gemeente, in samenspraak en samenwerking met andere partijen.

Landelijk beleid op het gebied van overgewicht is voor een deel thematisch beleid (zie de recente nota 'Overgewicht', VWS 2009a), maar is toch vooral onderdeel van breder beleid. Het betreft dan met name beleid op het gebied van (collectieve) preventie (sinds 2009 beleid op het domein publieke gezondheid), voedingsbeleid, jeugdbeleid, ouderenbeleid en sportbeleid. Maar aangezien maatregelen op het gebied van sport en bewegen, ouderenbeleid en jeugdgezondheidszorg ook onderdeel uitmaken van de overheidsdocumenten op het gebied van publieke gezondheid, ligt de nadruk in deze analyse op de aanpak van overgewicht in het kader van het beleid op het gebied van publieke gezondheid. Vandaar dat de titel van het hoofdstuk algemener van aard is dan beleid op het gebied van overgewicht en te lezen is als: 'beleid op het gebied van publieke gezondheid, met name gericht op het onderwerp 'overgewicht'. Voedingsbeleid en sportbeleid komen wel (kort) afzonderlijk aan de orde. Tevens wordt aandacht besteed aan meer algemene beleidsonderwerpen, die in deze periode hebben gespeeld, zoals decentralisatie, deregulering, marktwerking, privatisering en bezuinigingen, aangezien die natuurlijk ook hun invloed hebben gehad op het beleid ten aanzien van overgewicht.

Het beschrijven van overheidsbeleid vergt een format ten behoeve van de ordening van de analyse. Gekozen wordt voor het format dat is opgesteld door Hoogerwerf & Herweijer (2008). Deze indeling omvat 7 stappen: agendavorming, beleidsvoor-bereiding, beleidsbepaling, beleidsuitvoering, beleidsevaluatie, terugkoppeling en beleidsbeëindiging.

Hiervoor wordt gekozen omdat dit een logische indeling is voor de beschrijving van het beleidsproces. Dit wil niet zeggen dat het beleidsproces in de praktijk volgens de wetten van de logica verloopt (integendeel) of met deze indeling volledig wordt weergegeven. Zo zal er voor wat betreft collectieve preventie niet snel sprake zijn van beleidsbeëindiging. De indeling dient dan ook te worden gezien als een kapstok, waaraan diverse aspecten kunnen worden opgehangen. Zo kunnen de agendabouwtheorie en de Stromentheorie, die in bijlage 2 kort worden besproken (De Leeuw, 1989; Hoeijmakers, 2005), worden gezien als uitwerkingen van met name de stap 'agendavorming' en kan veel van de kennis uit de dissertaties, die betrekking hebben op de optimalisering van het beleidsproces, een bijdrage leveren aan de inhoudelijke uitwerking van de beleidsvoorbereiding en beleidsevaluatie. In onderstaande beschrijving van het overheidsbeleid zal blijken dat sommige stappen volledig worden overgeslagen en veel cycli niet worden afgerond voordat een volgende beleidscyclus begint. De soms korte doorlooptijd van sommige kabinetten is daaraan niet vreemd (zie bijlage 4).

In hoofdstuk 3 wordt het beleidsmodel van Hoogerwerf en Herwijer naast enkele andere beleidsmodellen geplaatst. Deze andere modellen kennen echter geen duidelijke ordening of een vaste set van elementen, op basis waarvan een ordening kan worden aangebracht. Wel komen veel begrippen uit het model van Hoogerwerf in die andere modellen terug, waardoor de ordening en begrippen van Hoogerwerf & Herwijer ook kunnen worden gebruikt bij de toetsing van het overheidsbeleid aan andere modellen.

Overigens wordt die indeling vanwege de leesbaarheid niet al bij de beschrijving in paragraaf 2 gebruikt. In paragraaf 3 wordt wel aan de hand van het format een analyse van het beleid gegeven. De overweging om de indeling nu al te noemen is dat het lezen van paragraaf 2 daarmee beter wordt gestructureerd.

Ook voor wat betreft de beleidsinhoud wordt aangesloten bij de begrippen die door Hoogerwerf & Herweijer worden gebruikt. Dat betreft met name de begrippen beleidsdoelstellingen en beleids- en bestuursinstrumenten.

Voor de beleidsdoelstellingen wordt geen subclassificatie aangehouden. Uit de beschrijving wordt duidelijk in hoeverre deze aan de SMART-criteria voldoen.

Voor wat betreft de beleidsinstrumenten wordt aangesloten bij de indeling van Hoogerwerf & Herweijer. Beleidsinstrumenten worden beschreven als de instrumenten die door de overheid worden gebruikt om haar beleidsdoelen te verwezenlijken.

Er wordt een onderscheid gemaakt tussen overheidsvoorzieningen als directe beleidsinstrumenten van de (rijks-) overheid en juridische, economische en communicatieve beleidsinstrumenten als indirecte beleidsinstrumenten. Een vijfde vorm van 'beleidsinstrumenten' is 'niets doen als overheid', in de veronderstelling dat de markt een bepaald probleem op adequate manier kan oplossen. Dit laatste is uiteraard alleen een beleidsinstrument als het een bewuste, beargumenteerde keuze is om als overheid niets aan een probleem te doen.

Binnen de classificatie van juridische, economische en communicatieve beleidsinstrumenten kan nog een onderscheid gemaakt worden op twee dimensies: algemeen versus individueel en beperkend versus verruimend.

Juridische beleidsinstrumenten kunnen worden omschreven als: waarden en normen die zijn vastgelegd in bepaalde regels waarin is voorgeschreven welk gedrag burgers of organisaties al dan niet behoren te vertonen. Hierbij moet worden gedacht aan wettelijke voorschriften, verordeningen en vergunningen. Het *economische beleidsinstrument* omvat financiële prikkels: burgers/organisaties worden gestimuleerd tot bepaald gedrag (in de vorm van subsidies) of ontmoedigd (in de vorm van heffingen). Bij *communicatieve beleidsinstrumenten* tracht de overheid het gedrag van de burgers en organisaties te beïnvloeden door middel van het overbrengen van informatie, in de vorm van bijvoorbeeld folders, radio- en televisiespots, maar ook door individueel advies. De overheid poogt door inzet van dit instrument een bewustwording bij burgers te bewerkstelligen zodat deze hun gedrag zullen veranderen. Maar ook het bevorderen van het kennispotentieel van professionals en gemeenten valt onder deze categorie beleidsinstrumenten.

De overheid zet bij de verschillende categorieën beleidsinstrumenten respectievelijk haar autoriteit, budget en kennis in.

Een bijzondere vorm van beleidsinstrumenten zijn bestuursinstrumenten. Deze worden in Hoogerwerf & Herweijer gedefinieerd: als “middelen die overheidsinstanties bij hun beleidsvoering gebruiken om beslissingen of handelingen van andere overheidsinstanties en van andere producenten van collectieve goederen te beïnvloeden”. De meest gebruikte bestuursinstrumenten zijn 1) normstelling, 2) financiering en 3) toezicht. Normstelling en toezicht komen in paragraaf 4.3. apart aan de orde, financiering wordt besproken bij de algemene economische beleidsinstrumenten.

De beschikbare documenten zijn geanalyseerd aan de hand van het betreffende format. In de volgende paragraaf komen uitsluitend de hoofdlijnen aan bod. Veel deeldossiers kennen een groot aantal documenten, zoals een brief van het kabinet, de daarbij horende nota, de vragen van het parlement, de antwoorden van de regering, het verslag van de beraadslagingen, kamervragen naar aanleiding van de actualiteit, etc.. Het gedetailleerd aan de orde stellen van al deze documenten zou een onleesbaar geheel opleveren. In totaal zijn circa 400 documenten bestudeerd, in het onderstaande overzicht komen er circa 70 aan de orde. Deze zijn ook chronologisch weergegeven in het overzicht in bijlage 5. Toch is deze paragraaf nog redelijk omvangrijk. De reden daarvan is dat een aantal ‘lijnen’ over een reeks van 30 jaar met een zekere mate van detail beschreven wordt, teneinde ze voldoende scherp te kunnen analyseren.

4.2. Overheidsbeleid op het gebied van overgewicht

4.2.1. Ordering van deze paragraaf

Nadat aandacht is besteed aan de nota volksgezondheid uit 1966 zal worden ingegaan op de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid c.a. (WCPV) voor wat betreft de periode 1989-2011 en op de regelingen die aan de WCPV vooraf gingen. Dit gebeurt onder het kopje ‘systeem ter bevordering van de collectieve

preventie op lokaal niveau'. Systeem wordt hierbij gedefinieerd als *“geheel van elementen die elkaar wederzijds beïnvloeden en die een geïntegreerd geheel vormen”*. Als elementen van dit systeem kunnen worden gezien de gemeenten, GGD'en, lokale organisaties, de rijksoverheid, brancheorganisaties, landelijke kennisinstituten, RIVM, inspectie volksgezondheid, onderzoeksinstituten, wetten en regelingen, financieringsbronnen, etc.. Omdat deze paragraaf nader inzoomt op de visie van de rijksoverheid op de rol en taken van gemeenten en GGD'en, worden diverse citaten over deze onderwerpen weergegeven.

Vervolgens worden twee paragrafen gewijd aan de overige beleidsvoornemens en maatregelen van de rijksoverheid. Ten eerste een paragraaf 'Preventiebeleid, met name op het gebied van overgewicht' en tenslotte een paragraaf 'Sport- en voedingsbeleid'.

Voor deze indeling is gekozen vanwege het verschillende karakter van beide soorten activiteiten; het bevorderen van lokaal beleid op het gebied van collectieve preventie versus eigen landelijk beleid van het ministerie en landelijk facetbeleid.

De WCPV en diens opvolger de Wet Publieke Gezondheid (WPG) regelen de wijze waarop de collectieve preventie door gemeenten en rijksoverheid in medebewind wordt uitgevoerd en zijn daarmee het belangrijkste instrument dat de rijksoverheid heeft om sturing te geven aan het beleid van gemeenten en lokale partijen met betrekking tot het voorkomen en verminderen van overgewicht. Er zijn in de loop der jaren verschillende maatregelen genomen om de beoogde effecten van de WCPV (effectieve uitvoering van collectieve preventie) te bevorderen of te borgen.

Dit is een traject dat los zal worden beschreven van het landelijk (eigen) beleid dat in de loop der jaren is geformuleerd, zowel voor het meer algemene preventiebeleid als voor het beleid ten aanzien van sport en voeding.

4.2.2. Nota volksgezondheid

De nota Volksgezondheid wordt door het kabinet Cals gezien als het begin van een volksgezondheidsbeleid (SZ&V, 1966). De nota werd uitgebracht door minister Veldkamp en staatssecretaris Bartels. Deze laatste was arts en medewerker van de GGD Tilburg in de periode 1945-1949. De nota was het gevolg van het verzoek van de Tweede Kamer in 1961 aan het kabinet om haar een programmering van het gezondheidsbeleid voor de naaste en verdere toekomst te doen toekomen. De Centrale Raad voor de Volksgezondheid (de voorloper van de NRV en de RVZ) bracht hierover in 1962 advies uit. Muntendam (1966) ziet de nota als een document van historische betekenis, aangezien de nota het eerste totale beleidsdocument in de geschiedenis van de volksgezondheid is.

De nota maakt een onderscheid tussen gezondheidszorg en gezondheidsbescherming en tussen individuele en collectieve gezondheidszorg. Binnen deze collectieve gezondheidszorg maakt de nota een onderscheid tussen een algemeen volksgezondheidsbeleid ('het in verschillende andere sectoren van het overheidsbeleid rekening houden met de belangen van de volksgezondheid') en een specifiek volksgezondheidsbeleid ('rechtstreeks gericht op de volksgezondheid'). Ook de beginselen doen 'modern' aan. Het belangrijkste beginsel van de nota is dat volksgezondheid moet worden gezien als een onafscheidelijk deel van het geheel van overheidsbeleid en de daaraan ten grondslag liggende factoren van politieke, financiële, economische en maatschappelijk ideologische aard. Voor wat

betreft facetbeleid wordt een keur van onderwerpen genoemd (afvalwaterbehandeling, verkeer, recreatie) die onder andere ministeries ressorteren. Daarbij wordt opgemerkt dat het van de bereidheid van de betreffende ministeries zal afhangen of het facetbeleid daadwerkelijk tot stand komt. Dat geldt niet voor het domein van de sociale zekerheid, dat destijds onder hetzelfde ministerie viel. Daarvan wordt gesteld dat er een intensieve verbinding tussen de beide beleidsterreinen tot stand moet komen.

In het deel dat de gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking beschrijft wordt aandacht gevraagd voor de oversterfte van mannen aan onder andere hart- en vaatziekten.

De nota heeft voor een belangrijk deel een beschouwend karakter. De programmering, die volgens het verzoek van de Kamer zowel middellange als lange termijn zou moeten omvatten, beperkt zich tot 1970 en vooral tot wetgeving. Ten aanzien van het facetbeleid, anders dan sociale zekerheid, worden geen beleidsdoelstellingen of concrete voornemens genoemd.

Doordat het kabinet Zijlstra in april 1967 (en het kabinet Cals in november 1966 was gevallen), kon door de heren Veldkamp en Bartels nauwelijks verdere invulling worden gegeven aan de nota Volksgezondheidsbeleid.

4.2.3. Systeem ter bevordering van collectieve preventie op lokaal niveau

Basisgezondheidsdiensten in de periode 1974 - 1988

In de daaropvolgende jaren werd het stil op het gebied van facetbeleid en preventie en richtte de overheidsaandacht zich met name op de zorg. Preventie als onderwerp kwam weer terug in de Struiktuurnota Gezondheidszorg van staatssecretaris Jo Hendriks (Vomil, 1974), die een echelonnering voorstelde, die ook een nulde lijn kende. Een landelijk dekkend stelsel van regionale openbare gezondheidsdiensten maakte hiervan een belangrijk onderdeel uit. Het structuurdenken zette zich voort in de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg uit 1982 (Vomil, 1982), waarin ook de bepaling was opgenomen dat de gemeenten een landelijk dekkend netwerk van basisgezondheidsdiensten tot stand moesten brengen. Een door de kamer aangenomen motie Veder-Smit verzocht het kabinet "een nadere uiteenzetting te geven over de mogelijke takenpakketten van dergelijke openbare gezondheidsdiensten, waarbij aan het particulier initiatief een ruime plaats zou moeten worden gelaten." (MvT WCPV; WVC,1990b).

De WVG werd gefaseerd ingevoerd, de bepalingen ten aanzien van de basisgezondheidsdiensten zijn nooit formeel van kracht geworden, doordat in 1989 - als resultante van de discussie over het rapport van de commissie Dekker (commissie Dekker, 1987) - werd besloten de WVG in te trekken.

De WVG werd voorafgegaan door een 'Schets basisgezondheidsdiensten' (Vomil, 1980) en een Stimuleringsregeling Basisgezondheidsdiensten (Vomil, 1982), die herzien werd in 1985. De regeling regelde in beperkte mate het takenpakket, de gebiedsgrootte en de personeelsformatie van de basisgezondheidsdiensten. De WVG en de stimuleringsregeling leidden ertoe dat in 1982 iets meer dan 60% van de gemeenten al voorbereidingen troffen voor de inrichting van basisgezondheidsdiensten en dat in 1989 een landelijk dekkend netwerk was gerealiseerd, toen de Duin- en Bollenstreek als laatste witte vlek een basisgezondheidsdienst in het leven riep. Financiering vond plaats op grond van de stimuleringsregeling basisgezondheidsdiensten en een aantal afzonderlijke regelingen, zoals regelingen

voor jeugdtandzorg, jeugdgezondheidszorg, regionale samenwerkingsverbanden GVO, niet-curatieve geslachtsziektebestrijding, TBC-bestrijding, epidemiologie, aids-bestrijding en innovatie van collectieve preventie. In de periode 1989-1993 werden de bovengenoemde subsidies met een totaalbedrag van 117,5 miljoen gulden naar het gemeentefonds overgeheveld, nadat de taken met betrekking tot de collectieve preventie met de invoering van de WCPV (WVC, 1990a) naar gemeenten waren overgegaan. Overheveling van deze middelen ging gepaard met een korting van circa 11%. In 1982 was al een bedrag van 80 miljoen gulden voor jeugdgezondheidszorg overgeheveld naar het gemeentefonds. Voor de taakgebieden epidemiologie en medisch milieukundigen als grootschalige ondersteuningsfuncties en de projecten 'preventieve sportgezondheidszorg', preventieproject hart- en vaatziekten' en 'gezonde stedenproject' gelden (deels tijdelijk) afzonderlijke subsidiebeschikkingen voor specifieke organisaties, waaronder basisgezondheidsdiensten. Het preventieproject 'hart- en vaatziekten' wordt uitgevoerd door TBC-consultatiebureaus en huisartsenpraktijken.

Voor de activiteit 'regionale samenwerkingsverbanden GVO' was landelijk een bedrag van 6,4 miljoen euro beschikbaar. Tot de inwerkingtreding van de WCPV werd de helft van dit bedrag ter beschikking gesteld aan basisgezondheidsdiensten en de andere helft aan particuliere stichtingen, kruisverenigingen en de provinciale overheid. In 1990 werd de helft van dit budget overgeheveld naar het gemeentefonds, in 1991 de andere helft. Vanaf dat moment werd het budget met name aan GGD'en toegekend; de particuliere organisaties verloren hun budget voor gezondheidsbevordering. Het is niet ondenkbaar dat de animositeit die als gevolg hiervan mogelijk is ontstaan, de reden is van de afname met 20% van de taak 'coördinatie en structurering samenwerking op het gebied van GVO' bij basisgezondheidsdiensten en hun opvolgers, de GGD'en, in de periode 1989-1992 (KPMG & NIPG/TNO, 1993).

'Overgewicht' als onderwerp komt in de landelijke politiek voor het eerst aan de orde in de Rijksbegroting 1981. In een paragraaf over leefwijzen wordt melding gemaakt van de toename van het probleem overgewicht. Die paragraaf is de opmaat voor de bovengenoemde regelgeving op het gebied van basisgezondheidsdiensten. In de subsidieregeling die betrekking heeft op GVO worden geen nadere normen of eisen gesteld ten aanzien van de activiteiten die op verschillende deelgebieden worden ondernomen. Er wordt slechts een algemene aanduiding gegeven van de taken die voor het budget moeten worden uitgevoerd: coördinatie en structurering samenwerkingsverbanden, voorbereiden, uitvoeren en evalueren van GVO-programma's, maken van voorlichtingsmaterialen voor eigen organisatie en andere instellingen, publieksinformatie en beleidsadvisering van gemeenten over GVO.

De Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid en de Wet Publieke Gezondheid

A. De eerste versie van WCPV en het Besluit collectieve preventie

De WCPV verscheen in 1990 in het staatsblad (300), maar kende een terugwerkende kracht tot 1 januari 1989, die nodig was om een wettelijke basis te geven aan het deel van de bovengenoemde subsidies, dat al in 1989 naar het gemeentefonds was overgeheveld. De essentiële wijziging van de WCPV ten opzichte van de stimuleringsregeling basisgezondheidsdiensten is dat de gemeenten in medebewind verantwoordelijk worden voor de bevordering en uitvoering van de collectieve preventie. In artikel 2 worden de taken genoemd, die de gemeente(raden) worden geacht te bevorderen en in artikel 3 de taken die de gemeenten zelf dienen uit te voeren (jeugdgezondheidszorg 4-19 jaar en infectieziektebestrijding).

Tabel 4.1. Schematische samenvatting taken Wet Collectieve Preventie.

Bevordert (art. 2, lid 1)	• Totstandkoming en continuïteit van en de samenhang binnen de collectieve preventie • Afstemming tussen collectieve preventie en curatieve zorg
Draagt in dat kader zorg voor (art. 2, lid 2)	• Inzicht in gezondheidssituatie • Bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen • Bevorderen van hygiëne en psychohygiëne • Bijdragen aan opzet, uitvoering en afstemming van preventieve programma's
Draagt zorg voor uitvoering (art. 3)	• Collectieve preventie betreffende infectieziekten • Collectieve preventie gezondheidsrisico's voor jeugdigen

Artikel 5 bevat de verplichting om voor de uitvoering van de taken in artikel 2 en 3 een gemeentelijke gezondheidsdienst in te stellen en de verplichting om die dienst een advies te vragen bij besluiten die "belangrijke gevolgen hebben voor de collectieve preventie".

Verder worden geregeld de deskundigheden waarover de GGD minimaal moet beschikken, het verstrekken van specifieke uitkeringen voor grootschalige functies en de aankondiging dat de wijze waarop gegevens aan de rijksoverheid worden verstrekt, wordt geregeld via een AmvB.

De Memorie van Toelichting (WVC, 1990b) vermeldt dat rekening is gehouden met de uitgangspunten van de Nota 2000 (WVC, 1986) en de nota Volksgezondheid met beperkte middelen (1984). Beide nota's benadrukken de samenhang tussen preventie en curatieve zorg, zij het met verschillende achtergronden. "De MvT zegt hierover: *"De aandacht voor samenhang in de benadering van gezondheidsdeterminanten en de noodzaak gescheiden circuits bij curatie en preventie te vermijden, zijn op grond van die nota's in het wetsvoorstel verwerkt, aangezien in het bijzonder gemeentebesturen in dit opzicht een sturende functie kunnen vervullen."*

Voor wat betreft algemene bestuurlijke uitgangspunten worden in de MvT met name decentralisatie en deregulering genoemd. Decentralisatie waar het de gemeente betreft die primair verantwoordelijk is voor de collectieve preventie. Taken die in de stimuleringsregeling bij de basisgezondheidsdiensten waren neergelegd, worden door de WCPV bewust bij gemeenten neergelegd. De MvT zegt hierover: *“Daarnaast heeft de ervaring met de Stimuleringsregeling Basisgezondheidsdiensten geleerd dat de opzet van Hoofdstuk IX, waarin taken van collectieve preventie direct aan basisgezondheidsdiensten werden opgedragen, er feitelijk toe leidde dat de afstand tussen gemeenten en diensten onnodig werd vergroot. Dit laatste werkte niet in het voordeel van de gewenste betrokkenheid van gemeenten bij de ontwikkeling van deze diensten.*

Een en ander heeft ertoe geleid dat de onderhavige wet zich in alle opzichten direct tot de gemeenten richt, teneinde hun betrokkenheid bij de onderhavige materie beter te markeren en duidelijk aan te geven dat de basisgezondheidsdienst een instrument is in handen van de gemeenten (onderstreping SdG) om hun bij of krachtens deze wet opgedragen taken naar behoren te kunnen vervullen. De positie van de diensten wordt hiermee tevens versterkt.”

Deregulering is de achtergrond van het bewust niet regelen van de verhouding met de curatieve sector (MvT: *“collectieve preventie is een open, flexibel systeem”*) en van het slechts summier aanduiden van de wijze waarop gemeenten de collectieve preventie worden geacht in te vullen, zowel wat taken betreft als wat betreft grootte van het werkgebied, kwaliteitsaspecten en volumes van de verschillende functies. Beargumenteerd wordt dat hierdoor ook lokaal maatwerk kan worden geleverd.

De verwachtingen zijn hoog ten aanzien van de rol van gemeenten. Nogmaals de MvT: *“In feite wordt hiermee de basis gelegd voor de «public-health» benadering in brede, algemene, per definitie niet alleen ziektegebonden zin. Vanuit het bovengenoemde inzicht zullen de gemeenten de drijvende kracht zijn voor de totstandkoming, continuïteit en afstemming van preventieve activiteiten. Dat betekent tevens dat daarbij de gemeenten op grond van de eerdergenoemde uitgangspunten, zoals het niet monopoliseren en het vermijden van gescheiden circuits, personen en instellingen zullen betrekken die uit hoofde van hun functie het meest voor de opzet of uitvoering van de betrokken activiteiten zijn aangewezen.”*

De WCPV is acht keer gewijzigd en gaat in 2008 op in de Wet Publieke Gezondheid (WPG). In tabel 4.2. zijn deze wijzigingen weergegeven. Op de relevante wijzigingen (2002, 2011) wordt later in deze paragraaf uitgebreider terug gekomen.

Tabel 4.2. Overzicht wijzigingen Wet Collectieve preventie Volksgezondheid en Wet Publieke Gezondheid

Jaar en staatsbladnr	Omschrijving
1997 (219)	Aanwijzingsbevoegdheid minister in geval van IZB
1997 (510)	Technische wijziging i. k.v. wijziging Algemene Bestuurswet
1998 (178)	Technische wijziging i.k.v. Wet kadersubsidies volksgezondheid
1999 (030)	Technische wijziging i.k.v. reparatiewet
2002 (468)	Inhoudelijke wijziging
2005 (525)	Technische wijziging i.k.v. wijziging Zorgverzekeringswet
2005 (530)	(technische) wijziging i.k.v. dualisering gemeentebestuur
2006 (351)	Wijziging i.k.v. WMO
2008 (460)	WCPV gaat op in WPG, inhoudelijke wijzigingen
2011 (285)	2 ^e tranche WPG

Bron: Staatsblad

Op 12 oktober 1992 wordt het Besluit collectieve preventie (Stb 1992 – 569) gepubliceerd als uitwerking van de WCPV. Ten aanzien van artikel 2 van de WCPV wordt de gemeenten opgedragen zorg te dragen *“voor de totstandkoming van een structuur, waarbinnen de samenwerking tussen instellingen die taken vervullen op het gebied van gezondheidsvoorlichting en –opvoeding, vorm krijgt”*. Daarnaast gaat het besluit nader in op de taken op andere gebieden en regelt het eisen voor diverse professies. Opvallend is dat er in de AmvB niets geregeld is over de wijze waarop gegevensverstrekking moet plaatsvinden.

Het Besluit Collectieve Preventie is vijf keer gewijzigd en gaat in 2008 op in het Besluit Publieke Gezondheid. In tabel 4.3. zijn deze wijzigingen weergegeven.

Tabel 4.3. Overzicht wijzigingen Besluit Collectieve Preventie en Besluit Publieke Gezondheid.

Jaar en staatsbladnr	Omschrijving
1996 (035)	Wijziging aanbieding vaccinaties, opleidingseisen epidemiologen, deskundigheidseisen medisch milieukundigen
1998 (340)	Technische wijziging i.k.v. Wet BIG
1998 (413)	Technische wijziging i.k.v. onderwijswetgeving
2002 (549)	Inhoudelijke wijziging
2005 (574)	Technische wijziging
2008 (460)	Intrekking, vervanging door Besluit Publieke Gezondheid
2008 (461)	Besluit Publieke Gezondheid
2010 (256)	Inhoudelijke wijziging, mede i.k.v. Wet veiligheidsregio's

Bron: Staatsblad

Het Besluit jeugdgezondheidszorg is in 2002 ‘afgesplitst’ van het Besluit Collectieve preventie en in 2005 uitsluitend technisch gewijzigd. In 2008 is het opgegaan in het nieuwe Besluit Publieke Gezondheid.

B. Onderzoek naar de werking van de WCPV en optimalisering van het systeem ter bevordering van collectieve preventie op lokaal niveau in de periode 1990 - 1993.

Vanaf het begin is door het ministerie intensief overleg gevoerd met de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) en de Vereniging van Directeuren Basisgezondheidsdiensten (VDB, later LvGGD en weer later GGD Nederland). Zo wordt de VNG door het ministerie ondersteund bij een project om de informatievoorziening voor de collectieve preventie op te zetten en in tweede instantie te automatiseren en ontvangen VNG en VDB steun voor een kwaliteitsproject (De GGD op weg naar 2000). Ook verschijnen er in coproductie van de VNG en de VDB diverse publicaties (algemene publicatie over de WCPV en publicaties over de jeugdgezondheidszorg, over een gemeentelijk functioneel ontwerp voor een GGD en over het kwaliteitsproject).

De Geneeskundige Hoofdingspectie brengt al in 1991 een rapport uit met de titel "GGD en collectieve preventie, verslag van een inspectieonderzoek" (GHI, 1991). In opdracht van het ministerie voeren KPMG en NIPG/TNO in 1992 een onderzoek uit naar de werking van de WCPV (KPMG & NIPG/TNO, 1993).

Uit het rapport van de inspectie komt het beeld naar voren dat de GGD'en met veel wijzigingen en uitdagingen worden geconfronteerd en er ook nog nieuwe taken bij hebben gekregen. De inrichting en borging van de kwaliteit van die nieuwe taken komt in het gedrang, mede door het ontbreken van heldere normen en criteria. Er ontbreken essentiële voorwaarden voor kwaliteitsborging en een gerichte ondersteuning van de centrale overheid is nodig (GHI, 1991).

Het onderzoek van KPMG en NIPG/TNO benadrukt in haar verantwoording al dat *"de formuleringen van doelen, opdrachten, taken en normen in de WCPV een dermate open karakter dragen dat harde toetsing van de mate waarin deze verwezenlijkt zijn, binnen de gegeven onderzoeksopdracht niet mogelijk is."*

De belangrijkste algemene conclusie (pagina 97) is dat *"de WCPV voor de collectieve preventie tot nu toe (1992) geen negatieve consequenties heeft gehad."* Tussen de GGD'en doen zich grote verschillen in uitvoering voor. Voor wat betreft de afstemming curatie – preventie en het facetbeleid is *"de uitvoering van de wettelijke taken nog duidelijk in ontwikkeling"*. Afstemming curatie – preventie blijkt een moeilijk te bereiken doel, waaraan de open formulering en het ontbreken van sanctiemogelijkheden debet zijn. De activiteiten in het kader van het facetbeleid beantwoorden niet aan de doelstellingen.

Daarnaast blijkt dat de WCPV een onvoldoende niveau van uitvoering van taken niet uitsluit, een verschijnsel dat kan toenemen bij een toename van financiële druk op gemeenten. Gemeenten houden zich met name bezig met de beheertaak ten aanzien van de GGD en nauwelijks met de inhoud van het werk.

Deze conclusies zijn de opmaat voor een breed scala van maatregelen in de daaropvolgende jaren.

C. Wijzigingen en aanvullende maatregelen in de periode 1993 - 1997

Een reactie op het KPMG & NIPG/TNO onderzoek heeft de minister op 30 december 1993 naar de Tweede Kamer gestuurd (WVC, 1993b). Maar ook in de nota "Preventiebeleid voor de volksgezondheid" (WVC 1992c) noemt de minister

al een aantal maatregelen, gericht op het versterken van de collectieve preventie. Hij baseert zich op een tiental onderzoeken en adviezen die in de periode 1990-1992 zijn uitgebracht en stelt daarover: *“Uit bovenbedoelde documenten komen als belangrijkste beleidsmatige problemen op het gebied van de preventie naar voren: lacunes in de uitvoering, tekortschietende kwaliteitscontrole, effectiviteit en efficiency en in het algemeen en onderbelichting in de beleidsontwikkeling waardoor ook de regievoering achterblijft”*

De minister koppelt daaraan vergaande ambities: *“Op middellange termijn (t/m 1996) moet dit leiden tot samenhangend preventiebeleid zowel nationaal als regionaal en lokaal. Hierin zullen dan prioriteiten worden gesteld o.m. op basis van verwachte gezondheidseffecten, zal een systeem bestaan voor de bewaking van kwaliteit, effectiviteit en efficiency en zullen tenslotte de voorwaarden om tot samenhangend beleid (financiering, onderzoek, opleidingen e.d.) te komen, sterk zijn verbeterd. In internationaal opzicht zal nauw worden samengewerkt met de EG en de WHO.” (.....) “Lokale overheden ontwikkelen programma's voor collectieve preventie aan de hand van dezelfde criteria als marktpartijen en voeren die uit in overleg en samenwerking met andere partners. Zij letten vooral op verankering van het preventiebeleid in het totale lokale beleid. Zij signaleren gezondheidsbedreigende situaties, hanteren hierbij o.a. regionale/lokale gezondheidsprofielen en treffen maatregelen binnen en vooral ook buiten het beleidsgebied van volksgezondheid. Zij bevorderen participatie van maatschappelijke organisaties en burgers bij de preventie. Regelmatig brengen zij beleidsnota's uit met specifieke, op de regionale/lokale situatie toegesneden prioriteiten.”*

Voornemens worden aangekondigd op het gebied van preventie in de eerste lijn, onderzoek, kwaliteitsbeleid, mogelijke financiering van preventie uit het zorgbudget, een vierjarige preventiecyclus, een landelijke ondersteuningsstructuur, facetbeleid en coördinatie van collectieve preventie.

Aangekondigd wordt dat de resultaten van de nota preventiebeleid zullen worden weergegeven in de nota Gezondheidsbeleid die twee jaar later zal uitkomen.

In de reactie van 30 december 1993 op het rapport komt een belangrijk deel van deze maatregelen terug. Daarnaast kiest de minister uitdrukkelijk voor het handhaven van het decentrale beleid en uit hij het voornemen de uitvoering van de infectieziektebestrijding en de jeugdgezondheidszorg onder te brengen in de op stapel staande Kwaliteitswet Zorginstellingen.

Het overleg met de kamercommissie over de nota 'Preventiebeleid' vindt twee jaar na het uitbrengen plaats, in de volgende kabinetsperiode (Tweede Kamer, 1994). Tijdens dit overleg wordt er kritiek geleverd op de grote onduidelijkheid over de uitvoering van de WCPV en het uitblijven van handelen van de kant van het kabinet. De conclusie van de kamer is dan ook dat de eerste vier jaar van de WCPV geen substantiële verbeteringen hebben opgeleverd. In een brief van 28 oktober 1994 gaat de minister in op vragen die tijdens dit overleg zijn gesteld. Een van de onderwerpen in deze brief is het voornemen van enkele gemeenten om hun GGD te privatiseren, gerelateerd aan het thema 'beleidsvrijheid van gemeenten'. Over dit laatste schrijft de minister: *“De vraag van mevrouw Dankers, of er geen spanningsveld ontstaat met de beleidsvrijheid van de gemeente als er meer en*

meer landelijk uniforme profielen komen, beantwoord ik ontkennend. Het staat de gemeenten vrij om binnen hun eigen prioriteitstelling al dan niet gevolg te geven aan de aanbevelingen zoals die in de kwaliteitsprofielen zijn neergelegd. Naar ik heb begrepen heeft de LVGGD zich voorgenomen om de kwaliteitsprofielen te vertalen naar een beperkte set van gedragingen en landelijk te hanteren praktijkrichtlijnen. Dit zal betekenen een realisatie van voor alle GGD'en geldende kwaliteitscriteria met bijbehorende normstelling. Deze normstelling zou in de vorm van een bandbreedte van normen gestalte moeten krijgen. Dat professionals een natuurlijke neiging hebben om het kwaliteitsniveau te perfectioneren vind ik overigens geen slechte zaak. Uitgangspunt hierbij dient naar mijn mening te zijn dat zij de verantwoordelijke gemeentebesturen kunnen overtuigen van het nut en de noodzaak van dat kwaliteitsniveau".

De minister zegt een onderzoek door de inspectie toe, gericht op de wijze waarop preventie lokaal wordt uitgevoerd. De minister erkent ook dat er dan toe weinig echt is geëvalueerd. Dit is tussen de regels door te lezen in de zin: *"Het periodiek evalueren van de ontwikkelingen op het gebied van de collectieve preventie is een toekomstgericht voornemen, dat te zijner tijd in uitvoering zal worden genomen."*

Het betreffende rapport van de Inspectie voor de Gezondheidszorg uit 1995 (IGZ, 1995) trekt harde conclusies. De inspectie stelt vast dat lokaal gezondheidsbeleid en collectieve preventie een zeer marginale plaats in het gemeentelijk beleid innemen, dat er geen sprake is van facetbeleid, dat de gemeenten een te grote mate van vrijblijvendheid hebben bij de taakinvulling, dat GGD'en door gemeenten niet worden gevraagd te adviseren over gezondheidseffecten op andere beleidsterreinen, dat sommige taken nauwelijks ingevuld worden en dat gezondheid alleen aan de orde komt als er politieke issues zijn op andere terreinen met effecten voor de volksgezondheid. GGD'en worden onvoldoende aangestuurd om bij te dragen aan een effectief gemeentelijk volksgezondheidsbeleid.

Op grond van dit rapport en op grond van een rapport, waaruit blijkt dat de sociaaleconomische gezondheidsverschillen in de periode 1988-1993 zijn toegenomen (WVC 1994c) stelt de minister de commissie 'Versterking Collectieve Preventie' (commissie Lemstra) in. Deze commissie komt in november 1996 (commissie Lemstra, 1996) met een rapport, waarin de bevindingen van de inspectie op onderdelen nog scherper worden neergezet en een flink aantal aanbevelingen wordt gedaan. Naast aanbevelingen, gericht op de versterking van collectieve preventie op lokaal niveau, beveelt de commissie de rijksoverheid ook aan eigen beleidsdoelen te formuleren en meer eigen beleid te ontwikkelen.

D. Aanvullende maatregelen in de periode 1997 - 2003

Op grond daarvan kondigt de minister op 20 mei 1997 de volgende maatregelen aan, gebundeld in een 'Actieprogramma Versterking Gemeentelijk Gezondheidsbeleid' (VWS, 1997a):

- De verplichting van het opstellen van een gemeentelijke nota gezondheidsbeleid;
- De instelling van een platform openbare gezondheidszorg;
- Het beschrijven van de basistaken op het gebied van collectieve preventie;

- Het stellen van eisen aan informatievoorziening en aan het aanleveren van gegevens van GGD'en ten behoeve van het landelijk beeld;
- Verscherping van het toezicht door de inspectie;
- De explicitering van de rijksverantwoordelijkheden, met name door een aanpassing van de WCPV;
- Een adviesaanvraag bij de RVZ met betrekking tot de positionering van de public health ten opzichte van care en cure en andere maatschappelijke domeinen;
- Cursusontwikkeling door de NSPH;
- Onderzoeken naar de landelijke ondersteuningsstructuur en de bestuursvormen ervan;
- Versterking tandheelkundige collectieve preventie;
- Startconferentie 'versterking gemeentelijk gezondheidsbeleid'.

De minister zegt op 16 maart 1998 in haar schriftelijk antwoord op Kamervragen over dit actieprogramma een integrale evaluatie toe, die in het jaar 2000 moet plaats vinden. Haar worsteling met de gemeentelijke beleidsvrijheid blijkt uit het antwoord op de volgende vraag uit de Tweede Kamer:

“Welke mogelijkheden heeft de landelijke overheid om haar beleidsdoelen ten aanzien van preventie aan GGD'en op te leggen?”

Antwoord: De meest traditionele wijze waarop de landelijke overheid zijn beleidsdoelen ten aanzien van preventie aan GGD's zou kunnen opleggen is vanzelfsprekend wetgeving, gevolgd door een nadrukkelijk toezicht op de naleving daarvan. In het Actieprogramma «Versterking gemeentelijk gezondheidsbeleid» zijn hiervan voorbeelden te vinden. Overige minder stringente mogelijkheden omvatten overleg met VNG en/of LVGGD en het stimuleren van activiteiten en maatregelen met name door middel van projecten uit het genoemde actieprogramma. Een andere wijze (zonder op wetgeving te hoeven terugvallen) is de preventiedoelen op landelijk niveau helder te bepalen, zodat voor de GGD's een referentiekader ontstaat waar alle betrokkenen zich goed op kunnen richten. Zoals gebleken is, geeft deze aanpak echter geen absolute garanties dat gemeenten en GGD's ook daadwerkelijk concreet hieraan invulling geven” (Tweede Kamer,1998).

De toegezegde integrale evaluatie heeft overigens nooit plaatsgevonden. Wel wordt de Tweede Kamer op de hoogte gehouden van de voortgang door enkele documenten, zoals de notitie Openbare gezondheidszorg (VWS, 1999) en het standpunt van het kabinet op het visiedocument van het Platform (VWS, 2000). De inspectie rapporteert in 2000 de resultaten van haar onderzoek naar de functie gezondheidsbevordering (IGZ, 2000) en in 2003 haar bevindingen van het algemene toezicht op de GGD'en (IGZ, 2003). Beide rapporten bevatten diverse kanttekeningen, er wordt verbetering geconstateerd, maar er blijft een belangrijke kloof tussen wenselijke en daadwerkelijke situatie. In het Algemeen Overleg van 29 maart 2000 is er kamerbreed veel ontevredenheid over de voortgang en de resultaten van het beleid (Tweede Kamer, 2000). De minister wijt het ontbreken van zichtbare resultaten aan de complexiteit van het beleidsterrein, de afhankelijkheid van andere ministeries en de bezuinigingen.

In de jaren daarna worden de voornemens uit het Actieprogramma 'Versterking Gemeentelijk Gezondheidsbeleid' uitgevoerd, onder andere in de vorm van:

1. De instelling van een Platform Openbare Gezondheidszorg (1998), dat haar visie verwoordt in het document 'Spelen op de winst' (1999);
2. Een landelijke contract Openbare Gezondheidszorg, afgesloten tussen de ministeries van VWS en BiZa, VNG en GGD Nederland (2001);
3. De instelling van de stuurgroep basistakenpakket, waarbinnen vier werkgroepen aan de slag gaan met de beschrijving van een basistakenpakket (JGZ, OGGZ, infectieziektebestrijding en gezondheidsbevordering);
4. De instelling van een werkgroep 'Informatievoorziening';
5. Het financieren van een onderzoek naar mogelijke bestuursvormen voor GGD'en (door de Universiteit Limburg);
6. Een onderzoek naar de wenselijke ondersteuningsstructuur voor GGD'en (door KPMG);
7. Projecten, uitgevoerd door GGD Nederland, onder andere op het gebied van infectieziektebestrijding, jeugdgezondheidszorg, sociale kaart, medische milieukunde, benchmarking, gezondheidsmonitor en HKZ-certificering;
8. Financiering van (inmiddels vier) preventieprogramma's binnen ZonMW;
9. Subsidiëring van de VNG voor projecten op het gebied van kwaliteit, informatievoorziening, benchmarking, gemeentelijke nota's gezondheidsbeleid en bevordering inzet van gemeenten;
10. De tijdelijke regeling 'Vroegsignalering' van problematiek bij kinderen door consultatiebureaus;
11. Het financieren van het opzetten van een cursus van de NSPH voor gemeenteambtenaren;
12. Intensivering van de inzet van landelijke kennisinstituten, onder andere resulterend in een handreiking voor gemeentelijk gezondheidsbeleid (2009);
13. Het inzetten van een Actieprogramma Gezondheid en Milieu (VROM, 2006).

De resultaten van deze projecten kennen een veelheid van producten, waarvan sommige redelijk worden geïmplementeerd (Versterking Infectieziektebestrijding, basistakenpakket JGZ, HKZ-certificering, gezondheidsmonitor, Login, ZonMW-programma's) en andere niet of nauwelijks of pas veel later (bijvoorbeeld streefformatie MMK, landelijke sociale kaart, benchmark, aanbevelingen bestuursvormen GGD'en uit onderzoek Universiteit Maastricht). Bij projecten en adviezen van derden was de VNG met name als waarnemer betrokken.

E. De eerste inhoudelijke wijziging van de WCPV

Als voorlopige afsluiting van deze 'intensieve' periode kunnen de substantiële wijzigingen van de WCPV (en het Besluit Collectieve Preventie) worden gezien, die ingaan per 1 januari 2003 (VWS 2002a, 2002b). De wijzigingen betreffen:

- De verplichting van gemeenten om vierjaarlijks een nota lokaal gezondheidsbeleid op te stellen;
- De verankering van het basistakenpakket jeugdgezondheidszorg (tevens resulterend in een apart Besluit Jeugdgezondheidszorg; VWS, 2002c);
- Herformulering van enkele WCPV-taken (medische milieukunde, meldpunt OGGZ, technische hygiënezorg, bestrijding SOA-aids). De tekst voor het onderdeel gezondheidsbevordering blijft ongewijzigd, aangezien er geen

aanbevelingen voor dit onderwerp worden gedaan, anders dan de verplichting om gemeentelijke nota's volksgezondheidsbeleid op te stellen;

- Het onder het lokale gezag brengen van de jeugdgezondheidszorg 0-4 jaar;
- Codificering van rijkstaken.

De Memorie van Toelichting (VWS, 2002b) gaat zeer uitgebreid in op de versterking van de regierol van gemeenten, zowel voor:

- de keten jeugdgezondheidszorg – jeugdzorg – jeugdbeleid – kinderopvang;
- de samenhang jeugdgezondheidszorg, Gemeentelijk Onderwijs Achterstandsbeleid, voor- en vroegschoolse educatie en justitie;
- de afstemming collectieve preventie, wonen, werken, verkeer, sociale zekerheid, onderwijs en welzijn. De 'beperkende' bepaling *“met betrekking tot het leefmilieu”* wordt uit de WCPV verwijderd.

Daarbij verwacht het kabinet dat de gemeenten in hun nota *“een beschrijving zullen geven van de gezondheidstoestand van hun inwoners, doelen stellen op populatieniveau en verbanden aangeven met andere gemeentelijke beleids-terreinen. Verder ligt voor de hand dat gemeenten bij het stellen van streefdoelen en het vastleggen daarvan samenwerken met buurgemeenten, met zorg-verzekeraars, met zorgaanbieders en met patiënten/consumentenorganisaties”*.

Ten aanzien van de rijkstaken is de WCPV terughoudender. De wijzigingen in de wet met betrekking tot de 'rijkstaken' betreffen de bevordering van kwaliteit en doelmatigheid van de collectieve preventie, het vaststellen van landelijke prioriteiten, het vaststellen van een landelijk onderzoeksprogramma, het in stand houden en verbeteren van de landelijke ondersteuningsstructuur en de bevordering van de interdepartementale en internationale samenwerking op het gebied van collectieve preventie.

In de beleidscyclus worden de lokale nota's van de gemeenten na de landelijke nota geplaatst; de gemeenten worden geacht *“acht te slaan op de inhoud van de landelijke nota”*. Door het cyclische karakter kunnen de landelijke nota en de lokale nota's op elkaar voortbouwen.

F. Wijzigingen en aanvullende maatregelen in de periode 2003 – 2011

De wijziging van de WCPV krijgt in de daarop volgende jaren op diverse wijze vorm. Gemeenten gaan aan de slag met de lokale nota's gezondheidsbeleid, GGD'en incorporeren de inhoudelijke wijzigingen in hun werkwijze en landelijke instituten intensiveren hun faciliterende functie, onder andere door het beschikbaar stellen van handreikingen voor interventies op de belangrijkste probleemgebieden.

In de nota Langer Gezond Leven (VWS, 2003) wordt een ander aspect van de gemeentelijke verantwoordelijkheid benadrukt: *“De Wcpv verplicht gemeenten gezondheid intersectoraal te benaderen. Zij kunnen op lokaal niveau de noodzakelijke verbanden leggen tussen gezondheid, wonen en welzijn. Gemeenten zijn immers verantwoordelijk voor zaken als ruimtelijke ordening, openbaar onderwijs, werk en uitkeringen, welzijns- en jeugdbeleid en het algemeen maatschappelijk werk. Hier liggen voor gemeenten ook de aanknopingspunten om gezondheidsachterstanden aan te pakken”*.

De Staat van de Volksgezondheid 2005 (IGZ, 2005) bevat een evaluatie van de genomen maatregelen in de periode 1997-2003, nadat de Algemene rekenkamer zich in 2003 al kritisch had uitgelaten over enkele aspecten van de preventieve gezondheidszorg (Algemene Rekenkamer, 2003). De conclusies van de inspectie zijn niet positief:

- Gemeentelijke betrokkenheid is beter, maar beleidsconsistentie is nog afwezig;
- Gemeenten doen nog te weinig aan facetbeleid;
- De afstemming van gemeentelijk en landelijk beleid is onvoldoende geborgd;
- De informatievoorziening is nog onvoldoende;
- De uitvoering van de gezondheidsbevordering schiet tekort;
- Verdere versterking van de openbare gezondheidszorg is nodig;
- Het gemeentelijk gezondheidsbeleid heeft nog een kwaliteitsslag nodig;
- De GGD'en moeten verder uitgroeien tot krachtige, professionele organisaties op het gebied van openbare gezondheidszorg;
- De beïnvloeding van een gezonde leefstijl moet effectiever.

De inspectie doet een aantal aanbevelingen, onder andere de instelling van een Centrum Gezondheidsbevordering binnen het RIVM, het verstrekken van doeluitkeringen voor effectieve interventies, het ontwikkelen van een professionele standaard voor gezondheidsbevordering en het komen tot een standaard voor informatieverzameling op het gebied van volksgezondheid.

In de nota 'Kiezen voor Gezond leven' (VWS, 2006a) gaat de minister in op de aanbevelingen van de inspectie. Daarin verwijst hij ook naar een notitie van de VNG, GGD Nederland en de Nederlandse Public Health Federatie, die constateren dat gemeenten en lokale organisaties worden overstelpt met preventieproducten, er onvoldoende afstemming is tussen gezondheidsbevorderende instituten, gemeenten, GGD'en en professionals en er onvoldoende kennis is over goede praktijkvoorbeelden. De maatregelen die de minister aankondigt in de nota en het bijbehorende actieprogramma liggen in het verlengde van eerdere maatregelen:

“Net zoals het kabinet voor de burger de keus voor gezond leven makkelijker willen maken, wil het kabinet voor gemeenten de keus voor een gezond preventiebeleid makkelijker maken door:

- *het ontwikkelen van informatie, kennis en interventies via programma's;*
- *het geordend aanbieden en toegankelijk maken van preventie-instrumenten;*
- *het ondersteunen van het proces van beleidsontwikkeling tot beleidsuitvoering.”*

Nieuw is de instelling van het Centrum voor Gezond Leven bij het RIVM. Het kabinet ziet voor deze overheidsvoorziening een belangrijke taak weggelegd (VWS, 2006c): *“Het CGL brengt vraag en aanbod samen, voert de regie over en programmeert het aanbod van gedragsbeïnvloedende instrumenten. Daarnaast zal het Centrum lokale organisaties ondersteunen en het bestaande aanbod aan hulp in beeld brengen, kwalificeren en toegankelijk maken”.*

De inspectie wordt geacht haar toezicht op gemeenten te intensiveren. Maatregelen met betrekking tot (landelijk) facetbeleid komen in de nota nauwelijks aan de orde.

In de periode 2006-2010 ligt de nadruk op het verzamelen en beschikbaar stellen van kennis en vaardigheden aan gemeenten, GGD'en en partners op lokaal

niveau. Binnen de preventieprogramma's van ZonMW worden diverse deelprogramma's geïnitieerd (bijvoorbeeld Gezonde Slagkracht en Academische Werkplaatsen Publieke Gezondheid), door het Centrum Gezond Leven wordt de 'Handleiding Gezonde Gemeente' gelanceerd, een database met effectieve interventies wordt geoptimaliseerd, het NIGZ intensificeert haar ondersteunende activiteiten (inmiddels 328 producten) en het project Regionale Volksgezondheid Toekomst Verkenningen leidt in 2009 tot de eerste rVTV's. Uiteraard vindt ook onderzoek plaats naar de wijze waarop die kennis op adequate wijze bij de beoogde gebruikers terecht kan komen (RGO, 2003; Jansen, 2007; Vaandrager e.a., 2010; Van Bon, 2011; De Goede, 2011).

In dezelfde periode vinden er tenminste drie evaluaties plaats van het gevoerde beleid: de Algemene Rekenkamer brengt een stand-van-zaken rapport uit als vervolg op het onderzoek uit 2003 (Algemene Rekenkamer, 2006), de Interdepartementale Beleidsonderzoeksgroep Preventie brengt een rapport uit (IBO, 2007) en de inspectie wijdt de Staat van de Volksgezondheid 2010 opnieuw geheel aan de publieke gezondheid (IGZ, 2010).

Het IBO-onderzoek richt zich met name op het rijksbeleid en doet enkele aanbevelingen, gericht op het bevorderen van de samenwerking tussen ministeries, het bevorderen van een gezonde omgeving en onderzoek naar bepaalde (landelijke) interventies (verbieden snoepautomaten, hoog BTW-tarief voor bepaalde productgroepen voedsel, productinformatie van voedsel, regulering van reclame voor voedingsmiddelen).

Het stand-van-zaken rapport van de Rekenkamer refereert nadrukkelijk aan de VBTB-eisen (Van Beleidsbegroting tot Beleidsverantwoording), constateert dat het landelijke preventiebeleid daaraan niet voldoet en dringt aan op de formulering van meetbare tussendoelen in het perspectief van het einddoel van het SEGV-beleid van het ministerie: het verhogen van het aantal gezonde levensjaren van de lagere SES-groepen van 53 naar 56 jaar in 2020. Tevens meent de Rekenkamer dat haast gemaakt moet worden met onderzoek naar effectiviteit van interventies, met name voor achterstandsgroepen.

De conclusies van de inspectie zijn in wezen hetzelfde als de conclusies in 2005. Er zijn verbeteringen opgetreden, maar er gebeurt nog niet genoeg en we doen niet altijd de goede dingen. De preventiecyclus werkt niet, er is te weinig integraal beleid, sturing door gemeenten is beperkt, er zijn te weinig interventies waarvan effectief gebruik wordt gemaakt en van de weinige effectieve interventies wordt onvoldoende gebruik gemaakt. Aanbevelingen hebben betrekking op het door gemeenten en rijk gezamenlijk vaststellen van beleidsdoelen, onderzoek naar effectiviteit van interventies, kwaliteitsverbetering van de lokale nota's gezondheidsbeleid, SMART geformuleerde doelen in de lokale nota's, gebruik van referentiekader gezondheidsbevordering door gemeenten en het gericht advies vragen aan GGD'en door gemeenten.

De minister gaat in zijn reactie (VWS, 2010) zowel in op de Staat van de Volksgezondheid als op de VTV 2010. Uit de VTV concludeert hij dat we op de goede weg zijn. De minister memoreert diverse initiatieven, zoals de 'Handleiding Gezonde School', het project 'Gezonde Wijk', het Nationaal Actieplan Sport en Bewegen en het Convenant Gezond Gewicht. Tevens verwijst hij naar

voorgenomen wijzigingen in de Wet Publieke Gezondheid, de wet die de WCPV vervangt. Gemeenten moeten explicieter gezondheidsdoelen, acties en beoogde resultaten in hun nota's opnemen en uitgaan van de landelijke prioriteiten. Daar mogen ze alleen gemotiveerd van afwijken.

Deze voorgenomen wetswijzigingen zijn inmiddels geformaliseerd. In de huidige versie van de WPG, die in het staatsblad is geplaatst in juni 2011 (VWS, 2001a) en die in werking treedt op 1 januari 2012 is artikel 13 fors uitgebreid. Het luidt nu als volgt (nieuwe delen zijn cursief aangegeven):

“Onze Minister stelt elke vier jaar een landelijke nota gezondheidsbeleid en een landelijk programma voor uitvoering van onderzoek vast op het gebied van de publieke gezondheid.

De gemeenteraad stelt binnen twee jaar na openbaarmaking van de nota, bedoeld in het eerste lid, een nota gemeentelijk gezondheidsbeleid vast, waarin de raad in ieder geval aangeeft:

- *wat de gemeentelijke doelstellingen zijn ter uitvoering van de in de artikelen 2, 5, 5a en 6 genoemde taken,*
- *welke acties in de bestreken periode worden ondernomen ter realisering van deze doelstellingen,*
- *welke resultaten de gemeente in die periode wenst te behalen,*
- hoe het college van burgemeester en wethouders uitvoering geeft aan de in artikel 16 genoemde verplichting (advies aan GGD vragen over besluiten, die belangrijke gevolgen hebben voor de volksgezondheid, SdG).

De gemeenteraad neemt bij het vaststellen van de nota gemeentelijk gezondheidsbeleid in ieder geval de landelijke prioriteiten in acht, zoals opgenomen in de landelijke nota gezondheidsbeleid.”

Op deze wijze wil de overheid een ‘bodem’ leggen onder de volgende generatie nota's gemeentelijk gezondheidsbeleid, zodat gemeenten hun bestuurlijke regierol actiever oppakken en concreter beleid gaan voeren.

In de nota “Gezondheid Dichtbij” van het kabinet Rutte (VWS, 2011c) komt de rol van gemeenten aan de orde: *“Indien een bijdrage van de overheid noodzakelijk is, zijn de gemeenten in veel gevallen als eerste aan zet”*. Het rijk verwacht van gemeenten een integrale aanpak, de bevordering van (publiek-private) samenwerkingsverbanden, verbinding tussen WPG, WMO en AWBZ, afspraken met zorgverzekeraars en zorgverleners en bijdragen aan het realiseren van een veilige, gezonde leefomgeving. Het landelijke budget voor leefstijlbeleid wordt van € 64 miljoen in 2011 teruggebracht tot € 48 miljoen in 2014.

In paragraaf 4.3. zullen bovengeschetste ontwikkelingen nader beschouwd worden. De rode draad in de weergegeven periode van 30 jaar is een toenemend complex en omvangrijk stelsel van maatregelen om de effectiviteit van beleid op het gebied van publieke gezondheid op lokaal niveau te verbeteren, met een zekere terughoudendheid om dit via wetgeving te bereiken. Niettemin zijn er in beide substantiële wijzigingen van de WCPV respectievelijk de WPG expliciete voorwaarden toegevoegd aan de kaders die de wet aan gemeenten geeft: het opnemen van de verlichting tot het opstellen van een nota lokaal gezondheidsbeleid (2003) en het benoemen van voorwaarden waaraan deze nota's moeten voldoen (2012).

4.2.4. Preventiebeleid, met name op het terrein van overgewicht

Inleiding

In paragraaf 4.2.3. is ingegaan op het beleid van de landelijke overheid ten aanzien van het systeem van bevordering van collectieve preventie op lokaal niveau. Wat wetgeving betreft staat de WCPV daarin centraal. Ter ondersteuning van het beleid van gemeenten en andere lokale partijen is er door de rijksoverheid de afgelopen jaren fors geïnvesteerd in het bevorderen en beschikbaar maken van kennis, in het aanreiken en bevorderen van effectieve interventies, het ondersteunen van het beleidsproces en de beleidsuitvoering en in het bevorderen van samenwerking op lokaal niveau.

Daarnaast voert de overheid eigen beleid ter bevordering van de publieke gezondheid. Refererend aan het Lalonde-model (LaLonde, 1974) kan daarbij een onderscheid gemaakt in:

- Zorgbeleid, meer specifiek het bevorderen van preventie in de zorg;
- Beleid gericht op de fysieke omgeving;
- Beleid gericht op de sociale omgeving;
- Beleid gericht op leefstijlverandering.

Dit beleid wordt in onderstaande paragraaf besproken. Uiteraard is er overlap tussen ondersteuning van lokaal beleid en eigen landelijk beleid. Zo is het bevorderen van kennis natuurlijk ook dienstbaar aan het eigen landelijk beleid en omvatten convenanten (landelijk contract collectieve preventie, convenant overgewicht) zowel verplichtingen voor lokale partijen als voor de landelijke overheid. Alleen de meest relevante initiatieven voor het landelijke beleid worden (opnieuw) weergegeven. Daarmee beperkt deze paragraaf zich met name tot 'eigen' beleid van het ministerie van VWS en facet- en integraal beleid op landelijk niveau, met name met betrekking tot het onderwerp overgewicht.

Een onderscheid wordt gemaakt tussen de periode 1980-1990 en de periode 1990- 2011, omdat pas in deze tweede periode inhoudelijk beleid op het gebied van publieke gezondheid tot stand kwam. De periode 1980-1990 is de periode van de basisgezondheidsdiensten en de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg, waarin het realiseren van adequate voorzieningen centraal stond in het beleid. De eerste inhoudelijke 'beleidskiemen' in deze periode zijn de nota 2000 en de nota 'Preventie Hart- en Vaatziekten'.

1980 – 1990

Nota 2000

De nota met de naam "Over de ontwikkeling van gezondheidsbeleid: feiten, beschouwingen en beleidsvoornemens (Nota 2000; WVC, 1986)" geeft een impuls aan het denken over volksgezondheidsbeleid. De overheid verlegt haar aandacht van het beleid op het gebied van gezondheidszorgvoorzieningen naar een beleid gericht op de bevordering van de gezondheid. Omgevingsfactoren en leefstijl worden van wezenlijk belang geacht voor een goede gezondheid. De scheiding tussen curatie en preventie moet zoveel mogelijk worden voorkomen. De gemeentebesturen krijgen een belangrijke rol op het gebied van preventie toegedeeld. De nota 2000 kent een aantal kwantitatieve doelstellingen die zijn afgeleid van de WHO-nota 'Health for All by the year 2000' (WHO, 1985).

In bijlage 2 komen twee dissertaties voor die de Nota 2000 als onderzoeksobject of uitgangspunt hadden. De Leeuw (1989) constateert dat het proces van totstandkoming niet bepaald een garantie geeft voor realisatie van de doelstellingen van de nota en Van Herten (2001) constateert dat kwantitatieve doelstellingen behulpzaam zijn bij de realisatie van beleid.

De daarop volgende vier jaar komen diverse kwantitatieve doelstellingen uit de Nota 2000 in diverse beleidsnota's terug (zie ook onderstaande nota over de preventie van hart- en vaatziekten). Staatssecretaris Simons besluit in 1992 echter om af te stappen van dergelijke kwantitatieve doelstellingen. Daarmee vermindert het belang van de Nota 2000 aanzienlijk en verdwijnt deze naar de achtergrond. Een evaluatie van de Nota 2000 is nooit uitgevoerd.

Nota 'Preventie van hart- en vaatziekten (1988)

In 1988 wordt de nota 'preventie van hart- en vaatziekten' uitgebracht (WVC, 1988b). De in dit rapport genoemde preventie is met name gericht op het stoppen met roken en het verbeteren van het zout- en vetgehalte van de voeding. In de samenvatting komen de woorden overgewicht, bewegen of lichamelijke activiteit niet voor, in de nota zelf in beperkte mate. In de nota wordt verwezen naar een groot aantal onderzoeken die in de voorgaande periode zijn uitgebracht:

- Adviezen van de Gezondheidsraad over hypertensie (1983), Adipositas (1984) en epidemiologie en preventie van ischaemische hartziekten (1984);
- Adviezen van de Voedingsraad over voeding in relatie tot coronaire hartziekten (1982), richtlijnen gezonde voeding (1986) en vermindering gebruik keukenzout (1986);
- Het scenariorapport Hart- en Vaatziekten 1980-2010 van de STG met als titel 'Het hart van de toekomst – de toekomst van het hart' (STG, 1986).
- Het evaluatierapport van het RIFOH-project (risicofactoren opsporing hart- en vaatziekten, waarin 35-jarige mannen worden gescreend op risicofactoren).

Er worden concrete beleidsdoelen geformuleerd:

- In 2000 is de sterfte door hart- en vaatziekten met 15% meer verminderd dan op grond van extrapolatie van de huidige cijfers mag worden verwacht;
- Het aantal rokers is in 2000 gedaald tot 20% en de tabaksconsumptie is gehalveerd;
- Het aandeel vetconsumptie gaat van 40 naar 30-35 energieprocenten;
- Zoutgebruik is verminderd.

Facetbeleid wordt als onderwerp genoemd, maar er wordt bij opgemerkt: *“Bij het facetbeleid dienen verscheidene belangen, waarvan de volksgezondheid er een is, tegen elkaar te worden afgewogen, waarbij een groot probleem is dat die belangen zeer verschillend van aard zijn.”*

Voor het onderwerp roken worden concrete maatregelen aangekondigd, met name de invoering van de Tabakswet. Voor wat betreft voeding zal worden bezien in hoeverre de Warenwet mogelijkheden biedt om de voeding te verbeteren. Met betrekking tot meer bewegen wordt alleen aangestipt dat er beleid moet worden ontwikkeld om lichamelijke activiteit te stimuleren.

1990 – 2011

Beleidscyclus

Staatssecretaris Simons staat aan de wieg van de 'eerste' preventiecyclus. Hij beschrijft deze als een rationele beleidscyclus, waarin evaluatie, beleidsvoorbereiding en beleidsuitvoering elkaar cyclisch opvolgen (WVC, 1993b). Hij benoemt de vierjarige beleidsnota's van de zijde van de overheid en de Volksgezondheid Toekomst Verkenningen door het RIVM als de feitelijke invulling van deze cyclus. De gegevens uit de VTV kunnen echter maar in beperkte mate gebruikt worden als evaluatie van het gevoerde beleid; de maatschappelijke effecten van preventiebeleid zijn immers niet al na twee jaar zichtbaar. Daarom komt er in de praktijk een beleidscyclus tot stand, waarin beleidsnota's, gegevens uit de VTV en evaluaties van onder andere de inspectie elkaar afwisselen. In tabel 4.4. zijn de belangrijkste publicaties in het kader van deze beleidscyclus weergegeven. In deze paragraaf worden ze uitgebreider behandeld.

Van de zijde van de overheid zijn in de loop der tijd diverse beleidsnota's, beleidsbrieven en andere documenten op deelgebieden uitgekomen. Deze zijn niet in het schema opgenomen, maar worden (voor zover relevant) wel genoemd in de onderstaande paragraaf. Dat geldt ook voor de vele adviezen die in deze periode zijn verschenen, onder andere van de Nationale Raad Volksgezondheid (en diens opvolger Raad voor de Volksgezondheid en Zorg), de Gezondheidsraad, de Stichting Toekomstscenario's Gezondheidszorg en diverse andere adviescommissies (o.a. commissie Lemstra, commissie Ginjaar, commissie Albeda). In bijlage 5 is een overzicht gegeven van de meest relevante adviezen en rapporten.

Overigens moet deze beleidscyclus niet verward worden met de beleidscyclus, waarvan ook gemeentelijke nota's deel uitmaken. Die cyclus is van recentere datum en is in de vorige paragraaf besproken.

Tabel 4.4. Beleidscyclus preventiebeleid op landelijk niveau.

Jaar	Organisatie	Aard	Omschrijving
1991	WVC	beleid	Gezondheid met beleid
1991	IGZ	evaluatie	GGD en collectieve preventie, verslag van een inspectie-onderzoek
1992	WVC	beleid	Preventiebeleid voor de volksgezondheid
1993	RIVM	gegevens	VTV 1993. De gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking in de periode 1950-2010
1995	VWS	beleid	Nota Gezond en wel. Het kader van het volksgezondheidsbeleid 1995-1998.
1995	IGZ	evaluatie	Gemeentelijke betrokkenheid bij collectieve preventie
1997	RIVM	gegevens	VTV 1997. De Som der Delen + 7 deelnota's
2000	IGZ	evaluatie	Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding bij GGD's
2002	RIVM	gegevens	VTV 2002. Gezondheid op koers? Volksgezondheid Toekomst Verkenning
2003	VWS	beleid	Beleidsnota 'Langer Gezond leven; ook een kwestie van gezond gedrag'
2005	IGZ	evaluatie	Staat van de gezondheidszorg 2005
2006	RIVM	gegevens	VTV 2006. Zorg voor gezondheid
2006	VWS	beleid	Preventienota 'Kiezen voor gezond leven'
2007	VWS	beleid	Kaderbrief 'Gezond zijn, gezond blijven'. Een visie op gezondheid en preventie
2009	VWS	beleid	Nota overgewicht
2010	RIVM	gegevens	VTV 2010. Van gezond naar beter.
2010	IGZ	evaluatie	Staat van de gezondheidszorg 2010
2011	VWS	beleid	Gezondheid dichtbij. Landelijke nota gezondheidsbeleid

Nota preventiebeleid, 1992

Staatssecretaris Simons stelt dat het op dat moment vigerende preventiebeleid genoegzaam bekend is en benadrukt dat de nota op drie onderwerpen ingaat (WVC, 1992c):

- Preventie in de zorgsector;
- Versterking van het facetbeleid;
- Verbetering van de voorwaarden voor preventie, zoals financiering, onderzoek en opleidingen.

Daarnaast benadrukt hij dat *“in overeenstemming met hetgeen hierover in het Kabinet is besproken, in hoofdstuk 1 het dilemma van de afweging van het volksgezondheidsbelang tegen het individuele zelfbeschikkingsrecht aan de orde is gesteld”*. Het feit dat dit thema ook terugkomt in de kabinetsnota uit 2011 – en in alle tussenliggende beleidsnota's – geeft al aan hoezeer dit (politieke en ethische) dilemma van invloed is op het beleid van de overheid. (Centrum-)linkse kabinetten definiëren in beleidsnota's meer vormen van ondersteuning, bevordering van de gezonde keuze en de aanpak van sociaaleconomische gezondheidsverschillen, (centrum-)liberale kabinetten zijn voor dergelijke onderwerpen terughoudender.

Op de verbetering van de voorwaarden voor collectieve preventie, zoals financiering, onderzoek en opleidingen is in de vorige paragraaf al ingegaan, omdat deze met name zijn bedoeld om het systeem ter bevordering van collectieve preventie op lokaal niveau te versterken.

Ten aanzien van de preventie in de zorgsector legt Simons de nadruk op preventie in de eerste lijn en onderscheidt hij daarbinnen casuïstische en programmatische preventie. Voor wat betreft de programmatische preventie sluit hij aan bij een rapport van de LHV en NHG, die voorstellen *“tussen 1992 en 2002, fasegewijs programmatische preventie in te voeren respectievelijk te verbeteren voor een aantal met name genoemde gezondheidsproblemen, t.w.: griep, baarmoederhalskanker, hart- en vaatziekten, borstkanker, en ongezond gedrag”*. Daarmee lijkt Simons programmatische preventie in de huisartsenpraktijk, gericht op vermindering van ongezond gedrag, tien jaar voor zich uit te schuiven. De nadruk ligt op kosten-effectiviteitsonderzoek van de andere programmatische interventies. In het kader van de paragraaf over bestuurlijke vernieuwing en een terugtrekkende overheid maakt hij nog wel een opmerking over zorgverzekeraars: *“Partijen zullen steeds meer in onderling overleg preventieprogramma's uitvoeren. Ik reken er op dat zorgverzekeraars een redelijke investering zullen plegen in de preventie-activiteiten van zorgaanbieders. Ook zij hebben immers belang bij preventie omdat dit de schadesom kan beperken”*.

Ten aanzien van facetbeleid denkt de minister aan afspraken met Sociale Zaken en Milieu, omdat daar *“de belangen van volksgezondheid met respectievelijk het arbeidsomstandighedenbeleid en het milieubeleid parallel lopen.”* Daarnaast uit de minister als voornemens ten aanzien van facetbeleid: *“Afstemming met andere ministeries om bij beleidsbeslissingen, daar waar relevant, het gezondheidseffect te beoordelen. (...) Het ruimtelijke ordeningsbeleid houdt daarbij zo veel mogelijk rekening met de geconstateerde gezondheidsrisico's. (...) Coördinatie met andere ministeries om bij ingrijpende beleidsbeslissingen te komen tot een gezondheids-*

effect-schatting voor met name de bevolkingsgroepen met de meest ongunstige sociaaleconomische situatie."

Als succes op het gebied van facetbeleid noemt hij het programma 'Gezonde School', waarin de ministeries van O&W en WVC samen hebben opgetrokken.

Nota Gezond en Wel (1995a)

Minister Borst verwijst naar de VTV 1993 voor wat betreft de aan de beleidsvoornemens ten grondslag liggende gegevens, maar benoemt de gegevens verder niet (1995a). Preventie wordt in de nota 'ziekte-gerelateerd' besproken. Preventie gericht op 'voeding' en 'bewegingsarmoede' bij coronaire hartziekten en preventie gericht op 'voeding' en 'overgewicht' bij diabetes. Ten aanzien van 'bewegingsarmoede' wordt 'voorlichting en vorming' als enige beleidsinstrument gezien, voor 'voeding' en 'voorkomen overgewicht' worden interdepartementaal beleid, regelgeving binnen VWS en 'voorlichting en vorming' als beleidsinstrumenten genoemd. In concrete denkt de minister daarbij aan:

"Verbeteren voedingsgewoonten: campagne van de Stuurgroep Goede Voeding en de reguliere activiteiten van het Voorlichtingsbureau voor de Voeding. Doel: verlaging van vetconsumptie tot onder de 35 energieprocent. Bevordering van toename in de groente- en fruitconsumptie met tenminste 10%.

Bevorderen van lichamelijke activiteit: subsidiëring van het programma "Sportparticipatie specifieke bevolkingsgroepen" en een deel van het programma «Sportmedisch beleid». Subsidiëren onderzoek TNO en 2-jarige project «Nederland in beweging». De door o.a. het Ministerie gesubsidieerde projecten over verzuimpreventie door bewegingsbevordering bij werknemers en «woon-werk fietsen en conditie», zijn bijna afgerond; de resultaten zullen leiden tot gerichte aanbevelingen."

Facetbeleid heeft vooral betrekking op arbeid, milieu en onderwijs. Ten aanzien van de GES (gezondheidseffectschatting) stelt de minister dat ze dit idee met andere ministers zal bespreken, maar niet denkt aan een formele regeling. Een citaat uit het verslag: *"Ik zal proberen ze daarvoor enthousiast te krijgen – veel andere middelen heb ik niet, maar dit kan soms een uitstekend middel zijn – voor het gezamenlijk daaraan werken"* (Tweede Kamer, 1995). In de daarop volgende jaren wordt getracht 'GES-projecten' met andere ministeries tot stand te brengen, maar de resultaten daarvan zijn beperkt. In het debat over preventiebeleid speelt deze nota een beperkte rol.

Acht jaar zonder nieuwe beleidsnota: 1995 – 2003

Het duurt acht jaar voordat er een nieuwe preventienota uitkomt. Alhoewel dit nergens expliciet gedocumenteerd is, lijkt de grote hoeveelheid activiteiten in het kader van het Actieprogramma Versterking Collectieve Preventie hiervan de oorzaak is. De looptijd van dit Actieprogramma was oorspronkelijk tot het jaar 2000, maar in de praktijk liepen diverse activiteiten door tot in 2003. De gewijzigde WCPV werd 1 januari 2003 van kracht. De Kamer werd van de vorderingen van het Actieprogramma op de hoogte gehouden door de notitie Openbare Gezondheidszorg (VWS, 1999), een algemeen overleg in maart 2000 (Tweede Kamer, 2000) en een standpunt van het kabinet over de visie van het platform 'Openbare Gezondheidszorg' (VWS, 2000). In de daaropvolgende twee jaar werd de discussie met name bepaald door de voorstellen tot wijziging van de WCPV.

Intermezzo: Advies Gezondheidsraad Overgewicht en Obesitas (2003)

In haar advies over overgewicht en obesitas (Gezondheidsraad, 2003) constateert de Gezondheidsraad dat overgewicht en obesitas vooral worden veroorzaakt door bewegingsarmoede en minder door toename van de energieconsumptie. Integendeel, deze is gedaald tussen 1988 en 1998. Een belangrijk advies is dan ook het verhogen van de norm gezond bewegen tot één uur per dag.

Ten aanzien van effectieve interventies is de Gezondheidsraad somber: *“Er zijn nog geen interventiestrategieën bekend die effectief gewichtsstijging kunnen voorkómen. Wel zijn resultaten van enkele korte-termijninterventies op scholen in het buitenland gerapporteerd, die een klein positief effect laten zien op de prevalentie van overgewicht bij kinderen. Of dit effect op de lange termijn wordt gehandhaafd is echter niet bekend. De effectiviteit van interventies gericht op omgevingsfactoren (in de sfeer van onder meer de woningbouw, transportsystemen, onderwijs, prijs- en fiscale maatregelen en voedingsmiddelenaanbod) is eveneens onvoldoende onderzocht om er een oordeel over te kunnen geven.*

Er is nog nauwelijks systematisch onderzoek gedaan naar de effectiviteit van preventieve interventies volgens de moderne opvatting van gezondheidsbevordering. Deze gaat uit van een combinatie van interventies op het terrein van voorlichting, regelgeving en omgevingsfactoren. Volgens deze opvatting moeten de interventies worden afgestemd op de specifieke gedragsdeterminanten en omgevingsfactoren die ten grondslag liggen aan het risicogedrag. De interventies moeten erop gericht zijn zowel de gebruikelijke dagelijkse lichamelijke activiteit te verhogen als de energie-inneming te verminderen.

Voor de ontwikkeling en implementatie van dergelijke interventieprogramma's is een brede coalitie van actoren noodzakelijk, waarbij de lokale en nationale overheden, bedrijfsleven, gezondheidszorg en de bevolking iedereen eigen verantwoordelijkheid dragen”.

In het advies worden derhalve zowel het urgentiebesef als het ontbreken van panklare oplossingen benoemd; onderzoek en een brede coalitie moeten hierin verandering brengen.

Nota Langer Gezond leven (2003)

De nota Langer Gezond Leven (VWS, 2003) wijdt een hoofdstuk aan de VTV 2002 (Van Oers e.a., 2002) en vat de conclusies samen. De overall conclusie is dat op de beleidsdoelstellingen de voorafgaande jaren geen resultaten zijn behaald en dat sommige trends zich juist de andere kant heen bewegen. *“Het kabinet ziet in deze constatering geen aanleiding de doelstellingen te wijzigen. Wel zijn de constatering voor het kabinet aanleiding om aan de ene kant goed te kijken naar de effectiviteit van het tot nu toe gevoerde beleid en aan de andere kant duidelijk te zijn over de verantwoordelijkheden van Rijk en van andere betrokken partijen bij preventie.”*

Ten aanzien van de effectiviteit van beleid wordt in de nota gesteld dat massamediale campagnes onvoldoende werken en dat de nadruk meer moet worden

gelegd op de settings waarin mensen zich bevinden. De versterking van dit werken in settings is een opdracht voor lokale overheden, scholen en zorgverzekeraars, ondersteund door landelijke expertise.

Mede op grond van de VTV 2002 benoemt de nota Langer Gezond Leven overgewicht als één van de drie speerpunten, naast roken en diabetes. Doelstelling voor het beleid op het gebied van overgewicht is dat het aantal mensen met overgewicht niet verder mag stijgen. Ten aanzien van roken wordt vastgesteld dat het beleid redelijk effectief is. Overgewicht en diabetes worden gezien als nieuwe thema's. Ten aanzien van het beleid met betrekking tot overgewicht stelt de nota dat dit beleid nog in ontwikkeling is, maar aan kan sluiten bij het beleid ten aanzien van gezonde voeding en meer bewegen.

In de nota staan weinig voornemens ten aanzien van eigen VWS-beleid en landelijk facetbeleid. Het kabinet is van mening dat de keuze vooral een zaak van de burgers is en dat maatschappelijke organisaties en zorgverzekeraars de gezonde keuze moeten ondersteunen. In de richting van zorgverzekeraars wordt de mogelijkheid geopperd premiedifferentiatie in de aanvullende verzekering toe te passen, per jaar wordt € 5 miljoen geïnvesteerd in Buurt-onderwijs-sport-(BOS)-projecten, naast investeringen in beweging bevorderende initiatieven in het kader van het Grote Steden Beleid en in de Sociale Impuls Achterstandswijken (Vogelaarwijken).

Daarnaast bevat de nota de 'gebruikelijke' aankondigingen van onderzoek, implementatie-activiteiten, opleidingen, handreikingen en andere vormen van ondersteuning van lokaal gezondheidsbeleid.

Relatief nieuw is de aankondiging dat het beleid strak gemonitord gaat worden aan de hand van het beantwoorden van de volgende vier vragen:

- *"Bereikt het kabinet wat het wil bereiken?"*
- *Heeft het kabinet gedaan wat het wilde doen?"*
- *Heeft het gekost wat het zou gaan kosten?"*
- *Zijn de gemaakte beleidskeuzen nog de juiste?"*

Het kabinet ontwikkelt in nauw overleg met betrokken partijen prestatie-indicatoren die moeten laten zien of de doelen behaald worden. Het jaarverslag van VWS over 2004 rapporteert voor het eerst over de voortgang van de activiteiten genoemd in deze nota".

De eerste resultaten van deze monitoring komen in het jaarverslag 2004 naar voren. Kamer en Algemene Rekenkamer zijn teleurgesteld dat vraag 1 slechts voor 15% van de operationele doelstellingen van VWS kan worden beantwoord en vraag 2 voor slechts 41% van de operationele doelstellingen.

Door het RIVM wordt in die periode wel een belangwekkend rapport uitgebracht met als titel *"Kosteneffectiviteit en gezondheidswinst van behalen beleidsdoelen bewegen en overgewicht"* (Wendel – Vos e.a., 2005), maar de minister toetst het beleid niet aan dit rapport. Wel wordt er een interdepartementale beleidsonderzoekgroep gestart (IBO), die in 2007 haar rapport uitbrengt (IBO, 2007). Hierin zijn beleidsadviezen voor diverse ministeries opgenomen. De VBTB-systeematiek krijgt in de daarop volgende jaren wel steeds meer vorm in de documenten van VWS, maar leidt welhaast nooit tot wijziging van beleid.

In diverse discussies met de Tweede kamer in de periode 2003-2005 constateert de minister dat de beoogde doelstellingen niet (volledig) worden bereikt, vanwege de weerbarstigheid van de materie, de versplintering van initiatieven en onvoldoende betrokkenheid van andere ministeries. Een brede coalitie en een interdepartementale benadering ziet hij als hoekstenen voor overgewichtbeleid in de periode 2005-2010 (VWS, 2004a; VWS, 2006b).

Convenant overgewicht (2005)

Die brede coalitie krijgt vorm door het convenant overgewicht, waaraan diverse maatschappelijke organisaties en twee ministeries (VWS, OCW) deelnemen (VWS, 2005b). Er wordt niet toegelicht waarom niet meerdere ministeries deelnemen. De 'gezond-verstand-benadering' wordt als uitgangspunt genomen, omdat er te weinig interventies zijn waarvan de effectiviteit wetenschappelijk bewezen is. Er worden twee concrete doelstellingen voor 2010 geformuleerd: *"minder jongeren met overgewicht en stoppen van de stijging van overgewicht bij ouderen"*. Tussentijds worden de output, het bereik en de directe effecten van de verschillende effecten gemonitord. Er wordt onder leiding van Paul Rosenmöller door een stuurgroep een geïntegreerd actieplan opgesteld: "Energie in Balans" (stuurgroep convenant overgewicht, 2005). Het convenant overgewicht zorgt in de daarop volgende jaren voor een focus voor wat betreft de bestrijding van overgewicht. De verantwoording van de minister met betrekking tot het overheidsbeleid op het gebied van overgewicht 'volgt' de rapportages van de stuurgroep en het convenantbureau. De eerste verantwoording in 2006 (VWS, 2006e) geeft alleen een overzicht van de voorgenomen of uitgevoerde acties. Output-resultaten mogen in 2007 worden verwacht, outcome-resultaten (geen stijging overgewicht ouderen, minder jongeren met overgewicht) in 2010. Geconstateerd wordt dat overgewicht het beleidsterrein van VWS overstijgt. Om die reden is VWS in overleg getreden met andere ministeries om te komen tot *"een gezamenlijke aanpak gericht op het bevorderen van een gezonde leefstijl"*. (VWS, 2006f).

De evaluatie in 2007 is vooral gebaseerd op een uitgebreid onderzoek van bureau Schuttelaar (Schuttelaar & partners, 2007) naar de effecten van het convenant. Het overheidsbeleid maakt daarvan maar beperkt deel uit, omdat de evaluatie ingaat op de veranderingen per setting (school, werk, sport/recreatie, supermarkt) en de activiteiten in deze settings bij andere partijen liggen.

De hierop volgende evaluatie is opgenomen in de nota 'Overgewicht' (VWS, 2009a) en wordt aldaar besproken.

Nota Kiezen voor gezond leven (2006)

De minister stelt in zijn inleiding dat de nota vooral gaat over een betere afstemming tussen rijksbeleid en lokaal beleid en een toenemende rol van preventie in de curatieve zorg (VWS, 2006a). Op die aspecten is in de vorige paragraaf al ingegaan.

Op grond van de VTV 2006 (De Hollander e.a., 2006) worden vijf speerpunten benoemd: naast de eerder genoemde speerpunten roken, overgewicht en diabetes worden alcoholmatigingsbeleid en depressie genoemd. De nota langer Gezond Leven uit 2003 wordt aangeduid als een agenderingsdocument. Het ingezette beleid wordt voortgezet, maar moet intensiever en met meer partijen, zowel binnen als buiten de overheid. Er worden concrete doelstellingen per speerpunt benoemd:

1. *"Roken: in 2010 zijn er nog 20 procent rokers (in 2006 28 procent);*
2. *Schadelijk alcoholgebruik:*
 - a. *het gebruik van alcohol bij jongeren < 16 jaar terugbrengen naar het niveau van 1992;*
 - b. *minder volwassen probleemdrinkers: van 10,3 procent nu naar 7,5 procent in 2010.*
3. *Overgewicht:*
 - a. *het percentage volwassenen met overgewicht moet niet stijgen (peiljaar 2005);*
 - b. *het percentage jeugdigen met overgewicht moet dalen (peiljaar 2005).*
4. *Diabetes:*
 - a. *het aantal patiënten mag tussen 2005 en 2025 met niet meer dan 15 procent stijgen;*
 - b. *daarbij heeft 65 procent van de diabetespatiënten geen complicaties.*
5. *Depressie: meer mensen krijgen preventieve hulp tegen depressies (nu worden ongeveer 4.000 personen bereikt)."*

In de documenten in het kielzog van deze nota, waaronder de reactie van het kabinet (VWS, 2007a) op het RVZ-advies Publieke Gezondheid (RVZ, 2006), onderschrijft het kabinet de noodzaak van een integrale aanpak van leefstijlproblemen door verschillende ministeries gezamenlijk. Concrete acties worden echter niet aangekondigd; slechts wordt verwezen naar het lopende IBO-onderzoek.

Intermezzo: Sociaaleconomische gezondheidsverschillen

Sinds het midden van de negentiger jaren formuleert de overheid expliciet beleid, gericht op het terugdringen van de sociaaleconomische gezondheidsverschillen, die onder andere geconstateerd zijn door de commissie Hoefnagels (1985). Over dit onderwerp zijn door diverse adviescommissies adviezen uitgebracht (commissie Ginjaar, 1994; commissie Albeda, 2001).

Doelstellingen voor het terugdringen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen zijn door het kabinet geformuleerd in het kabinetsstandpunt SEGV II, Gezondheidsverschillen verkleinen en in het Beleidskader SEGV 2005-2009.

"Hoofddoelstelling is het inlopen van de gezondheidsachterstanden bij mensen met een lage opleiding en een laag inkomen. De door de Commissie Albeda in haar eindadvies geformuleerde aangrijpingspunten voor het terugdringen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen lenen zich uitstekend voor een integrale aanpak in het kader van het grotestedenbeleid. Deze aangrijpingspunten raken zowel de sociale, de economische als de fysieke pijler van het grotestedenbeleid.

Met de G-30 worden afspraken gemaakt over:

- *het invoeren van een gezondheidsvergelijking (benchmark);*
- *het inzetten van specifieke voorzieningen voor de gezondheid en deelname aan de arbeidsmarkt van uitkeringsgerechtigden;*
- *het inzetten van de jeugdgezondheidszorg voor de risicojeugd op school, mede om schoolverzuim tegen te gaan;*

- *het invoeren van een integrale wijkgerichte aanpak om gezond leven in achterstandswijken te bevorderen;*
- *het verbeteren van de toegankelijkheid van de eerstelijns gezondheidszorg in achterstandswijken.*

Tegenover de investeringen en prestaties van de steden stelt het kabinet via het grotestedenbeleid geld beschikbaar. De GBI's en het RIVM worden gevraagd de doelstellingen van het grotestedenbeleid te ondersteunen."

In veel rapporten van het ministerie van VWS wordt verwezen naar de beide beleidskaders (2001-2005 en 2005-2009) waar het gaat om de bijdrage die het ministerie van VWS levert aan het verbeteren van gezondheidsdeterminanten (roken, alcohol, voeding, bewegen), voor zover deze in relatie staan met het terugdringen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen.

Bij de aanpak van de SEGV is sprake van beleid van verschillende departementen, maar ieder departement is verantwoordelijk voor de eigen 'bijdrage'. Zowel de beleidsvorming als de verantwoording verlopen daardoor niet integraal. In hoeverre sprake is van integrale uitvoering, hangt af van de inzet van de verschillende gemeenten, die daarbij worden geconfronteerd met verschillende subsidiestromen vanuit verschillende ministeries.

Kaderbrief Visie op gezondheid en preventie en Nota Gezond zijn, gezond blijven (2007)

Reeds 11 maanden na de nota 'Kiezen voor Gezond leven' komt het kabinet met een geactualiseerde visie op gezondheid en preventie met de bijbehorende nota 'Gezond zijn, gezond blijven' (VWS, 2007a). Dit heeft vooral te maken met het afkomen van vier adviezen en rapporten:

1. Het rapport van de IBO-werkgroep;
2. Het advies Publieke Gezondheid van de RVZ;
3. Het rapport 'Preventie Verzekerd' van het CVZ;
4. Het visiedocument van de KNMG over preventie in de zorg.

Ten eerste is opvallend dat de kaderbrief agenderend wordt genoemd, nadat in de nota Kiezen voor Gezond Leven de nota Langer Gezond Leven al als agenderend is gezien.

Drie 'nieuwe' elementen worden gepresenteerd:

- Preventie in de zorgverzekering c.q. in de curatieve sector;
- Een robuuste infrastructuur van de publieke gezondheid als voorwaarde voor effectieve preventie;
- Parallellie van belangen (met een tiental voorbeelden).

Concrete acties betreffen vooral het voortzetten van bestaand beleid. Nieuw zijn projecten op het grensvlak van preventie en zorg (keten-DBC-diabetes, Beweegprogramma's en stoppen-met-roken in zorgverzekering) en een integraal alcoholmatigingsbeleid, dat de opmaat is voor het interdepartementale alcoholmatigingsbeleid dat in hoofdstuk 1 is genoemd. Aan het convenant overgewicht wordt gerefereerd, maar er worden geen nieuwe maatregelen aangekondigd, ook niet op het gebied van facetbeleid. De parallellie van belangen wordt geacht voldoende groot te zijn om facetbeleid tot stand te laten komen.

Nota overgewicht (2009)

Nadat het convenant vier jaar heeft gefunctioneerd en 28 jaar nadat overgewicht voor het eerst als maatschappelijk probleem is benoemd, komt de nota overgewicht uit (VWS, 2009a).

Allereerst is opvallend dat de nota alleen is ondertekend door de bewindslieden van VWS en het programmaministerie Jeugd en Gezin, terwijl in de nota zelf een integrale aanpak als essentieel wordt gezien. Daarnaast wordt de nota een sterke 'agenderingsfunctie' toegekend: er moet nog veel meer gebeuren en de nota laat actoren zien wat ze zouden kunnen doen c.q. wat van ze verwacht mag worden.

Voor wat betreft het eigen ministerieel beleid wordt een overzicht gegeven van de huidige activiteiten. Er worden vier nieuwe activiteiten van of vanuit het ministerie van VWS benoemd:

1. *"een ambassadeur voor de lokale aanpak bij kinderen,*
2. *stimulering van de gezonde schoolkantine,*
3. *organisatie van debatten op scholen en*
4. *verdere ondersteuning van het Partnerschap Overgewicht Nederland en het Kenniscentrum Overgewicht."*

De nota is nieuw in de breedte van de analyse van de oorzaken van het probleem overgewicht (althans ten opzichte van eerdere nota's). Evolutionaire principes, het concept van een obesogene omgeving, onderzoek van TNO naar dikmakende werkomstandigheden en onderzoek van Alterra naar de positieve invloed van 'groen' worden genoemd.

In de internationale vergelijking, die onderdeel uitmaakt van het rapport, wordt de technische aanpak van overgewicht in Amerika genoemd (maagverkleinings-operaties), waarbij weinig wordt gedaan aan het verminderen van de obesogene omgeving. Maar ook wordt de ontwikkeling in Singapore genoemd, waarin een verstrekkend beleid (sterkere sturing) van de overheid heeft geleid tot vermindering van het percentage overgewicht. Ook Frankrijk wordt genoemd met zijn verbod op bepaalde voedingsmiddelen in automaten in scholen en de verplichting om gezondheidswaarschuwingen te geven bij reclames voor voedingsmiddelen.

Die verstrekkende maatregelen, verbodsbepalingen en sterke sturing zijn echter niet terug te vinden in de Nederlandse beleidsvoornemens. Deze bestaan uit vier pijlers:

1. Consumenten informeren over de gezonde keuze, te onderscheiden in afspraken met de industrie in het kader van de zelfregulering en initiatieven van de overheid voor een onafhankelijke voorlichting;
2. Het gezonder maken van de omgeving, op basis van lokaal, integraal beleid, gebaseerd op parallelle belangen en het formuleren van gezamenlijke doelstellingen, ook met zorgverzekeraars en zorgaanbieders. De settings school, werk en wijk worden genoemd. De rijksoverheid ondersteunt dit beleid door subsidies (bijvoorbeeld impuls NASB) en het beschikbaar stellen van kennis. Een veelheid van initiatieven wordt genoemd. Gewezen wordt op het gebrek van evaluatie, waardoor evidence-based interventies schaars zijn. Het convenant overgewicht wordt eveneens genoemd; benadrukt wordt dat partijen in het laatste jaar nog een concrete slag moeten maken. De opsomming besluit met het Olympisch Plan 2028.

3. Het verbinden van preventie en zorg, waarbij de nadruk ligt op de eerste lijn. Benoemd worden het verbeteren van de dynamiek en kwaliteit in de eerste lijn en het verbeteren van ketenzorg en zorgstandaarden, waarin preventie een rol moet spelen. Het in 2008 ingestelde Partnerschap Overgewicht, waarin veel landelijke organisaties op het gebied van preventie en zorg deelnemen, dient deze zorgstandaarden op te stellen en te coördineren. Het voornemen om preventie op te nemen in het zorgverzekeringspakket wordt genoemd. Een algemene wijziging van het Besluit Zorgverzekeringen wordt doorgevoerd (Staatsblad 2008, 317); de keuze om van die 'uitbreiding' gebruik te maken ligt bij de individuele zorgverzekeraars.
4. Extra inspanningen voor kinderen en jongeren. Veel van de eerder genoemde initiatieven worden vanuit een andere invalshoek opnieuw besproken. Ook is er aandacht voor het eerste onderzoeksrapport van het Integraal Toezicht jeugdzaken (ITJ, 2007), waarin wordt geconstateerd dat vooral regie en samenhang op lokaal niveau ontbreekt. Het tweede rapport van ITJ wordt aangekondigd¹⁰. Ingezoomd wordt op alle leeftijdsgroepen vanaf de geboorte.

Expliciet worden de beperkende maatregelen genoemd die Noorwegen, Zweden, Ierland en het Verenigd Koninkrijk aan reclame hebben opgelegd. Nederland wil daarvoor in de plaats zelfregulering voorop stellen, ook al omdat dit in Europees verband als lijn wordt gehanteerd. De impuls 'Brede Scholen, sport en cultuur' wordt genoemd als een initiatief, waarbij gemeenten vanaf het tweede jaar 60% van de kosten voor hun rekening nemen. Ook worden diverse projecten genoemd, waarbinnen het ministerie van VWS samenwerkt met het ministerie van Sociale Zaken, het ministerie van Onderwijs en het ministerie van Landbouw, Natuur en Voedingskwaliteit.

De twee resterende hoofdstukken richten zich op monitoring en onderzoek en op de positionering van de nota 'Overgewicht' in het kader van het algemene preventiebeleid. Veel van dat onderzoek wordt inmiddels uitgevoerd, onder andere door vijf Academische Werkplaatsen die het Consortium Integrale Aanpak Overgewicht (CIAO) vormen (www.ciao-onderzoek.nl). Het onderzoeksprogramma van CIAO is gebaseerd op de pijlers van de EPODE-methodiek.

Eind 2009 wordt het (vervolg)convenant Overgewicht 2010-2014 afgesloten tussen de ministeries van VWS, Jeugd en Gezin en OCW en diverse landelijke organisaties, zoals GGD Nederland, NOC-NSF, de Nederlandse Hartstichting, Zorgverzekeraars Nederland, werkgevers- en werknemersorganisaties en branchepartijen uit het bedrijfsleven. Een deelconvenant heeft betrekking op Jongeren op Gezond Gewicht (JOGG). Het doel van dit deelconvenant is het implementeren van de EPODE aanpak (zie paragraaf 3.2.) in 75 Nederlandse gemeenten.

Concluderend kan ten aanzien van deze eerste thematische nota overgewicht worden gesteld dat er weliswaar een compleet overzicht wordt gegeven van het thema 'overgewicht', maar dat het vooral een beschrijving is van lopende activiteiten. Er is geen sprake van een beleidswijziging in de zin van inzet van nieuwe of versterkte beleidsinstrumenten.

¹⁰ Ook dit rapport (ITJ, 2009) stelt dat regie en afstemming ontbreken, jongeren met hoog risico niet bereikt worden, de zorg incidenteel en fragmentarisch is en overgewicht als een gevoelig onderwerp wordt gezien.

Nota Gezondheid Dichtbij (2011)

In de nota Gezondheid Dichtbij (VWS, 2011c) van het kabinet Rutte wordt de eigen verantwoordelijkheid en de rol van maatschappelijke en private organisaties benadrukt. *“We formuleren als uitdaging dat mensen meer de mogelijkheid moeten krijgen om zelf voor een gezond leven te kiezen”*. Gezonde keuze en een uitnodigende omgeving zijn sleutelbegrippen. Op inspanningen van de overheid wordt relativerend teruggekeken: *“Het leefstijlbeleid is de afgelopen jaren steeds meer het terrein geworden van de overheid en professionals: nadruk lag op wat mensen moeten doen of moeten laten. Wat mensen zelf willen en kunnen is daarin onvoldoende meegenomen. Preventieve activiteiten staan over het algemeen ver af van de leefwereld van de Nederlander. Op het gebied van gezond gedrag heeft de huidige aanpak tot nu toe onvoldoende opgeleverd. De overheid en professionals kunnen niet voor alle problemen een oplossing bieden. Daarvoor hebben we de financiële middelen en menskracht niet, maar belangrijker is dat we dat ook niet willen.”*

Diverse initiatieven van rijk en gemeente samen worden gememoreerd, zoals ‘Groen in de Stad’, het experiment “De Gezonde Wijk”, de beweegkuur, Het Nationaal Programma Milieu en Gezondheid, etc.. De komende periode ligt de bal met name bij lokale overheden en lokale organisaties om de fysieke en sociale omgeving zo te beïnvloeden, dat deze de gezonde keuze bevorderen.

4.2.5. Sport- en voedingsbeleid

Gezond eten en voldoende bewegen komen (uiteraard) ook als boogde doelstelling naar voren in overheidsbeleid dat zich richt op sport en voeding.

Drie nota's voedingsbeleid in de periode 1983 – 2008

In de eerste nota ‘voedingsbeleid’ uit 1983 (WVC, 1983) wordt het bevorderen van een goede keuze voor gezond voedsel als één van de twee beleidsuitgangspunten geformuleerd. Zelfregulering van de industrie en afstemming binnen de EEG met betrekking tot etikettering ziet de overheid als voldoende maatregelen om burgers een gezonde voedingskeuze te laten maken, naast uiteraard nader onderzoek en enkele adviesaanvragen. De voortgangsrapportages (WVC, 1987; WVC, 1993c) maken melding van de Richtlijnen Gezonde Voeding, het opzetten van de Voedselconsumptiepeiling, het voornemen om actoren ‘samen te brengen’ in een stuurgroep ‘Goede Voeding’, de oprichting van het Voedingscentrum, de landelijke Campagne ‘Let op Vet’¹¹ en onderzoek waaruit blijkt dat de voedingsgewoonten binnen de verschillende sociaaleconomische klassen nauwelijks verschillen.

Belangrijkste beleidsdoel is het aandeel van vet in de voedselconsumptie van 40 naar 30% terug te brengen.

De tweede nota uit 1998 (VWS, 1998a) bevat geen substantiële beleidswijzigingen. Nog steeds worden voorlichting, bewustwording, monitoring en onderzoek als belangrijkste activiteiten gezien. Wel wordt er een expliciet doelgroepenbeleid geformuleerd (jongeren, ouderen, allochtonen, lagere

¹¹ Deze vierjarige campagne richt zich in de respectievelijke jaren op 1) agendering (bewustwording), 2) informatieverstrekking ten behoeve van gezonde keuzes en attitudeverandering, 3) daadwerkelijke gedragsverandering en 4) gedragsbehoud. Een voorbeeld van toepassing van wetenschappelijke kennis in campagnes (zie hoofdstuk 3).

sociaaleconomische klasse, mensen onder de armoedegrens). Opvallend is wel dat expliciet wordt geconstateerd dat een kwantitatief beleidsvoornemen uit de vorige nota (terugbrengen vetconsumptie) niet is behaald. Een nadere analyse van de oorzaken hiervan is echter niet in de nota opgenomen. Er worden dan ook geen nieuwe beleidsinstrumenten geïntroduceerd, alleen een intensivering van de al gehanteerde beleidsinstrumenten en de genoemde doelgroepenbenadering.

Opvallend is de parlementaire nummering van de diverse stukken. Het dossier van de eerste nota kende in een periode van 10 jaar 15 documenten, het dossier van de tweede nota werd in 1998 na drie documenten gesloten. In de periode 1998-2008 wordt het bevorderen van gezonde voeding als onderdeel van het algemene preventiebeleid gezien. In dat kader wordt de Kamer bijvoorbeeld geïnformeerd over het beleid van de Voedingsindustrie met betrekking tot productsamenstelling, reclame en zelfregulering. Zo geeft het kabinet onder andere in de nota langer Gezond leven aan hoe ze met het voedingsvraagstuk wil omgaan:

“Het kabinet gaat in het Regulier Overleg Warenwet (ROW) met aanbieders van voeding en beweegactiviteiten afspraken maken over het gemakkelijker maken van de gezonde keuze. Het kabinet wil in dit overleg afspraken maken over het aanpassen van producten (als over het vetgehalte in voeding, portiegrootte, inhoud van snoep- en frisdrankautomaten op scholen, reclame en verkoopactiviteiten voor minderjarige kinderen en productinformatie”.

Ook in een reactie op het RIVM-rapport ‘Ons eten gemeten’ (Kreijl & Van der Knaap, 2004) is de minister terughoudend (VWS, 2004c). Hij benoemt dat het RIVM forse wettelijke maatregelen voorstelt, maar reageert daar terughoudend op: *“Ten aanzien van wetgeving wil ik mij echter vooralsnog terughoudend opstellen in afwachting van de uitkomsten van in gang gezette activiteiten.”*

Met de derde nota uit 2008 (VWS, 2008c) krijgt voedingsbeleid binnen VWS weer een eigen dossiernummer en ligt de nadruk op gezonde voeding, met verwijzingen naar voedselveiligheid. De uitgangspunten van de vorige nota worden gehandhaafd (gezonde keuze bevorderen, zelfregulering van voedingsindustrie, horeca, sportkantines en scholen). Als nieuwe activiteiten worden genoemd:

- In voedingsvoorlichting meer nadruk leggen op het totale voedingspatroon in plaats van op de afzonderlijke producten;
- Aandacht voor gezonde voeding integreren in de gezondheidszorg, in het bijzonder in de preconceptionele zorg en prenatale zorg;
- Productinnovaties, die passen in een gezond voedingspatroon volgen, stimuleren en transparant maken door monitoring.

Ook in deze nota komen diverse kwantitatieve gegevens naar voren. De consumptie van de zeven genoemde factoren ligt in alle gevallen nog aan de ongunstige kant ten opzichte van de normen die er voor worden gehanteerd.

Nota Sportbeleid; ‘Wat sport beweegt’ (1996)

In 1996 komt de nota sportbeleid uit (VWS, 1996), die wordt gepresenteerd als een integrale, interdepartementale nota. Het doel van het sportbeleid is het bevorderen van sport en lichaamsbeweging in brede zin. Er worden vier beleidsinstrumenten genoemd: coördinatie (nog niet nader ingevuld), onderzoek en informatievoorziening (diverse maatregelen), regelgeving (‘sportinclusive’ maken van regelgeving op andere terreinen) en financiering (BTW-impulsen, belastingvrijstelling

sportkantines, heroriëntatie landelijke subsidies). Landelijk beleid wordt niet voorgestaan; de rol van lagere overheden en private partijen wordt benadrukt.

Nota Sport, bewegen en gezondheid (2001)

In deze nota is er meer aandacht voor facetbeleid (inrichting omgeving, bevorderen fietsen of wandelen naar sportvoorzieningen, sport in de zorg, sport op het werk, sport in het kader van doelgroepenbeleid), voor de positieve werking die sport kan hebben op andere leefstijlaspecten (via sport bevorderen dat jongeren gezonder gaan eten en minder alcohol gaan gebruiken) en voor specifieke doelgroepen (VWS, 2001b). Uiteraard wordt ook een heel scala aan campagnes, programma's en andere initiatieven genoemd. Informatievoorziening over sport- en beweegmogelijkheden is benoemd als actiepunten. Gemeenten worden opgeroepen community-based interventies te ontwikkelen.

In het deel van de nota dat gaat over de gezondheidswinst van sport en bewegen ligt de nadruk, meer dan in de eerste nota, op bewegen en minder op georganiseerde sportbeoefening.

Nota Tijd voor Sport; bewegen, meedoen, presteren (2005)

In deze nota (VWS, 2005c) worden vier doelen gekozen:

1. Meer mensen moeten gaan sporten;
2. Mensen ontmoeten elkaar via sport en doen mee aan maatschappelijke activiteiten;
3. Mensen gedragen zich sportief en respecteren (spel)regels;
4. Topsport in Nederland wordt bevorderd.

Voor de eerste doelstelling worden twee programma's ingezet: het Nationaal Actieplan Sport en Bewegen en het programma 'Gezonde sportbeoefening'.

De doelstelling wordt ook gekwantificeerd: 65% van volwassenen voldoet in 2010 aan beweegnorm (in 2005 60%) en aantal inactieven neemt af van 8 naar 7%. De verschillende onderdelen van het Nationaal Actieplan worden beschreven. Het programma Gezonde sportbeoefening omvat maatregelen gericht op voorkomen van blessures en begeleiding van topsporters.

Na 2005 is er nog geen nieuwe sportnota uitgekomen. Wel zijn er diverse nieuwe initiatieven en programma's gestart en zijn beleidskaders geformuleerd, onder andere voor 'Sport en Onderwijs' (2008), 'Pilots Sportevenementen' (2010) en 'Pilots Sport in de Buurt' (VWS, 2011d).

Evaluatie van het beleid door het Pim Mulier Instituut (Breedveld e.a., 2008) ten aanzien van de output laat een gevarieerd beeld zien. Op enkele thema's worden goede resultaten geboekt (bijvoorbeeld beweegnorm, sportdeelname) op andere thema's blijven de resultaten (sterk) achter (bijvoorbeeld vrijwilligers in de sport, verenigingssport).

4.3. Beschouwing en conclusies

4.3.1. Beleidsproces en beleidscyclus

Er is sprake van een beleidscyclus door het regelmatig verschijnen van beleidsnota's en Volksgezondheid Toekomst Verkenningen, maar de indeling in fasen van een beleidsproces, die in paragraaf 4.1. is geschetst, is moeilijk terug te

vinden in de documenten die zijn besproken. Nochtans heeft de overheid door de introductie van een vierjaarlijkse cyclus 'gekozen' voor een rationele beleidscyclus.

Weliswaar wordt – vooral in retrospectief – van enkele stukken of periodes gesteld dat ze vooral **agendavormend** zijn geweest en dat vanaf moment “x” slagvaardig met het beleid wordt aangevangen, in het algemeen is agendavorming beperkt. Agendavorming zou vooral betrekking moeten hebben op het bevorderen van de bereidheid van andere beleidsactoren, zoals overige ministeries, zorgverzekeraars en gemeenten, om hun aandeel in het beleid te leveren en moet dan voldoen aan de criteria van de theorie van Kingdon (Hoeijmakers, 2005; Van Koperen, 2007): urgentiebesef bij deze beleidsactoren, beschikbare oplossingen en een tijd die er rijp voor is. Weliswaar wordt de laatste decennia door iedereen erkend dat overgewicht een groeiend probleem is, maar het urgentiebesef komt pas de laatste jaren enigszins op gang. Als we het probleem overgewicht bijvoorbeeld vergelijken met het probleem ‘alcoholgebruik’, zien we dat het urgentiebesef bij gemeenten voor dit laatste probleem groter is, met name door de excessen (comazuipen, hokken en keten, spijbelen, agressie, seksueel geweld, verslaving) en de relatie met openbare orde en veiligheid. Maar ook door het bredere instrumentarium dat beschikbaar is, zoals het verkoopverbod onder 16 jaar, verboden in het kader van een plaatselijke verordening, sluitingstijdenbeleid, etc..

Van **beleidsvoorbereiding** is uiteraard wel sprake. Uit de verschillende documenten komt naar voren dat er veel interactie is met de verschillende beleidsactoren in de fase van beleidsvoorbereiding; de invloed daarvan is terug te vinden in de verschillende beleidsstukken. Hetzelfde geldt voor adviezen die worden uitgebracht door verschillende raden en commissies (RVZ, Gezondheidsraad, STG); deze worden regelmatig geciteerd in de documenten van de overheid en er wordt ook een reactie op geformuleerd. Echter, als adviezen niet worden overgenomen is de argumentatie daarvoor vaak beperkt. Dit geldt bijvoorbeeld voor de adviezen die door RVZ in het adviesrapport ‘Gezond zonder zorg’ (2000) worden gegeven met betrekking tot Gezondheidseffectscreening als instrument voor de uitvoering van een kabinetsbreed gezondheidsbeleid en voor de instelling van specifieke verbindingsfuncties voor facetbeleid. Ook adviezen voor regelgeving op het gebied van reclame-uitingen worden terzijde gelegd, met als argument de voorkeur van het kabinet voor zelfregulering.

Wetenschappelijke kennis die relevant is voor het beleid, is slechts sporadisch terug te lezen en te zien in het beleid. Dat wil uiteraard niet zeggen dat die kennis niet aanwezig is bij degenen die bij de beleidsvoorbereiding betrokken zijn, maar de mogelijkheden om die kennis te vertalen in concreet beleid komen nauwelijks naar voren in de verschillende beleidsstukken. Elementen van de betreffende kennis worden wel in de diverse beleidstukken genoemd (belang betrokkenheid burgers, noodzaak samenwerking publiek-privaat, noodzaak integraal beleid, belang effectieve interventies, bestuurlijk commitment, regie op lokaal niveau, aandacht voor verschillende settings en wijkgericht werken, etc.), maar meer als richtsnoeren voor degenen die op lokaal niveau het beleid dienen te maken dan als basis voor concrete beleidsmaatregelen op landelijk niveau. Een voorbeeld van zo’n concrete beleidsmaatregel is de suggestie van de inspectie (IGZ, 2005) om een doeluitkering in te stellen, waarvan de middelen uitsluitend ter beschikking

mogen worden gesteld aan gemeenten die bewezen effectieve interventies gebruiken.

Hierbij is een aandachtspunt dat bewezen effectieve interventies op het niveau van daadwerkelijke gewichtsverandering nauwelijks beschikbaar zijn. In de database van het Centrum Gezond Leven zijn op 1 september 2011 218 interventies opgenomen voor de thema's overgewicht, voeding en lichamelijke activiteit, maar geen enkele heeft het predicaat 'bewezen effectief' of 'waarschijnlijk effectief' van de beoordelende expertgroep gekregen. Twaalf interventies hebben het predicaat 'theoretisch goed onderbouwd', 11 hebben het predicaat 'goed beschreven'.

Wel zijn er voor volwassenen vier interventies die effectief zijn op afzonderlijke gedragsdeterminanten voeding of beweging (Ezendam, 2010). Voor kinderen bestaat één effectieve interventie op het niveau van daadwerkelijke gewichtsverandering. Dit betreft het programma 'Lekker Fit' (Hamburg-van Rhenen e.a., 2010). Daarnaast zijn er ook voor jongeren vier interventies die bewezen effectief zijn op het niveau van gedragsdeterminanten (Ezendam, 2010).

Het zoeken naar bewezen effectieve interventies had dan ook hoge prioriteit voor het vorige kabinet. Toen de Epode-systematiek, ontwikkeld in Frankrijk, zijn effectiviteit bewees, is direct geïnvesteerd in het programma 'Jongeren op gezond gewicht' (JOGG), dat ten doel heeft de Epode-methodiek in Nederland te implementeren (zie ook § 2.3.). Inmiddels (september 2011) zijn 12 gemeenten erkend als JOGG-gemeente en is de provincie Drenthe JOGG-provincie.

De beperkte aanwezigheid van effectieve interventies heeft er voor gezorgd dat de lat de afgelopen jaren wat lager is gelegd. 'Evidence-based' zijn van interventies wordt niet meer als voorwaarde gezien voor het gebruik van die interventies. Er wordt gepleit voor een 'gezond verstand' – benadering (Saan e.a., 2010); een theoretische goed onderbouwde interventie of een interventie met een bewezen positieve output verdient implementatie, omdat deze een subdoel realiseert in een 'doelenboom-benadering'. Het begrip 'evidence' kan op verschillende manieren ingevuld worden en onderzoek kan meer participierend en actiegericht zijn (Vaandrager e.a., 2010). Ook vertegenwoordigers van het ministerie constateren dat een andere aanpak nodig is (Van der Heiden & De Jager, 2010).

Gelet op hoe in de beleidsvoorbereiding wordt omgegaan met adviezen en input van derden dringt de conclusie zich op dat de afwegingen die worden gemaakt in de fase van beleidsvoorbereiding vooral bepaald worden door meer algemene politieke uitgangspunten, zoals deregulering, decentralisatie en bezuinigingen. Die uitgangspunten worden ook regelmatig expliciet genoemd als motief voor het nemen of niet nemen van bepaalde maatregelen (zie diverse citaten in § 4.2.) .

De **beleidsuitvoering** verloopt over het algemeen volgens planning. Voornemens die worden aangekondigd, worden in het algemeen ook uitgevoerd. Dat leidt in de verschillende beleidsstukken dan ook tot het noemen van vele, soms tientallen initiatieven die door de landelijk overheid op een of andere manier worden gefaciliteerd. Het feit dat de beleidsuitvoering in het algemeen goed loopt wordt mede bepaald door het overleg dat vooraf wordt gevoerd met diverse stakeholders, waardoor al bekend is in hoeverre er draagvlak ontstaat voor de verschillende initiatieven, voordat deze in een regeringsnota in de richting van de Tweede kamer als beleidsvoornemen worden gepresenteerd. Daarnaast zal er bij de uitvoerende

instellingen weinig 'angst' zijn voor een scherpe verantwoording van de betreffende activiteiten, aangezien er veelal sprake is van inspanningsverplichtingen in plaats van resultaatverplichtingen.

Van **beleidsevaluatie** is slechts beperkt sprake en deze wordt ook nog eens bemoeilijkt door de algemeenheid waarin doelstellingen worden omschreven. De eerste evaluatie van de WCPV (KPMG & NIPG/TNO, 1993) wees hier al op. Evaluaties van 'outcome' spelen een beperkte rol; de Volksgezondheid Toekomst Verkenningen worden wel in alle beleidsnota's genoemd, maar ze leiden meestal alleen maar tot de conclusie dat het een beetje beter gaat, maar dat er nog veel moet gebeuren. Evaluaties van de zijde van de IGZ hebben – in samenhang met onder andere het rapport van de commissie Lemstra – geleid tot twee 'echte' beleidsaanpassingen, waarop later in deze paragraaf onder het kopje juridische beleidsinstrumenten nader wordt ingegaan. De laatste jaren ontstaat er wel meer aandacht voor het SMART formuleren van doelstellingen door rijk en gemeente, zodat ook beleidsevaluatie daadwerkelijk vorm kan krijgen.

Die beperkte evaluatie leidt uiteraard ook tot een beperkte mate van **terugkoppeling** naar de volgende beleidscyclus. Instrumenten die op een bepaald moment worden ingezet (subsidies, onderzoek, projecten, overheidsvoorzieningen) worden niet snel gestopt. Daardoor ontstaat het beeld van een steeds groeiend pakket van maatregelen, waaraan steeds nieuwe maatregelen worden toegevoegd. Het huidige kabinet is het eerste kabinet dat expliciet besluit te stoppen met bepaalde instrumenten (landelijke campagnes, minimale interventie-set 'stoppen met roken' uit het basispakket). De argumenten voor met name het verwijderen van de stoppen-met-roken interventies zijn echter niet gelegen in een beperkte effectiviteit van deze interventies, maar in een politieke visie.

De fase van **beleidsbeëindiging** zal voor dit onderwerp waarschijnlijk nooit bereikt worden. De afgelopen drie decennia laten meer een continuüm van beleid zien met bepaalde accenten in bepaalde periodes en – zoals in de vorige alinea genoemd – met behoud van allerlei beleidsinstrumenten, aangevuld met nieuwe initiatieven. Daarbij staat het voeren van een daadkrachtig, integraal effectief preventiebeleid op lokaal niveau centraal en worden er door de rijksoverheid de afgelopen twintig jaar steeds meer en verdergaande maatregelen genomen om dit te bewerkstelligen. Helaas – gelet op het gestelde in de Staat van de Gezondheidszorg 2010 en in de nota Gezondheid Dichtbij – nog steeds met onvoldoende resultaat in de afgelopen decennia.

De introductie van een vierjarige beleidscyclus is dan ook een relatief gegeven, omdat een dergelijk proces – mits juist uitgevoerd – impliceert dat ook in iedere cyclus sprake is van beleidsevaluatie en terugkoppeling, teneinde een nieuwe, effectievere beleidsperiode te kunnen starten met bijgestelde en nieuwe beleidsinstrumenten. Daarvan is nauwelijks sprake.

Wel is er binnen het overheidsbeleid toenemende aandacht voor het VBTB-principe (van beleidsbegroting tot beleidsverantwoording), ook al omdat de Algemene Rekenkamer haar toetsing van beleid van de diverse ministeries op dit principe baseert.

4.3.2. Juridische beleidsinstrumenten

Van juridische beleidsinstrumenten is zeer beperkt gebruik gemaakt, waarbij moet worden opgemerkt dat het 'Nationaal Contract Openbare Gezondheidszorg' en het Convenant Overgewicht niet tot het juridisch instrumentarium worden gerekend, omdat ze niet onder de definitie vallen (zie par. 4.1. voor de definitie). Het zijn in feite inspanningsverplichtingen die partijen onderling overeenkomen, waarbij slechts zelden sprake is van sancties of effectieve sturingsmogelijkheden van de zijde van de rijksoverheid.

Het belangrijkste onderdeel van het juridisch instrumentarium is de WCPV. De effectiviteit van dit instrument is echter zeer beperkt geweest, zoals al uit de eerste evaluaties bleek. De WCPV is twee keer aangepast. Per 1 januari 2003 is de verplichting voor gemeenten opgenomen om een nota lokaal gezondheidsbeleid op te stellen en per 1 januari 2012 geldt de 'verplichting' om bij het opstellen van deze nota's rekening te houden met de landelijke speerpunten en om voor de genoemde speerpunten aan te geven wat de doelstellingen voor de eigen gemeente zijn, welke acties zijn voorzien en welke resultaten worden beoogd.

Twee andere toepassingen van het juridische instrumentarium komen uit de inventarisatie naar voren. Het ene betreft de wijziging van het Besluit Zorgverzekeringen, waarmee de zorgverzekeraars de mogelijkheid krijgen bepaalde preventieve interventies te financieren uit het basispakket. Het andere betreft het zo inrichten van de Wet Kwaliteit Zorginstellingen, dat de IGZ toezicht kan uitoefenen op de werkzaamheden van GGD'en.

Verschillende andere mogelijkheden voor het inzetten van juridische instrumenten, die door de kamer of door adviesorganen zijn geopperd, zijn door het kabinet afgehouden.

Het bestuursinstrument normstelling is vaak onderdeel van wet- of regelgeving. De overheid heeft daarvan bijvoorbeeld gebruik gemaakt door het formuleren van opleidingseisen voor bepaalde professionals, door het formuleren van basistakenpakketten en recent door bepalingen voor de gebiedsgrootte van GGD-werkgebieden. Andersoortige normstellingen, zoals een norm voor gezond bewegen, zijn geen bestuursinstrumenten, omdat de overheid niet beoogt met een dergelijke normstelling andere overheden of publieke organisaties aan te sturen.

4.3.3. Economische beleidsinstrumenten

Uit de omvang van de subsidies en 'impulsmiddelen' op het gebied van publieke gezondheid mag geconcludeerd worden dat economische beleidsinstrumenten ruimschoots zijn ingezet, zowel in de vorm van projectmatige subsidies alsook in de vorm van subsidies voor instandhouding van de landelijke kennisinfrastructuur en subsidies voor onderzoek (bijvoorbeeld ZonMW-programma's). In de diverse opsommingen in paragraaf 4.2.3 en 4.2.4. zijn enkele tientallen voorbeelden van financiering van en facilitering door de overheid voorbij gekomen.

In de wijze waarop dit instrument wordt toegepast zit echter nog ruimte voor verbetering. Veel initiatieven en projecten eindigen zonder dat een grondige evaluatie plaats vindt, waardoor niet duidelijk wordt wat de inzet van de betreffende middelen heeft bijgedragen aan het bereiken van de beoogde effecten. De verklaring hiervan ligt voor een deel in het feit dat de effecten van één afzonderlijke activiteit moeilijk gemeten kan worden op outcome-niveau (betere gezondheid).

Wel kunnen er duidelijke afspraken worden gemaakt over beoogde output, wat de laatste jaren steeds vaker gebeurt en ook een belangrijke oorzaak is van de trend om boekjaarsubsidies aan instellingen te wijzigen in subsidies voor projecten of activiteitenclusters.

4.3.4. *Communicatieve beleidsinstrumenten*

Het ministerie van VWS zelf gebruikt communicatieve beleidsinstrumenten met name in haar relatie met andere ministeries, landelijke organisaties en overheden; communicatie met burgers wordt door de overheid wel indirect gefinancierd door subsidiering van taken van landelijke Gezondheidsbevorderende Instituten (GBI's) en het RIVM. Daarnaast is er uiteraard sprake van informatieoverdracht tussen professionals en instituten voor wat betreft kennis en vaardigheden, die nodig zijn voor effectieve gezondheidsbevordering.

4.3.5. *Overheidsvoorzieningen*

Belangrijke overheidsvoorzieningen in het kader van het preventiebeleid zijn het Centrum Gezond Leven binnen het RIVM, ZonMW en de Inspectie voor de Volksgezondheid.

Zorgonderzoek Nederland is door het kabinet in 1998 als zelfstandig bestuursorgaan ingesteld met als opdracht *“het doen uitvoeren en het subsidiëren of het verlenen van opdrachten met betrekking tot projecten, experimenten, onderzoek en ontwikkeling op het terrein van gezondheid, preventie en zorg. De organisatie bewaakt daarbij de kwaliteit en de samenhang en bevordert tevens het gebruik van de resultaten.”* (VWS, 1998b). ZonMW is een samenwerkingsverband met het bestuursgebied Medische Wetenschappen van het zelfstandig bestuursorgaan NWO.

Vanaf het moment van oprichting van ZonMW is er aandacht voor preventie. Het eerste preventieprogramma loopt vanaf het ontstaan van de organisatie. Het vierde preventieprogramma loopt momenteel.

De oprichting van het Centrum voor Gezond Leven (CGL) binnen het RIVM was minder vanzelfsprekend en is dan ook van latere datum (2007). In de nota Kiezen voor Gezond Leven licht de minister het voornemen als volgt toe: *“De IGZ kaartte al aan dat effectieve preventiemethoden onvoldoende gebruikt worden en versnipperd aangeboden. Mede daarom bestaat het voornemen te komen tot het oprichten van het Centrum voor Gezond Leven (CGL) als onderdeel van het RIVM. Het CGL brengt vraag en aanbod samen en voert de regie over het aanbod van gedragsbeïnvloedende methoden (leefstijlinterventies). Het CGL moet vóór alles zorgen voor betere samenwerking tussen de bestaande gezondheidsbevorderende en landelijk werkende organisaties. Het CGL gaat zorgen voor betere afstemming van hun producten aan de wensen van gemeenten en GGD'en. Daarnaast zal het CGL lokale organisaties ondersteunen en het bestaande aanbod in beeld brengen, beoordelen en toegankelijk maken. Het CGL stelt op basis van de prioriteiten van de minister van VWS in overleg met de (vertegenwoordigers van) lokale en landelijke organisaties een programma samen met (wetenschappelijk bewezen) interventies en helpt mogelijk ook bij de uitvoering”*. Gerefereerd wordt naar de

andere centra binnen het RIVM, die dezelfde opdracht hebben op andere onderdelen van het preventiebeleid.

De taken van het CGL waren in de hieraan voorafgaande jaren bij diverse instanties neergelegd, maar de uitvoering ervan was te fragmentarisch en had te weinig focus. Hierdoor werd het doel – bevorderen van effectief preventiebeleid op lokaal niveau – niet bereikt en constateerde de minister dat een beleidsinstrument dat beter te sturen was vanuit de rijksoverheid, noodzakelijk was. Het was derhalve een keuze voor een verdergaand beleidsinstrument als gevolg van onvoldoende effectiviteit van de bestaande beleidsinstrumenten. De minister zag de oprichting van het CGL dan ook als het inslaan van een nieuwe weg: *“De oprichting van het CGL is de eerste stap in een fundamentele heroriëntering van de bestaande infrastructuur op het preventie terrein. Ik wil in overleg met u en met de organisaties die zich inzetten voor gezondheidsbevorderend gedrag nog verdere stappen zetten op weg naar een heldere en effectievere infrastructuur. Deze stappen worden in de nabije toekomst gezet.”* (VWS, 2006c).

De rol van de Inspectie voor de Gezondheid is al diverse malen in beeld geweest. In de periode 1990-2003 richtte de aandacht van de inspectie zich met name op de GGD'en. Omdat de GGD'en 'bestuurd' worden door gemeenten, verbreedde de aandacht van de inspectie zich tot de gemeenten. Ook de intensiteit van het toezicht is toegenomen. Door de inspectie is inmiddels een set van prestatie-indicatoren ontwikkeld voor de vijf speerpunten van het rijksbeleid en is een thematisch toetsingsinstrument ontwikkeld. Daarnaast vindt toetsing op deelthema's plaats, bijvoorbeeld op de wijze waarop gezondheidsbevordering wordt uitgevoerd (IGZ, 2000) en op de wijze waarop gemeenten advies vragen aan hun GGD voor onderwerpen op andere beleidsterreinen, die belangrijke gevolgen kunnen hebben voor de volksgezondheid (IGZ, 2008).

De inspectie monitort ook de inhoud van de lokale nota's volksgezondheid (IGZ, 2007) en zal ook de nieuwe wettelijke bepalingen ten aanzien van deze nota's (beschrijving doelstellingen, acties en beoogde resultaten) gaan toetsen.

4.3.6. *'Niets doen' als beleidsinstrument*

Het bewust kiezen voor het niet inzetten van bepaalde beleidsinstrumenten is ook gedefinieerd als beleidsinstrument. Gelet op het grote aantal initiatieven dat is genomen, lijkt het alsof hiervan geen sprake is. Niettemin is door de overheid bewust gekozen voor beleidsvrijheid voor gemeenten en voor een grote mate van zelfregulering binnen de voedingsindustrie, de horecabranche en de scholen. Deze partijen krijgen de ruimte en het vertrouwen om op eigen wijze bij te dragen aan de realisatie van de landelijke doelstellingen. De ruimte voor gemeenten is de afgelopen jaren enigszins ingeperkt door de wijzigingen van de WCPV en de WPG, met de industrie, de horecabranche, de sportwereld en het onderwijs vindt nog steeds een dialoog plaats op basis van het uitgangspunt 'zelfregulering'.

4.3.7. *Facetbeleid en integraal beleid*

Facetbeleid en integraal beleid laten zich moeilijk indelen in één van de genoemde categorieën beleidsinstrumenten, terwijl ze wel degelijk een essentieel beleidsinstrument zijn. Het ministerie van VWS kan immers zijn beleidsdoelen niet

realiseren zonder substantiële bijdragen van andere ministeries, dus dient het ministerie actief beleid te voeren om andere ministeries bij het beleid te betrekken. Hierin heeft het ministerie de afgelopen twee decennia voor een onderwerp-gerichte aanpak gekozen, vaak in de vorm van gezamenlijke, langjarige initiatieven (Gezonde School, Groen in de Stad, Actieprogramma Gezondheid en Milieu, Grote Steden Beleid, Gezondheid op het Werk, etc.). De inspectie, het RIVM en de RVZ adviseren de minister regelmatig te komen tot een meer integrale aanpak. Preventie c.q. bevordering van de gezondheid is dan kabinetsbreed beleid, waarvoor dan ook een kabinetsbreed beleidsplan moet worden opgesteld met concrete beleidsvoornemens van alle departementen. Het bestuurlijk commitment is kabinetsbreed, alle ministers kunnen worden 'afgerekend' op hun aandeel in de resultaten.

Uit de verschillende citaten in paragraaf 4.2.4. blijkt dat zo'n 'fundamentele' aanpak niet wordt voorgestaan; niet duidelijk wordt wat hiervoor de argumenten zijn.

4.3.8. Is het landelijk overheidsbeleid effectief?

Uit het bovenstaande blijkt dat er geen eenduidig 'ja' of 'nee' antwoord op deze vraag kan worden gegeven. Indien de overheid de afgelopen twintig jaar in het geheel geen preventiebeleid zou hebben gevoerd, zou de situatie met betrekking tot overgewicht zeer waarschijnlijk ernstiger zijn geweest. Wel moet worden vastgesteld dat van de weinige kwantitatieve doelstellingen slechts één doelstelling is behaald: het percentage volwassenen dat aan de beweegnorm voldoet. Ook is een deel van de doelstelling op het gebied van overgewicht en obesitas behaald; voorzichtig kan worden geconcludeerd dat overgewicht onder volwassenen afgelopen jaren op hetzelfde niveau is gebleven. Dat geldt echter niet voor obesitas onder volwassenen en het geldt zeker niet voor de doelstellingen voor jongeren.

Ook het huidige kabinet erkent dat het beleid niet effectief is geweest (VWS, 2011c) evenals de inspectie (IGZ, 2010). Dat er mogelijkheden waren voor verdergaande maatregelen, was bij het ministerie bekend. In de nota overgewicht wordt de effectieve aanpak van Singapore genoemd, maar een vergelijkbare aanpak voor Nederland wordt niet voorgestaan. Wel worden in de WPG die per 1 januari 2012 ingaat, nadere eisen gesteld aan de inhoud van de nota's gemeentelijk gezondheidsbeleid.

De overall conclusie is dan ook dat het beleid zeker effectiever had kunnen zijn als in een vroeg stadium voor andere, meer sturende beleidsuitgangspunten en beleidsinstrumenten was gekozen en als optimaal gebruik was gemaakt van de beschikbare wetenschappelijke kennis en inzichten, zowel voor het lokaal als voor het landelijk beleid.

5. LOKAAL GEZONDHEIDSBELEID; BEELD UIT DE NOTA'S

5.1. Inleiding

In hoofdstuk 3 is een overzicht gegeven van de kennis die nodig en beschikbaar is voor het voeren van effectief beleid op het gebied van publieke gezondheid. Een belangrijke vraag is vervolgens of deze kennis ook daadwerkelijk bekend is bij en gebruikt wordt door de beleidsactoren op gemeentelijk niveau. Om die vraag te beantwoorden is gebruik gemaakt van twee onderzoeksmethoden: het screenen van nota's gemeentelijk gezondheidsbeleid (hoofdstuk 5) en het bevragen van gemeenteambtenaren in een tweetal focusgroepen (hoofdstuk 6).

Er is gekozen voor een analyse van de nota's omdat verondersteld mag worden dat het beleid van gemeenten toch voor een belangrijk deel wordt bepaald door hetgeen in de nota is geformuleerd aan acties en doelstellingen. Dan vindt immers de dialoog tussen voorbereiders en besluitvormers (college en raad) plaats, worden externe actoren geraadpleegd, worden besluiten genomen over prioriteiten, activiteiten en budget en worden beoogde resultaten beschreven. Deze veronderstelling is zorgvuldigheidshalve nog getoetst tijdens de focusgroep-bijeenkomsten en bleek valide. Het gebeurt maar zeer sporadisch dat er tijdens een collegeperiode substantiële activiteiten worden ondernomen, die niet in de nota zijn opgenomen. Helaas komt het omgekeerde vaker voor.

Er zijn eerder inventarisaties van de 'kwaliteit' van de nota's gemeentelijk gezondheidsbeleid gemaakt. In 2009 heeft GGD Nederland in opdracht van VWS een inventarisatie gemaakt (GGD Nederland, 2009) en in 2005 en 2009 heeft het bureau SGB0 in opdracht van de Inspectie voor de Volksgezondheid een dergelijke inventarisatie gemaakt (Kornalijslijper e.a., 2005; Dresen e.a., 2009), bestaande uit een analyse van nota's en een enquête. De conclusies in de Staat voor de Volksgezondheid 2005 en 2010 zijn op de rapportages van het SGB0 gebaseerd.

De in het kader van dit onderzoek uitgevoerde inventarisatie is deels overlappend en deels complementair aan de betreffende inventarisaties, omdat de focus ligt op het meten van aspecten, die relevant zijn voor de vraagstelling van dit onderzoek. Sommige van deze aspecten komen in de andere inventarisaties terug, andere niet.

Er is geen gebruik gemaakt van een enquête om tot een verdieping van de resultaten van de inventarisatie te komen vanwege de verwachting dat deze een lage respons zou opleveren, omdat SGB0 redelijk recent een enquête heeft gehouden en omdat een enquête toch onvoldoende diepgang biedt in vergelijking tot een intensieve dialoog tussen gemeenteambtenaren. In hoofdstuk 6 wordt dit feit nader geadstrueerd.

5.2. Inventarisaties door GGD Nederland en SGBO

GGD Nederland

De resultaten van de inventarisatie van GGD Nederland laten zich als volgt samenvatten:

- Alcohol, overgewicht (vooral bij jongeren), psychosociale problematiek bij ouderen, aandacht voor een lage sociaaleconomische status en integraal werken worden in veel van de onderzochte nota's (229) genoemd. Alcohol en overgewicht in bijna 100% van de nota's. Ten opzichte van 2005 is de aandacht voor roken afgenomen. Gemiddeld komen 3,9 van de 5 landelijke speerpunten in de nota terug;
- 82% van de gemeenten kiest voor een lokale nota, in een derde van de gevallen op basis van een overkoepelende regionale nota. 10% van de nota's is gekoppeld aan een WMO-nota.
- In minder dan de helft van de nota's worden prestatie-indicatoren gebruikt, in 16% van de nota's is een implementatieplan aanwezig.
- Ouderen, jeugd, mensen met een lage sociaaleconomische status en mantelzorgers en vrijwilligers worden vaak als doelgroep genoemd.
- In 49% van de nota's benoemt de gemeente dat ze regie hebben op de wettelijke taken.
- 76% van gemeenten noemt het onderwerp 'integraal beleid', vaak bestaande uit "afstemmen gezondheidsbeleid met andere beleidsterreinen", "stimuleren van een ketenaanpak" en "versterken van de regierol van gemeenten".
- De relatie tussen preventie en zorg wordt in 36% vertaald in het onderwerp 'toegankelijkheid van voorzieningen' en in 21% in het onderwerp 'overleg met huisartsen'. Afstemming met de WMO wordt in 76% genoemd.
- Het gaan gebruiken van één van de instrumenten voor integraal beleid (GES, quickscan of DBS) wordt in 15% van de nota's genoemd;

GGD Nederland destilleert de volgende aanbevelingen uit haar inventarisatie:

- a. Het verbinden van de landelijke standpunten met sturing op de wettelijke taken van de GGD;
- b. Opstellen van scherpe doelstellingen in de nota's;
- c. Vaker plan van aanpak of implementatieplan opstellen en koppelen aan nota;
- d. Beschrijven van doelstellingen op het gebied van de relatie tussen preventie, curatie en participatie;
- e. Aandacht schenken aan gezondheidsaspecten op andere beleidsterreinen;
- f. Vaker gebruiken van GES, quickscan of DBS.

De aanbevelingen onder b, c en d komen enigermate terug in de wetswijziging van de WPG, waarmee per 1 januari 2012 de verplichting bij gemeenten is neergelegd om doelstellingen, acties en beoogde effecten te beschrijven in hun nota gemeentelijk gezondheidsbeleid.

Inventarisaties SGBO

De inventarisatie van SGBO uit 2009 trekt op de meeste punten ook vergelijkingen met de inventarisatie uit 2005, vandaar dat alleen de inventarisatie uit 2009 wordt besproken. De bespreking wordt beperkt tot de onderwerpen die niet al bij de

bespreking van de inventarisatie van GGD Nederland zijn besproken, tenzij deze daar sterk van afwijken.

De scoringslijst kent 9 categorieën:

- Tijdigheid
- Wettelijke vereisten
- Consistentie nota
- Aandacht voor implementatie
- Draagvlak / betrokkenheid anderen
- Landelijke prioriteiten
- Facetbeleid
- Aandacht SEGV
- Aandacht relatie preventie - curatie

Aangezien de resultaten van de SGBO-inventarisatie al zijn benoemd bij de bespreking van het inspectierapport uit 2010, wordt nu volstaan met een zeer beknopte samenvatting:

Tabel 5.1. Beknopte samenvatting SGBO-rapport 2009.

Thema	Beknopte samenvatting
Beleidsformatie PG	Gemiddeld 0,5 fte per gemeente
Burgers betrokken	44%
Voldoet aan wettelijke eisen	64%
Interne consistentie	14% slecht, 68% matig, 17% goed
Alle landelijke speerpunten genoemd	80%
Vergelijking met vorige nota	Landelijke speerpunten vaker genoemd, andere aspecten inhoud gelijk of minder. Evaluatie, gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen en financiële dekking beter dan in vorige nota's
Aandacht voor SEGV	Door 33% genoemd als doelstelling
Preventie / curatie	10% besteedt er 'echte' aandacht aan
Voorwaarden implementatie	> 50% onvoldoende vervuld

Bron: SGBO 2009

5.3. Beeld uit de nota's

5.3.1. Achtergrondkenmerken van de nota's

De nota's lokaal gezondheidsbeleid zijn vanaf eind 2009 verzameld via de websites van gemeenten en GGD'en. Alle gemeentelijke websites zijn bezocht, waardoor het aantal gevonden nota's ook een maat is voor de toegankelijkheid van de nota's voor derden.

De database bestaat in totaal uit 265 nota's lokaal gezondheidsbeleid. Het betreft 181 eerste nota's (ongeveer 2003-2007) en 84 tweede nota's (ongeveer 2008-2011). Van de 265 nota's zijn er 247 door een gemeente geschreven en 18 door meerdere gemeenten. Van de 18 nota's die door meerdere gemeenten samen zijn opgesteld zijn er:

- 4 geschreven door 2 gemeenten
- 4 geschreven door 3 gemeenten
- 3 geschreven door 4 gemeenten
- 3 geschreven door 5 gemeenten
- 1 geschreven door 6 gemeenten
- 1 geschreven door 7 gemeenten
- 1 geschreven door 13 gemeenten
- 1 geschreven door 18 gemeenten

Hierdoor is informatie beschikbaar uit 336 van de circa 440 gemeenten, die er in die periode bestonden.

Voor wat betreft inwonersklassen is gebruik gemaakt van de 9 inwonersklassen, die worden gebruikt voor de honoraria van politieke ambtsdragers. Hierdoor ontstaat een iets gedifferentieerder beeld dan wanneer gebruik wordt gemaakt van de vijfdeling, die in de meeste bevolkingsanalyses wordt gebruikt:

Tabel 5.3. Indeling in inwonersklassen, gehanteerd in screening nota's

Klasse	Aantal inwoners
1	Minder dan 8.000
2	8.000 – 14.000
3	14.001 – 24.000
4	24.001 – 40.000
5	40.001 – 60.000
6	60.001 – 100.000
7	100.001 – 150.000
8	150.001 – 375.000
9	375.001 en hoger

Bron: CBS Statline

Van de 265 nota's hebben er:

- 12 betrekking op inwonersklasse 1
- 40 betrekking op inwonersklasse 2
- 62 betrekking op inwonersklasse 3
- 63 betrekking op inwonersklasse 4
- 35 betrekking op inwonersklasse 5
- 24 betrekking op inwonersklasse 6
- 13 betrekking op inwonersklasse 7
- 12 betrekking op inwonersklasse 8
- 4 betrekking op inwonersklasse 9

Representativiteit heeft bij de selectie van nota's niet voorop gestaan, mede omdat uit eerder onderzoek al gebleken is dat de gemeentegrootte maar één van de determinanten is voor de 'kwaliteit' van de lokale nota. Zo heeft Van Dijk (2001)

aangetoond dat diverse andere determinanten (politieke kleur, politieke stabiliteit, politieke participatie, mate van verstedelijking) ook een rol spelen. Daarnaast wordt het beeld vertroebeld door regionale nota's, die per gemeente slechts accenten krijgen en daardoor dezelfde kwaliteit hebben voor kleinere en grotere gemeenten in het werkgebied. Ook de dynamiek van gemeentelijke fusies speelt de afgelopen jaren een grote rol. Het aantal gemeenten is in het laatste decennium teruggelopen van 537 naar 418 gemeenten.

5.3.2. *Analysemodel*

Het overzicht van voorwaarden voor effectief gezondheidsbeleid in hoofdstuk 3 is de basis geweest van de screeningslijst voor de lokale nota's. Uitgangspunt daarbij is geweest dat, vanwege het 'gewicht' van de nota in het beleidsproces, relevante kennis voor het beleid in de nota is opgenomen of er expliciet naar deze kennis wordt verwezen.

Daarbij is in het algemeen (voor zover het betreffende aspect zich ervoor leende) een driedeling aangehouden:

- Het genoemd zijn van **het belang** van bepaalde aspecten;
- Een nadere **duiding** van deze aspecten;
- Een concrete **uitwerking** van het betreffende aspect.

Voor deze driedeling is gekozen omdat uit de analyse van het SGBO blijkt dat het belang van bepaalde onderwerpen wel wordt genoemd, maar dat daaraan vervolgens nauwelijks uitwerking wordt gegeven. Daarmee ontstaat een nota waar wel alles in wordt genoemd, maar die onvoldoende aangrijpingspunten voor concreet effectief beleid bevat. De discrepantie tussen 'opgenomen zijn in de nota' en 'uitgevoerd worden in de praktijk' is dan ook een belangrijk thema van de focusgroepen geweest, inclusief de mogelijke oorzaken van deze discrepantie.

Door middel van een vooranalyse van 20 nota's (die niet zijn meegenomen in de uiteindelijke analyse) is nagegaan welke items effectief gescreend konden worden. Dat heeft geleid tot het niet opnemen van enkele items in de screeningslijst, die wel op de 'lijst' stonden die op grond van hoofdstuk 3 was opgesteld. Zo heeft de screening zich voor wat betreft randvoorwaarden beperkt tot het beschikbare budget. De vooranalyse had al aan het licht gebracht dat de WMO welhaast in iedere nota werd genoemd en de mogelijkheden en belemmeringen van de zorgverzekeringswet in geen enkele. Ook regelingen op andere gebieden worden niet expliciet in de nota's benoemd, maar hoogstens inhoudelijk aangestipt door het noemen van het betreffende beleidsveld.

Datzelfde geldt voor community-developed of community-based werken. Deze begrippen komen nauwelijks in de nota's voor, evenmin als het belang van beleidsentrepreneurs en boundary-spanners worden genoemd.

Daarmee is het een 'main-stream'-analyse geworden, waarin getoetst is in hoeverre de meest voor de hand liggende aspecten in de nota's zijn genoemd. Het belang van de screening zit immers niet in de details, maar in het globale beeld dat ontstaat met betrekking tot de wijze waarop relevante kennis en processen in de nota te herkennen zijn.

Beleidsinhoud

Allereerst is van een aantal **theoretische modellen** vastgesteld of zij worden genoemd in de nota's en zo ja of ze (enigszins) worden uitgewerkt. Het gaat om het Lalonde-model, Triade-model, Gedragsdeterminantenmodel, Model Fasen Gedrags-verandering, Model Planmatige preventie en het ASE-model, die in de praktische literatuur en in praktijkpresentaties met enige regelmaat voorkomen.

Voor wat betreft **structureel** (*als tegenhanger van een projectmatige insteek*) en **integraal beleid** is nagegaan of het belang ervan wordt genoemd, of dit nader wordt uitgewerkt en zo ja of er minimaal een concreet voorbeeld hiervan wordt genoemd.

Van de volgende onderwerpen is nagegaan of het **belang ervan** wel of niet in de nota's is vermeld en in welke mate de betreffende onderwerpen zijn **uitgewerkt**:

- Een probleemanalyse
- SMART-doelstellingen
- Doelgericht gebruik van beleidsinstrumenten
- Een planmatige uitvoering (onderdelen van ten minste 2 subcategorieën van het Model Planmatige preventie)

Beleidsproces algemeen

Aangaande de ontwikkeling van de nota's is nagegaan of ze door **meerdere ambtenaren of door één ambtenaar** zijn geschreven. Voor wat betreft **betrokkenheid van andere partijen** is gekeken of vertegenwoordigers van de beleidsvelden Onderwijs, Ruimtelijke Ordening, Sport en Recreatie, Verkeer en Vervoer en Welzijn en Sociale zaken zijn betrokken bij de ontwikkeling van de nota. Hetzelfde is gedaan voor de volgende partijen: zorgaanbieders, GGD'en, patiëntenverenigingen, zorgkantoren, scholen, winkels, sportverenigingen en horeca. Wat betreft de **besluitvorming** van de nota's, is nagegaan aan wie de nota's ter beoordeling zijn voorgelegd voordat ze aan de raad zijn voorgelegd: het volledige college, meerdere wethouders of één wethouder. Dit wordt gezien als maat voor het al dan niet aanwezig zijn van college-breed bestuurlijk commitment.

Beleidsproces per fase

Van de volgende onderdelen van de **epidemiologische analyse** is nagegaan of ze terug te vinden zijn in de nota:

- Analyse van ziekte en gezondheid
- Analyse van kwaliteit van leven
- Analyse van risicofactoren
- Identificatie van risicogroepen

Betreffende de **analyse van determinanten van blootstelling aan risicofactoren**, is achterhaald of een analyse van gedragsdeterminanten en een analyse van omgevingsdeterminanten is terug te zien in de nota's.

Hoeveel **doelstellingen** er in de nota's zijn geformuleerd en hoeveel doelstellingen SMART-geformuleerd zijn, is eveneens onderzocht, evenals het beschikbare budget voor het lokaal gezondheidsbeleid.

Wat betreft de **beleids- en bestuursinstrumenten**, is gekeken of in de nota's is vermeld of er gebruik zal worden gemaakt van subsidies, verordeningen, overleg-platformen, convenanten en/of voorlichting.

Ten aanzien van de **interventiekeuze en -ontwikkeling** is onderzocht of de interventiemogelijkheden geïnventariseerd zijn, of de interventies zijn afgestemd op de determinanten, of er proefonderzoek van de interventies is gedaan en of er onderzoek naar de effectiviteit van de interventies is gedaan.

Met betrekking tot de **implementatie** is gekeken of de keuzes voor de interventiekanalen zijn onderbouwd, of intermediairs zijn overtuigd en getraind en of processen worden bewaakt en op kwaliteit worden gecontroleerd.

Tot slot is nagegaan of in de nota's is vermeld of het **effect en het proces geëvalueerd** zullen worden.

5.3.3. Resultaten

Inhoudelijke modellen

Het Lalonde-model wordt in 190 nota's vermeld (in 110 nota's expliciet en in 80 nota's impliciet). De andere modellen (Triade-model, Gedragdsdeterminantenmodel, Model Fasen Gedragsverandering, Model Planmatige preventie en het ASE-model) worden in geen enkele nota genoemd.

Belang van integraal en structureel beleid

In het merendeel van de nota's (251) is het thema 'integraal beleid' terug te zien. In 181 nota's wordt integraal beleid genoemd, maar wordt geen concreet voorbeeld gegeven, in 70 nota's wordt minimaal één concreet voorbeeld genoemd. In 59 nota's wordt minstens één concreet voorbeeld genoemd van structureel beleid. In 13 nota's wordt geen concreet voorbeeld gegeven van structureel beleid, maar wordt het wel genoemd.

Beleidsproces en betrokken partijen

- Het belang van de betrokkenheid van meerdere partijen en beleidsvelden bij de ontwikkeling van de nota wordt in 71% van de nota's genoemd, het belang van een probleemanalyse in 57% van de nota's en het belang van een planmatige uitvoering in 60% van de nota's. In 11% van de nota's wordt het belang van SMART-doelstellingen vermeld en in 12% van de nota's het belang van het gebruik van beleidsinstrumenten.
- In 218 nota's wordt niet vermeld door wie de nota is ontwikkeld, de rest is door meerdere ambtenaren (40) of door één ambtenaar (7) ontwikkeld.
- In 234 nota's is niet vermeld aan wie deze werd voorgelegd voordat de nota aan de raad werd voorgelegd. De overige nota's zijn aan het volledige college (27), meerdere wethouders (1) of aan één wethouder (3) voorgelegd.
- De beleidsvelden onderwijs (7%), ruimtelijke ordening (6%), sport en recreatie (4%) en verkeer en vervoer (3%) staan in een klein gedeelte van de nota's vermeld als beleidsveld dat betrokken is bij de ontwikkeling van de nota. Het beleidsveld welzijn en sociale zaken is in ongeveer 21% betrokken bij de ontwikkeling van de nota.
- In ongeveer 48% van de nota's is de GGD genoemd als betrokken partij bij de ontwikkeling van de nota, in ongeveer 35% zijn zorgaanbieders genoemd als betrokken partij en bij circa 22% is een patiëntenorganisatie betrokken. Zorgkantoren (6%), scholen (7%), winkels (1%) en sportverenigingen (8%) worden veel minder genoemd als betrokken partij. In geen enkele nota wordt de horeca genoemd als betrokken partij van de ontwikkeling van de nota.

Epidemiologie

In ongeveer 85% van de nota's is een analyse van ziekte en gezondheid, een analyse van risicofactoren en/of een identificatie van risicogroepen te zien. Een analyse van kwaliteit van leven komt in circa 38% van de nota's naar voren.

Een analyse van gedragsdeterminanten is in circa 70% van de nota's terug te zien, een analyse van omgevingsdeterminanten in ongeveer 48% van de nota's.

Doelstellingen

In 22 nota's is geen enkele doelstelling geformuleerd. In de rest van de nota's zijn 1 tot 48 doelstellingen geformuleerd. In 44 nota's staan SMART-geformuleerde doelstellingen.

Voor wat betreft beleidsinstrumenten worden in 112 nota's subsidies genoemd, in 7 nota's verordeningen, in 103 nota's een overlegplatform, in 26 nota's een convenant en in 180 nota's voorlichting. Andere beleidsinstrumenten (regelgeving, restrictief vergunningenbeleid) worden nauwelijks genoemd.

Consistentie en evaluatie

In 2 nota's zijn de interventiemogelijkheden bij alle interventies geïnterpreteerd en in 60 nota's bij sommige interventies. In 136 nota's zijn sommige interventies afgestemd op de determinanten en in 17 nota's zijn alle interventies afgestemd op de determinanten. Er is in 2 nota's proefonderzoek naar alle interventies gedaan en in 21 nota's naar sommige interventies. De keuze voor het interventiekanaal is in 51 nota's onderbouwd, intermediairs zijn in 33 nota's overtuigd en getraind en het proces wordt in 68 nota's bewaakt en op kwaliteit gecontroleerd. Van 97 nota's zal het effect geëvalueerd worden, van 111 nota's zal het proces geëvalueerd worden.

Randvoorwaarden

In 197 nota's is niet vermeld wat het beschikbare budget is voor lokaal gezondheidsbeleid. In de andere 68 nota's worden budgetten van € 3.000,- tot en met € 216.745,- genoemd¹².

¹² Na de screening bleek dat enkele nota's van grote gemeenten uit de 2^e periode substantiële hogere bedragen kenden. Maar aangezien deze nota's niet in hun geheel bij de analyse zijn betrokken, zijn ook deze hogere bedragen hier niet vermeld.

Verschillen tussen nota's uit eerste en tweede periode

De verschillen tussen de nota's uit de eerste en tweede periode kunnen als volgt worden samengevat.

Tabel 5.4. Vergelijking nota's eerste (2003-2007) en tweede (2007-2011) periode.

Aspect	% 1 ^e per.	% 2 ^e per.	Vershil 2 t.o.v. 1
Lalonde model	77	60	-
Structureel beleid	20	43	++
Integraal beleid	98	88	-
Belang SMART-doelstellingen	3	29	++
Geformuleerde SMART-doelstellingen	5	42	++
Doelgericht gebruik beleidsinstrumenten	9	18	+
Belang planmatige uitvoering	54	74	+
Zorgaanbieders	38	29	-
Sportverenigingen	4	16	++
Analyse ziekte en gezondheid	82	91	+
Kwaliteit van leven	34	45	+
Risicofactoren	80	91	+
Gedragsdeterminanten	64	81	+
Subsidies	38	51	+
Voorlichting	59	88	+
Inventarisatie interventiemogelijkheden	17	38	++
Interventies afgestemd op determinanten	49	77	++
Proefonderzoek	6	14	+
Onderzoek effectiviteit interventies	6	18	+
Onderbouwde keuze interventiekanaal	12	36	++
Training intermediairs	5	27	++
Procesbewaking	18	43	++
Effectevaluatie	27	58	++
Procesevaluatie	33	62	++

Hieruit blijkt dat de tweede generatie nota's in het algemeen positiever scoort dan de eerste generatie. Aspecten die iets minder worden genoemd zijn het Lalonde-model, het belang van integraal beleid en de betrokkenheid van zorgaanbieders. De (formele) eisen waaraan een beleidsproces moet voldoen, komen beduidend meer voor in de tweede generatie nota's.

Kwaliteit op bepaalde onderwerpen betekent vaak ook kwaliteit op andere onderwerpen. Dat geldt met name voor de kwaliteit van het beleidsproces, inclusief de betrokkenheid van andere partijen bij de opstelling van de nota. Als de nota's in hun geheel worden gerangschikt, ontstaat het volgende beeld:

Tabel 5.5. Verdeling nota's over totaalscore's

% items dat positief scoort / aanwezig is in de nota	Aantal nota's
0 – 25%	16
25 – 50%	193
50 – 75%	54
75 – 100%	2

5.4. Beschouwing en conclusies

Uit zowel de inventarisatie van GGD Nederland, het SGB0 als uit dit onderzoek dringt het beeld zich op van nota's waarin een aantal kernbegrippen standaard worden gebruikt (Lalonde-model, integraal beleid, landelijke speerpunten, betrokkenheid andere partijen), maar nauwelijks verder wordt uitgewerkt. Ook wordt vaak het belang van een onderwerp aangegeven (evaluatie, SMART-doelstellingen) zonder dat daarvoor concrete acties worden benoemd. De kwantitatieve analyses die door de GGD worden aangeleverd, worden in het algemeen in de nota's overgenomen, maar de causale relatie tussen deze determinanten en interventies is meestal onduidelijk. Hetzelfde geldt voor de interventies; die worden vaker genoemd dan dat wordt aangegeven hoe ze zullen worden ingezet. Het belang van evaluatie wordt in de tweede nota's vaak genoemd, maar concrete evaluaties van het beleid in de eerste periode ontbreken. Veelal wordt aangegeven dat men 'op de goede weg is'.

Afgezet tegen de onderwerpen die in hoofdstuk 3 zijn benoemd als succesfactoren voor uitvoering van effectief beleid op het gebied van publieke gezondheid moet worden geconcludeerd dat de doelstellingen van slechts een enkele lokale nota (voor zover al SMART-geformuleerd) enige kans op realisatie hebben. Het ontbreken van concrete initiatieven voor community-developed of community-based werken op grotere schaal (los van enkele projecten), het ontbreken van een 'urgentiebesef' in de meer beschouwende onderdelen van de nota's en het ontbreken van concrete initiatieven anders dan subsidies, convenanten of overlegorganen dreigen te leiden tot een substantiële kloof tussen beoogde en gerealiseerde doelstellingen voor wat betreft het beperken van overgewicht. Een vermoeden dat bevestigd wordt door de ontwikkeling van de determinanten in de periode 2005-2010. En dat wordt bevestigd in de discussie in de focusgroepen, op het moment dat die discussie gaat over de mate waarin het beoogde beleid daadwerkelijk wordt geëffectueerd.

6. LOKAAL GEZONDHEIDSBELEID; BEELD UIT FOCUSGROEPEN

6.1. Inleiding

Door bijeenkomsten in twee focusgroepen¹³ is getracht de achtergronden van de analyses van de nota's lokaal volksgezondheidsbeleid in beeld te krijgen.

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de focusgroepbijeenkomsten met gemeentelijke ambtenaren weergegeven. Tijdens de bijeenkomsten is getracht de achtergronden van de analyses van de nota's lokaal gezondheidsbeleid in beeld te krijgen. Ambtenaren uit diverse gemeenten uit de provincies Noord-Holland, Zuid-Holland en Utrecht, die betrokken zijn bij de opstelling van de nota's volksgezondheid, zijn uitgenodigd om deel te nemen aan de focusgroepen.

De bespreking in de focusgroepen is verdeeld in vier blokken. In blok 1 is achtergrondinformatie verzameld over de wijze waarop nota's lokaal gezondheidsbeleid binnen een gemeente tot stand komen. In blok 2 zijn de belangrijkste knelpunten voor effectief lokaal gezondheidsbeleid in beeld gebracht, zoals ervaren door de ambtelijk regisseurs van de nota's. In blok 3 is nagegaan of boundary-spanners en beleidsentrepreneurs een meerwaarde hebben gehad of kunnen hebben voor de opstelling of uitvoering van het lokaal gezondheidsbeleid. Tot slot is in blok 4 bekeken wat de plaats van de nota is ten opzichte van het werkelijke beleid.

Deze indeling is gemaakt op grond van de bevindingen in hoofdstuk 3 en 5 en bevat onderwerpen die wel van belang zijn voor de analyse, maar die niet bij een screening van de nota's naar voren (kunnen) komen.

Aan het begin van elk blok zijn korte vragenlijsten ingevuld door de ambtenaren, de antwoorden zijn besproken. De vragenlijsten zijn opgenomen in bijlage 6. De vier blokonderwerpen waren vooraf bekend gemaakt, inclusief de werkwijze (korte vragen schriftelijk beantwoorden, discussie aan de hand van de resultaten). De vragen zelf waren niet vooraf bekend bij de deelnemers.

Er zijn twee focusgroepen gehouden, waarbij in totaal elf ambtenaren aanwezig waren uit de volgende gemeenten: Delft, Wassenaar, Haarlem, Den Haag, Lisse, Schiedam, Westland, Leerdam, Krimpen aan den IJssel, Lansingerland en Ouder-Amstel.

De periode dat men in zijn of haar huidige functie werkzaam was, varieerde van 6 maanden tot 9 jaar, met een gemiddelde periode van 2-3 jaar.

De duur van de focusgroepen was twee uur per bijeenkomst; van de bijeenkomsten is een woordelijk verslag gemaakt.

Op grond van de resultaten van de twee focusgroepen is besloten dat het houden van meerdere focusgroepbijeenkomsten geen meerwaarde zou hebben; de mate van cohesie wordt beperkt door de grote verschillen tussen gemeenten, terwijl over de achterliggende oorzaken tijdens de beide bijeenkomsten al een grote mate van consensus bestond. Uiteraard zijn er wel veel onderwerpen genoemd, die verder

¹³ In een focusgroep wordt getracht door een aantal gestructureerde gespreksrondes (inleidende vragen, transitievragen, sleutelvragen, afsluitende vragen) binnen een homogene groep van 6-12 personen de meningen van de deelnemers uit te wisselen en herkenning te krijgen met betrekking tot de door de deelnemers gegeven antwoorden (CBO, 2004). Vragenronden kunnen ook schriftelijk zijn, zoals in dit onderzoek.

uitgediept zouden kunnen worden, maar die onderwerpen bevonden zich buiten de doelstelling voor het organiseren van de focusgroepen.

6.2. Beeld uit de focusgroepen

Blok 1. Totstandkoming van de nota's lokaal gezondheidsbeleid

In dit blok is aan de hand van zes vragen achtergrondinformatie verzameld over de wijze waarop nota's lokaal gezondheidsbeleid binnen een gemeente tot stand komen:

- Al dan niet gebruiken van een vast format
- Afspraken over samenwerking of betrokkenheid andere afdelingen bij opstelling
- Eigen database met relevante gegevens
- Plan van aanpak op schrift voor opstellen nota
- Gebruik maken van interne, procesmatige beleidsadviseurs
- Activiteitenbudget bekend op moment van opstellen nota?

Op de vraag of er een bepaald *format* wordt gebruikt bij het opstellen van beleidsnota's in de gemeente werd het volgende geantwoord:

Tabel 6.1. Verdeling antwoorden format beleidsnota.

Hanteren van format voor beleidsnota	Aantal ambtenaren
Strak format aanwezig	1
Format vaststellen in overleg met anderen	5
Vrij in bepalen format, maar wel overleg	2
Vrij in bepalen format	3

In de daaropvolgende discussie werd door sommigen opgemerkt het prettig te vinden dat met een strak format wordt gewerkt. Anderen vinden dit niet wenselijk omdat ieder beleidsterrein zijn eigen format vraagt. Een regionaal format wordt als wenselijk gezien omdat dit de mogelijkheden tot beleidsafstemming tussen aangrenzende gemeenten vergroot. In twee gemeenten wordt al gebruik gemaakt van een regionaal format en in één gemeente zal dat vanaf de volgende nota gebeuren. Anderen merken op dat gemeenten in een regio te verschillend zijn om gebruik te maken van een regionaal format.

Evaluatie van de oude nota als opmaat voor het schrijven van de nieuwe maakt in 5 van de 11 gemeenten onderdeel uit van het procesmatige format. In twee gemeenten is daar ad hoc voor gekozen. De evaluatie had veelal een beschouwend, algemeen karakter.

Een respondent gaf aan dat in de vorige periode het hebben van een nota met veel ambities voor de wethouder belangrijker was dan de zekerheid dat resultaten werden behaald, waardoor geen van de geformuleerde doelstellingen haalbaar bleken te zijn.

Met betrekking tot de vraag of er afspraken zijn binnen de gemeente over *interne samenwerking of betrokkenheid van andere afdelingen* bij het opstellen van beleidsnota's geven zeven deelnemers aan dat bij iedere nota wordt bezien of het zinvol is om ambtelijke project- of werkgroepen te vormen. Drie ambtenaren bepalen zelf wie zij bij het opstellen van de nota willen betrekken. In één gemeente

is het gebruikelijk om een ambtelijke project- of werkgroep te vormen, maar niet verplicht.

In vier (vooral kleinere) gemeenten hebben de verschillende afdelingen binnen de gemeenten veel contact met elkaar en werken ze veel met elkaar samen. Twee ambtenaren benadrukken dat er met sommige afdelingen veel wordt samengewerkt, zoals met de afdelingen samenleving, sport en jeugd, maar dat andere afdelingen moeilijk te betrekken zijn bij het gezondheidsbeleid.

Een respondent geeft aan dat in de nota weliswaar alle afdelingen worden genoemd, maar dat sommige afdelingen hier helemaal geen weet van hebben. In de nota lijkt er dus sprake te zijn van integraal beleid, terwijl dit in de praktijk niet het geval is.

Een ambtenaar zegt dat het vrij gebruikelijk is om bij andere afdelingen binnen te lopen, maar dat de link met andere afdelingen vaak pas laat wordt gelegd. Zo is de afdeling vergunningen bijvoorbeeld betrokken bij het openen van een frietkraam, maar daar denkt de ambtenaar volksgezondheid niet gelijk aan. Andersom staat de afdeling vergunningen ook niet gelijk stil bij de betrokkenheid van de afdeling volksgezondheid.

Drie gemeenten hebben een eigen *database* met relevante gegevens voor de nota lokaal gezondheidsbeleid. Twee hiervan hebben echter veel gegevens van derden nodig om een goede nota lokaal gezondheidsbeleid te schrijven. In de derde gemeente is de GGD onderdeel van de gemeente. Zeven gemeenten ontvangen alle relevante gegevens van hun GGD. Drie van deze ambtenaren gaan ook nog zelf op zoek naar gegevens in databases van derden. Het verkrijgen van relevante gegevens wordt niet als moeilijk ervaren en bestaat meestal uit een breed pakket aan informatie. Het vraaggerichte karakter zou volgens sommigen versterkt kunnen worden.

In zes gemeenten is er een *plan van aanpak* op schrift aanwezig voor het opstellen van de nota lokaal gezondheidsbeleid. In één gemeente wordt het plan van aanpak door het college vastgesteld, in drie gemeenten wordt dit door de wethouder gedaan, in één gemeente door de afdeling en een ambtenaar schrijft zelf eerst een plan van aanpak. In vijf gemeenten is geen plan van aanpak op schrift aanwezig voor het opstellen van de nota lokaal gezondheidsbeleid. Voor twee ambtenaren geldt dat tijdens het schrijven duidelijk wordt wat de beste aanpak is. Drie ambtenaren hebben een plan van aanpak paraat in hun hoofd. Van deze ambtenaren geeft er één aan dat ook tijdens het schrijven duidelijk wordt wat de beste aanpak is.

Acht ambtenaren zeggen dat het niet nodig is om gebruik te maken van *interne procesmatige beleidsadviseurs* bij het schrijven van beleidsnota's, omdat iedere beleidsmedewerker wordt geacht een beleidsnota te kunnen schrijven. Een ambtenaar geeft aan dat er een beroep kan worden gedaan op een beleidsadviseur als dat nodig is. In een gemeente wordt geen gebruik gemaakt van zulke adviseurs, maar dit zou de ambtenaar wel handig vinden.

In negen gemeenten is er een *vast budget* beschikbaar voor de gehele beleidsperiode van een lokaal gezondheidsbeleid. In zes gemeenten is het budget expliciet opgenomen in de meerjarenbegroting en in twee gemeenten is het een

onderdeel van het meerjarensubsidiebudget. In een gemeente is de hoogte niet benoemd, maar is er binnen het afdelingsbudget binnen de meerjarenbegroting ruimte voor. In een gemeente is er geen vast budget beschikbaar, maar de ambtenaar kan er op vertrouwen dat er jaarlijks wel een adequaat budget beschikbaar komt. In een gemeente is het ieder jaar weer afwachten wat er voor budget beschikbaar is.

In een gemeente waarin het budget expliciet is opgenomen in de meerjarenbegroting, blijkt de periode van het budget tijdens de laatste begroting niet overeen te komen met de periode van de nota. Dit betekent dat er minder budget beschikbaar is voor het lokale gezondheidsbeleid.

Kort samengevat verschilt de totstandkoming van de nota's lokaal gezondheidsbeleid per gemeente aanzienlijk. In sommige gemeenten wordt bijvoorbeeld met anderen overlegd over het format, terwijl ambtenaren in andere gemeenten helemaal vrij zijn om het format te bepalen. Betrokkenheid van andere afdelingen wisselt sterk. Ook is in sommige gemeenten wel en in andere gemeenten niet een plan van aanpak op schrift aanwezig voor het opstellen van de nota. Tot slot wordt in een aantal gemeenten expliciet benoemd wat het beschikbare budget is voor de gehele beleidsperiode van het lokale gezondheidsbeleid en is in een aantal gemeenten niet bekend wat de hoogte van het budget is.

Blok 2. De belangrijkste knelpunten voor effectief lokaal gezondheidsbeleid

In blok 2 is aan de ambtenaren gevraagd om een top 3 te maken van knelpunten voor effectief lokaal gezondheidsbeleid op basis van hun eigen opvatting. Vervolgens is aan hen gevraagd om opnieuw een top 3 van knelpunten te maken, maar dan aan de hand van een lijst met 22 mogelijke knelpunten voor effectief lokaal gezondheidsbeleid. Deze 22 knelpunten zijn verdeeld in vijf categorieën:

- Landelijk beleid van overheid en zorgverzekeraars;
- Bereidheid van externe partijen op lokaal en regionaal niveau;
- Bestuurlijk commitment van het college en een college-brede aanpak;
- Ambtelijke en projectmatige samenwerking binnen de gemeente;
- Persoonlijke competenties, ambities en mogelijkheden.

In het gesprek naar aanleiding van de ingevulde vragenlijsten is bewust aandacht besteed aan het item 'locus of control'. De resultaten van de bevraging kunnen immers gekleurd worden door de mate waarin de ambtenaren een 'interne' of 'externe' locus of control hebben en daarmee verschillen in de mate waarin ze de oorzaak van gebeurtenissen en de mogelijkheden om de situatie te veranderen, bij zichzelf of juist bij anderen leggen (Lefcourt, 1991). Dit is gebeurd in de vorm van het op gang brengen van gesprekken tussen de deelnemers over de mogelijkheden die men ervaart om de situatie en de daarin gesignaleerde knelpunten te wijzigen.

Op de lijstjes die zijn ingevuld zonder checklist komen 'te weinig tijd', 'te weinig aandacht' en 'te weinig steun vanuit de organisatie' een aantal keren voor. De lijstjes op basis van de aangereikte categorieën kennen een breder spectrum aan knelpunten, maar desondanks zijn er enkele onderwerpen die ook dan vaak worden genoemd.

Knelpunten in de categorie *'bestuurlijk commitment van het college en een college-brede aanpak'* zijn het meest genoemd door de ambtenaren. Bij zes ambtenaren staat deze categorie op de 1^e plek van hun top-3, bij vijf ambtenaren op de 2^e en bij drie ambtenaren op de 3^e. De ambtenaren geven tevens aan dat er te weinig budget beschikbaar is voor lokaal gezondheidsbeleid, dat een integrale visie op gemeentelijk niveau en adequate financiering in het gemeentefonds ontbreken en dat het onderwerp publieke gezondheid onvoldoende terugkomt in het collegeprogramma.

In één gemeente is het budget gehalveerd, waardoor het gewenste preventiebeleid niet naar behoren kan worden uitgevoerd. In een andere gemeente staat volksgezondheid in het college onderaan de prioriteitenlijst. Een reden hiervoor is dat het erg lastig is om te laten zien wat gezondheidsbeleid oplevert. Een deelnemer geeft aan dat in zijn gemeente het invoeren van beleidsgestuurde contractfinanciering heeft gezorgd voor meer commitment van het college. In een gemeente is er op dit moment een zeer bevlogen wethouder volksgezondheid, die heel veel punten op de agenda probeert te krijgen.

Knelpunten in de categorie *'persoonlijke competenties, ambities en mogelijkheden'* zijn zeven keer genoemd. Ambtenaren benadrukken dat ze te weinig tijd hebben voor lokaal gezondheidsbeleid en dat ze niet in de goede positie zitten om integraal beleid te bevorderen. Een ambtenaar beschouwt de eigen kennis met betrekking tot het beleidsproces als onvoldoende.

Meerdere deelnemers vinden het lastig om te bepalen wat hun rol en wat de *rol van de gemeente* in het beleid is. Een ambtenaar zegt erg zoekende te zijn naar zijn rol, bijvoorbeeld als het gaat om depressiepreventie. Een respondent is dan officieel 'regisseur' van het beleid, maar dat is binnen de mogelijkheden die er zijn geen eenvoudige rol.

Drie respondenten zien het te weinig tijd hebben voor gezondheidsbeleid als hun belangrijkste knelpunt. Een ambtenaar stelt dat gezondheid eigenlijk alles raakt en dat je als ambtenaar moet oppassen dat je niet overal bij betrokken bent. Wanneer je overal bij betrokken bent, kom je niet aan de belangrijkste dingen toe. In overleg met de wethouder worden dan ook prioriteiten gesteld.

Betreffende de categorie *'landelijk beleid van overheid en zorgverzekeraars'* merken de ambtenaren op dat er geen adequate wetgeving op het gebied van preventie en zorg en geen adequate wetgeving voor gezondheidseffecten van overig beleid is. Ook geven ze aan dat integraal beleid op landelijk niveau en een landelijke visie en beleid bij zorgverzekeraars ontbreken.

Deelnemers benadrukken dat het door de bezuinigingen op het gemeentefonds voor gemeenten moeilijker wordt om bepaald beleid te voeren. Gemeenten willen investeren in gezondheidsbeleid, maar dit is door de vele bezuinigingen erg lastig te realiseren. Veel projecten lijden onder de vele bezuinigingen.

Aangaande de *'bereidheid van externe partijen op lokaal en regionaal niveau'* komt de samenwerking met externe partijen volgens drie deelnemers onvoldoende uit de verf. Hoewel de andere acht ambtenaren knelpunten in deze categorie niet in hun top-3 hebben staan, vindt een aantal van hen de samenwerking met externe partijen ook erg lastig. Een ambtenaar geeft aan dat het bijvoorbeeld erg moeilijk is om huisartsen en scholen enthousiast te maken. Scholen benadrukken dat ze een vol curriculum hebben en al zo veel doen. Een andere ambtenaar zegt wel

toenadering te zoeken tot externe partijen, maar deze haken vaak binnen de kortste keren af. Wanneer dat gebeurt, maakt de gemeente eigenlijk nooit echt een vuist. Een ambtenaar zegt dat de samenwerking met externe partijen wel loopt zodra je iets aanbiedt. Wanneer dit niet gebeurt en je probeert samen te werken in de zin van 'we gaan allemaal voor een doel, ik doe een beetje, jij doet een beetje', dan verloopt de samenwerking een stuk lastiger. Een andere ambtenaar benadrukt juist dat vraaggericht te werk gaan tot meer bereidheid leidt dan simpelweg iets aanbieden. Scholen zijn bijvoorbeeld al met heel veel onderwerpen bezig en zitten niet op nieuwe projecten te wachten. Door hen te vragen wat ze al doen, wat de gemeente ze extra kan bieden en hoe de gemeente hen kan faciliteren kan de gemeente veel beter aansluiting vinden bij hen. Ook wordt benadrukt dat een project pas van start kan gaan als er voldoende draagvlak voor is. Een ambtenaar probeert samen te werken met externe partijen door in te spelen op de maatschappelijke rol die ze hebben.

In enkele gemeenten zijn er goede contacten met externe partijen. In een gemeente zoeken de scholen bijvoorbeeld wel toenadering tot de gemeente. Een ambtenaar benadrukt dat de grondhouding van externe partijen goed is, maar dat vervolgstappen vaak uitblijven. Een deelnemer geeft aan dat er veel bereidwilligheid is van externe partijen, maar dat de mate ervan wel verschilt per onderwerp. Wanneer bijvoorbeeld aan winkeleigenaren wordt gevraagd hoe het voorkomen van alcoholverkoop aan jongeren onder 16 jaar verloopt, zeggen sommigen dat het geen probleem is bij hen. Maar de praktijk wijst uit dat het wel een probleem is, het wordt echter niet als zodanig erkend. Andere winkels zijn wel bereid om samen te werken met de gemeente. Zo is in een gemeente een cursus aangeboden aan het personeel van supermarkten over de verkoop van alcohol. Verschillende supermarkten (niet alle) hebben gebruik gemaakt van deze cursus.

Met betrekking tot de categorie *'ambtelijke en projectmatige samenwerking binnen de gemeente'* wordt verklaard dat de samenwerking binnen de gemeente onvoldoende uit de verf komt en dat er onvoldoende kennis van het beleidsproces en de beleidsinhoud bij anderen binnen de gemeente aanwezig is.

Gesteld wordt dat er een enigszins negatief imago kleeft aan het onderwerp volksgezondheid. Wanneer een ambtenaar bijvoorbeeld aangeeft vanuit gezondheidsperspectief niet zo blij te zijn met de vestiging van een nieuwe McDonald's, wordt hierop door andere afdelingen veel kritiek geuit. In een andere gemeente werd een negatief advies over de komst van een nieuwe gokhal bij voorbaat al niet op prijs gesteld.

Tot slot stelt een deelnemer dat er een knelpunt mist op de lijst van 22 mogelijke knelpunten, namelijk hoe je meet of je iets hebt bereikt. Voor deze ambtenaar is dat het grootste knelpunt. Ook andere ambtenaren vinden dit lastig, omdat nooit vastgesteld kan worden dat een daling of stijging komt door het gevoerde beleid.

Samengevat zijn verreweg de meest genoemde knelpunten genoemd in de categorie 'bestuurlijk commitment van het college en een college-brede aanpak'. Ambtenaren geven aan dat er te weinig budget beschikbaar is voor lokaal gezondheidsbeleid en dat het gezondheidsbeleid onvoldoende terugkomt in het collegeprogramma. Verder zijn veel knelpunten in de categorie 'persoonlijke competenties, ambities en mogelijkheden' in de top-3 van ambtenaren genoemd. Ambtenaren zitten niet in de goede positie om integraal beleid te bevorderen en hebben te weinig tijd voor lokaal gezondheidsbeleid.

Blok 3. Boundary-spanners en beleidsentrepreneurs

In dit blok is nagegaan of innovatieve personen met overtuigingskracht een meerwaarde hebben gehad of kunnen hebben voor de opstelling of uitvoering van het lokale gezondheidsbeleid en de daarvoor benodigde netwerken. Aan de deelnemers is gevraagd of zij dergelijke personen kennen en zo ja, welke rol zij hebben gespeeld in het lokale gezondheidsbeleid in de afgelopen jaren. Tot slot is gevraagd of ambtenaren een meerwaarde zien voor boundary-spanners en beleidsentrepreneurs in het lokale gezondheidsbeleid.

Zeven ambtenaren kennen dergelijke personen. Op de vraag wie deze personen zijn, noemt een ambtenaar de wethouder volksgezondheid en de wethouder sport, een andere noemt een fysiotherapeut en de directeur van een basisschool. Verder worden collega's, een huisarts, zorgaanbieders, een medewerker van de GGD en dokter Van der Lely van de alcoholpolikliniek in Delft genoemd. Een deelnemer ziet zichzelf als boundary-spanner. Van de vier ambtenaren die geen boundary-spanners of beleidsentrepreneurs kennen, geeft een ambtenaar aan te kort in dienst te zijn om een dergelijk persoon te kennen.

Eén van de zeven ambtenaren die wel beleidsentrepreneurs of boundary-spanners kennen, zegt dat nog niet te meten is of zij ook daadwerkelijk een rol hebben gespeeld in het lokale gezondheidsbeleid. De andere zes ambtenaren die dergelijke personen kennen, stellen dat deze personen wel degelijk een rol hebben gespeeld in het lokale gezondheidsbeleid in de afgelopen jaren. Ze zijn informatief, denken 'out of the box', schudden mensen wakker, zoeken creatieve verbindingen met andere partijen en maken mensen enthousiast. Ook kunnen zij een rol spelen bij het herkennen van problemen. Een ambtenaar stelt dat het vaak even duurt voordat iets daadwerkelijk als een probleem wordt gezien.

Een andere ambtenaar geeft aan dat beleidsentrepreneurs en boundary-spanners anderen in beweging brengen. Deze ambtenaar ziet een collega als boundary-spanner en vindt het heel veel energie geven als iemand nou eens niet zucht en steunt en kreunt van 'ik weet het niet', maar in plaats daarvan zegt: 'Ik heb nou toch een idee!' Dat is volgens de ambtenaar niet schokkend, maar het brengt je wel in beweging.

Het lukt ambtenaren niet altijd om beleidsentrepreneurs of boundary-spanners gericht in te zetten bij bepaalde projecten. In één gemeente is bijvoorbeeld geprobeerd om via een medewerker van een middelbare school die relatief veel doet aan anti-alcoholbeleid, andere scholen te informeren en er bij te betrekken. Deze medewerker was heel enthousiast en wilde graag presenteren op andere scholen om ze te informeren over het anti-alcoholbeleid, maar haar manager stemde hier niet mee in. De ambtenaar vindt dit heel jammer, ook omdat het voor andere scholen heel anders is om informatie te krijgen van andere scholen dan van de gemeente.

In een andere gemeente is in een huisartsenpraktijk gezocht naar iemand die als beleidsentrepreneur ingezet kan worden. Het is een grote praktijk, met veel medewerkers die graag willen meewerken, maar het is niet gelukt om een persoon te vinden die er voor gaat staan en de rest van de medewerkers meetrekt als dat nodig is.

Een ambtenaar benadrukt dat het een valkuil kan zijn als je steeds dezelfde personen om hulp vraagt voor projecten, omdat die personen op een gegeven

moment voor alles worden gevraagd. Als ambtenaar moet je ook op zoek gaan naar nieuwe personen, het is echter lastig om ze te vinden.

Een ambtenaar ziet geen meerwaarde voor beleidsentrepreneurs in het lokale gezondheidsbeleid. Deze ambtenaar ziet liever niet steeds vernieuwingen, maar waarborgt liever goede elementen van het beleid om daarop voort te bouwen. Er bestaat volgens deze deelnemer ook een risico dat er steeds weer iets nieuws wordt ontwikkeld, wat uiteindelijk niet beklijft. Andere ambtenaren stellen juist dat er een balans moet zijn tussen bestaande en nieuwe elementen. Een ambtenaar geeft aan dat je wel bestaande aspecten kunt bewaren, maar als er op een gegeven moment iets nieuws is ontwikkeld waarvan je weet dat het goed werkt, zul je moeten innoveren.

De overige deelnemers zien wel een meerwaarde voor beleidsentrepreneurs en boundary-spanners in het beleid. Meerdere ambtenaren noemen het enthousiasmeren van mensen een belangrijke kwaliteit. Daarnaast wordt genoemd dat ze grensoverschrijdend zijn, zorgen voor bewustwording bij anderen, flink tegengas kunnen bieden en bereid zijn een stapje extra te doen. Ook wordt gesteld dat boundary-spanners erg belangrijk kunnen zijn bij het doorvoeren van vernieuwingen en dat ze kunnen helpen om de samenwerking met bepaalde partijen te bevorderen.

Een ambtenaar stelt dat je personen nodig hebt die innovatief zijn, naast personen die andere kwaliteiten bezitten zoals planners, doeners, analisten etc.. Verder geeft de ontwikkeling van nieuwe ideeën voor het oplossen van bestaande problemen energie aan anderen. Volgens een andere ambtenaar komt er zonder boundary-spanners niets van uitvoering van de grond.

Een ambtenaar denkt dat boundary-spanners zeker een meerwaarde kunnen hebben in het beleid, maar het is wel lastig om vervolgens de bijdrage van die ene persoon te borgen. Tot slot stelt een ambtenaar dat beleidsentrepreneurs en boundary-spanners wel een meerwaarde hebben, maar dat zij geen voorwaarde zijn voor de ontwikkeling van het lokale gezondheidsbeleid.

Samenvattend kennen de meeste ambtenaren een of meerdere beleidsentrepreneurs of boundary-spanners in hun gemeente. Er wordt veel belang gehecht aan dergelijke personen. Tien van de elf ambtenaren zien dan ook een meerwaarde voor hen in het lokale gezondheidsbeleid.

Blok 4. De plaats van de nota ten opzichte van werkelijk beleid

In het laatste blok is gekeken naar de relatie tussen de nota lokaal gezondheidsbeleid en het daadwerkelijke gezondheidsbeleid in de betreffende beleidsperiode. Dit is gedaan met behulp van vier stellingen die de deelnemers hebben beantwoord met een van de volgende vijf antwoordmogelijkheden: helemaal mee oneens, mee oneens, neutraal, mee eens of helemaal mee eens. De vier stellingen luiden als volgt:

1. Als mogelijkheden voor bevordering voor de gezondheid van onze burgers zich voordoen, grijpen wij deze mogelijkheden, ongeacht of ze in de nota zijn opgenomen.
2. We richten ons in de nota op 'laaghangend fruit' en zijn meestal in staat deze mogelijkheden ook in de praktijk uit te voeren.
3. We werken de nota planmatig af en uit.
4. Aan het eind van een beleidsperiode blijkt of zal blijken dat we de nota maar voor een beperkt deel hebben kunnen waarmaken.

“Als mogelijkheden voor bevordering voor de gezondheid van onze burgers zich voordoen, grijpen wij deze mogelijkheden, ongeacht of ze in de nota zijn opgenomen.”

De eerste stelling heeft niet tot veel discussie geleid. Een meerderheid van de ambtenaren (acht) is het eens met deze stelling, twee ambtenaren zijn het helemaal eens met de stelling en een ambtenaar heeft neutraal geantwoord.

“We richten ons in de nota op ‘laaghangend fruit’ en zijn meestal in staat deze mogelijkheden ook in de praktijk uit te voeren.”

Vijf ambtenaren zijn het eens met de tweede stelling tegenover drie ambtenaren die het oneens zijn met de stelling. Drie ambtenaren hebben ‘neutraal’ als antwoord gekozen.

De deelnemers die het eens zijn met deze stelling, benadrukken dat het zinloos is om doelstellingen op te nemen in de nota die bij voorbaat al niet haalbaar lijken te zijn. De ambtenaren die het niet eens zijn met de stelling, zeggen dat niet goed is om je alleen maar te richten op doelen die vrij zeker behaald zullen worden, maar dat men zich ook moet richten op doelen die een stuk lastiger te behalen zijn.

“We werken de nota planmatig af en uit”

De meeste meningen zijn neutraal tot licht oneens. Twee deelnemers zijn het er mee eens. Degenen die de nota planmatig uitwerken, zijn ook degenen die jaarlijks een rapportage dienen te verzorgen over de voortgang van de uitvoering van de nota. Benadrukt wordt dat planmatig werken bemoeilijkt wordt door wijzigingen in de loop van het traject. Zo zijn in een gemeente in de nota de budgetten al voor vier jaar benoemd. Uiteindelijk blijkt elk jaar dat het budget niet opgaat. Subsidies worden bijvoorbeeld teruggestort als blijkt dat projecten niet door kunnen gaan door een tekort aan deelnemers. Vaak wordt dit pas bekend als het jaar al voorbij is en dan kan het geld niet meer besteed worden.

Prioriteiten uit de nota zijn voor veel gemeenten bepalend, waardoor activiteiten niet kunnen worden opgepakt als ze niet binnen de thema's van de nota vallen. Er staat bijvoorbeeld niets over roken in de nota en daar wordt dan ook niets aan gedaan.

Hoe de nota wordt uitgewerkt hangt ook af van externe partners en de samenwerking met andere afdelingen. In de ene gemeente is de uitwerking van de nota heel erg geconcentreerd op de eigen afdeling, in een andere gemeente hecht de wethouder juist veel waarde aan samenwerking met andere afdelingen. Voordat deze wethouder volksgezondheid in zijn portefeuille had, was hij verantwoordelijk voor wijkontwikkeling en ruimtelijke ordening en hij hecht nog steeds veel belang aan deze onderwerpen.

“Aan het eind van een beleidsperiode blijkt of zal blijken dat we de nota maar voor een beperkt deel hebben kunnen waarmaken.”

De meningen over de vierde stellingen zijn sterk verdeeld. Ten eerste is het lastig om te bepalen of de nota effect heeft gehad. Veel effecten zijn niet zichtbaar en moeilijk te meten. De relatie tussen beleid en effect kan niet worden vastgesteld. Een ambtenaar geeft aan dat ‘het oog groter is dan de maag’. De nota is te uitgebreid, waardoor het onmogelijk is om alle doelstellingen en activiteiten die in de nota beschreven staan, te realiseren.

In een gemeente wordt de nota als een soort leidraad gebruikt. Bij de evaluatie van de nota wordt gekeken naar wat er al is bereikt, wat er op dit moment gedaan wordt en wat er nog moet gebeuren. Op die manier wordt geprobeerd om nog niet behaalde doelstellingen alsnog te behalen.

In een andere gemeente wordt per jaar in de programmabegroting aangegeven wat men wil bereiken en wat men daarvoor wil doen. Aan het eind van het jaar wordt aangegeven wat men wilde bereiken en wat er allemaal is gedaan om dat te bereiken. Dat is de verantwoording aan de raad en dat wordt gebaseerd op het plan dat destijds is ingevoerd.

Tot slot wordt gesteld dat de wisseling van ambtenaren en wethouders het voeren van beleid erg lastig maakt, ook voor uitvoeringsorganisaties. Ook zit er veel druk achter het beleid. Het college wil graag resultaten zien, terwijl heel veel effecten niet binnen vier jaar vast te stellen zijn. Volgens een ambtenaar zou de portefeuille volksgezondheid dan ook onder de verantwoordelijkheid van de burgemeester moeten vallen. Deze zit vaak langer dan vier jaar, wat zorgt voor minder druk.

6.3. Beschouwing en conclusies

Bespreking in focusgroepen geeft een goed beeld van de praktijk van alledag in een gemiddelde Nederlandse gemeente. Er zijn verschillen, maar opvallender zijn de overeenkomsten, namelijk dat in het algemeen aan het einde van de vierjaarsperiode blijkt dat niet alle activiteiten zijn uitgevoerd. De ambtenaren volksgezondheid als ambtelijk regisseur beschikken maar in beperkte mate over de instrumenten die nodig zijn voor effectieve uitvoering, zijn sterk afhankelijk van andere afdelingen of externe partijen, kunnen weinig tijd aan de nota besteden en – volgens de meeste deelnemers nummer 1 op de knelpuntenlijst – bevinden zich in een omgeving waarin niemand zich echt druk maakt of alle doelstellingen van de nota lokaal gezondheidsbeleid worden gerealiseerd. Bestuurlijk, college-breed commitment ontbreekt, waardoor met name facetbeleid maar sporadisch tot stand komt en afhankelijk is van de persoonlijke contacten met medewerkers van andere afdelingen en hun bereidheid om aan de uitvoering mee te werken.

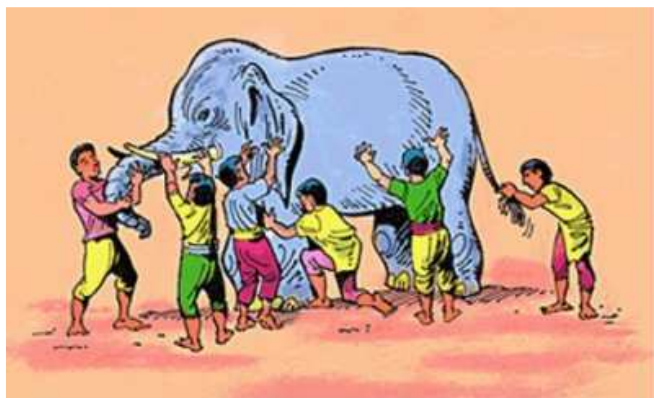
Opvallend is dat het ontbreken van landelijke kaders niet als knellend wordt ervaren, met uitzondering van de bezuinigingen op het gemeentefonds die vaak onevenredig veel bij zachte sectoren als welzijn en zorg terecht komen.

De overall conclusie is dat een beoordeling van de nota's een onvolledig beeld geeft van het uiteindelijk uitgevoerde beleid op het gebied van lokaal gezondheidsbeleid. Diverse nota's die in hoofdstuk 5 goed scoorden, bleken in de praktijk nauwelijks uitgevoerd te worden. Uitvoering van beleid wordt voor een belangrijk deel bepaald door de context waarin het beleid uitgevoerd moet worden en de bereidheid van anderen om energie te steken in deze uitvoering.

7. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

7.1. Inleiding

In het algemeen geldt dat de complexiteit van en de veelheid aan interdependenties en samenhangen binnen het domein publieke gezondheid het moeilijk maken eenduidige conclusies te trekken. Het is beleid dat in de praktijk incrementeel tot stand komt en niet voldoet aan de eisen die het rationele beleidsmodel aan het voeren van effectief beleid stelt. De complexiteit zorgt ook voor een analogie met de parabel van de olifant en de zes blinden (vrij naar Mintzberg, Ahlstrand & Lampel, 2005). Afhankelijk van de wijze waarop tegen het onderwerp wordt aangekeken, verandert de perceptie van het geheel. Vanuit de ene invalshoek wordt het ontbreken van kennis als het belangrijkste probleem gezien, vanuit een andere invalshoek het ontbreken van bestuurlijk commitment op landelijk en lokaal niveau, vanuit een derde invalshoek wordt de onmogelijkheid om de doelgroep adequaat aan te spreken als een belangrijk item gezien, een vierde invalshoek leidt tot de conclusie dat we simpelweg niet over de evidence-based instrumenten beschikken om de doelgroep in een dermate gedragsfase te brengen dat verandering plaatsvindt, terwijl ook het vraagstuk van implementatie vaak als een essentiële drempel wordt genoemd.



Vanuit deze algemene noties worden onderstaand de onderzoeksvragen beantwoord.

7.2. Is effectief beleid op het gebied van publieke gezondheid mogelijk?

Ja, effectief beleid is mogelijk. In hoofdstuk 3 zijn enkele best practices weergegeven, waarin als gevolg van een intensief, integraal beleid overgewicht is teruggedrongen.

Weliswaar moet daarbij de kanttekening worden gemaakt dat veelal sprake was van projectmatig beleid, waardoor in dergelijke gevallen de vraag blijft of hetzelfde beleid, maar dan op structurele wijze langjarig uitgevoerd, tot blijvende effecten zal leiden. Daarnaast kan niet zonder meer worden gesteld dat effectief beleid altijd en

overal mogelijk is. Zo lijkt het op lokaal niveau vooral mogelijk in situaties die zich als 'community' laten definiëren. Daarnaast lijkt het voor een deel cultuurbepaald hoe mensen reageren op impulsen en initiatieven van de overheid.

Maar de best practices bieden in ieder geval goede handvatten voor een versterking van het beleid op het gebied van publieke gezondheid.

7.3. Aan welke voorwaarden moet worden voldaan?

Uit de parabel van de 'olifant en de 6 blinden' wordt al duidelijk dat aan verschillende soorten voorwaarden moet worden voldaan. In de literatuur komen ook diverse 'rijtjes' voor, die ieder een deel van de voorwaarden beschrijven (proces, inhoud, implementatie, samenwerken, integraal beleid, community-aanpak, randvoorwaarden, etc.). In hoofdstuk 3 zijn deze geordend. Vanwege de leesbaarheid worden ze hier niet herhaald.

Eén 'simpele' theorie lijkt echter te prevaleren, namelijk de Stromentheorie van Kingdon (zie paragraaf 3.3.6.). Beleid komt tot stand als het 'urgentiebesef' echt wordt ervaren (probleemstroom), als er oplossingsrichtingen zichtbaar zijn (oplossingsstroom) en als de tijd er rijp voor is (politieke stroom).

Als er een breed gedragen 'urgentiebesef' is, oplossingsrichtingen voorhanden zijn en 'voldaan wordt' aan de derde stroom (blijkend uit maatschappelijk en politiek draagvlak) ontstaat volgens de Stromentheorie een Window of Opportunity voor het opstellen en uitvoeren van effectief beleid. Hartslag Limburg is een voorbeeld op lokaal niveau, waarin zo'n Window of Opportunity zich voordeed en een beleidsentrepreneur aanwezig was om hiervan gebruik te maken.

Dit belang van de stromentheorie neemt niet weg dat uiteraard ook planmatig moet worden gewerkt, evidence-based interventies aanwezig dienen te zijn, een zekere vorm van een beleidscyclus zorgvuldig moet worden doorlopen, een landelijke kennisinfrastructuur adequaat moet functioneren en social marketing moet worden ingezet.

Het inzetten van beleidsentrepreneurs en boundary-spanners moet onderdeel zijn van de planvorming. Gericht moet worden gezocht naar personen die deze rollen kunnen vervullen. Een beleidsentrepreneur hoeft niet per se de vigerende wethouder te zijn; ook een wethouder met een andere portefeuille of een burgemeester kan het initiatief nemen tot het agenderen van een integraal volksgezondheidsbeleid, evenals een raadslid of een betrokkene bij een lokale maatschappelijke organisatie. Succesvolle initiatieven van andere organisaties (bijvoorbeeld scholen, sportverenigingen) kunnen een impuls geven aan gemeentelijk beleid op het gebied van publieke gezondheid, beginnend met het faciliteren van het betreffende initiatief. Ook op die manier kan het beleidsentrepreneurschap door personen binnen deze organisaties worden ingevuld.

Boundary-spanners hebben ruimte nodig. Een te strikt gereguleerd netwerkinitiatief biedt die ruimte niet; de gemeente moet terughoudend omgaan met haar traditionele sturingsmechanismen en een 'hub' vormen in het lokale netwerk. Daarbinnen kunnen boundary-spanners hun werk optimaal verrichten.

Ten behoeve van een adequate implementatie dient de juiste kennis op het juiste moment aan beleidsactoren te worden aangeboden. In de besproken best

practices zijn hiervan voorbeelden te vinden, in hoofdstuk 3 zijn de voorwaarden geordend.

Kernbegrippen van beleid zijn 'integraal beleid' en een 'community-developed of community-based'- aanpak, resulterend in een mix en interactie van bottom-up en top-down activiteiten. Een thematische aanpak kan effectief zijn, mits ingebed in een community-aanpak, waarin ook ruimte is voor andere 'gezondheidsinitiatieven'. De thema's die belangrijk zijn voor de doelgroep hebben immers de meeste kans om gerealiseerd te worden.

Overigens lijkt een door alle partijen gedeeld urgentiebesef geen absolute voorwaarde te zijn voor effectief beleid. Vooral in de setting 'school' zijn projecten opgezet (Epode, Overvecht, Lekker Fit, Gezonde School) die effectief blijken te zijn, maar waarbij er geen sprake was van een gedeeld urgentiebesef bij alle betrokkenen. Maar door een gerichte aanpak hebben (afhankelijk van het project) schooldirecties en leerkrachten, ouders, sportverenigingen, winkeliers of horeca bijgedragen in brede projecten. De afweging om mee te doen kan ook op andere argumenten dan een sterk urgentiebesef tot stand komen. In dergelijke gevallen is pleitbezorging essentieel.

7.4. In hoeverre is het beleid effectief?

Landelijk beleid

Het landelijke beleid bestaat uit drie onderdelen:

1. bevordering van de kwaliteit en effectiviteit van het lokale beleid;
2. eigen beleid van het ministerie van VWS;
3. facetbeleid dan wel integraal beleid op landelijk niveau.

Ten aanzien van alle drie de onderdelen wordt in hoofdstuk 4 de conclusie getrokken dat het beleid niet wordt uitgevoerd, zoals het wordt beoogd.

In het begin van de negentiger jaren wordt er al een beoogd beeld van het *lokale beleid* geschetst (zie paragraaf 4.2.3.), dat in 2011 nog niet bereikt is. Door uitgebreide facilitering van het lokale beleid en door aanscherping van regelgeving is en wordt getracht de effectiviteit van lokaal beleid te verbeteren. Maar zowel uit de 'eigen' documenten van de overheid als uit de rapporten van de inspectie en adviescommissies blijkt dat die inspanningen (nog) niet het gewenste resultaat hebben gehad.

Eigen beleid van het ministerie is evenmin in substantiële vorm tot stand gekomen, alhoewel er de laatste jaren sprake is van een versterking van de inzet, bijvoorbeeld door het Convenant Overgewicht en het deelconvenant Jongeren op Gezond Gewicht.

Van *facetbeleid* worden in de diverse stukken van het kabinet met name projectmatige voorbeelden genoemd en activiteiten gericht op een Gezondheid Effect Screening. Maar zoals minister Borst opmerkt: *"Ik zal proberen ze daarvoor enthousiast te krijgen – veel andere middelen heb ik niet, maar dit kan soms een uitstekend middel zijn – voor het gezamenlijk daaraan werken"*. Integraal landelijk beleid op het gebied van overgewicht komt dan ook niet tot stand. Dat integraal beleid wel mogelijk is, bewijst de aanpak van alcoholmisbruik, waarin 12 departementen bijdragen.

De inspanningen die de verschillende kabinetten zich getroosten om het beleid te verbeteren, variëren sterk. Het kabinet Balkenende IV heeft zich sterk gemaakt

voor een versterkte sturing op het lokale beleid, onder andere door de wijziging in de Wet Publieke Gezondheid, terwijl het huidige kabinet een terughoudender beleid voert, zoals blijkt uit de kabinetsnota 'Gezondheid Dichtbij (2011)': *“De overheid en professionals kunnen niet voor alle problemen een oplossing bieden. Daarvoor hebben we de financiële middelen en menskracht niet, maar belangrijker is dat we dat ook niet willen.”*

Lokaal beleid

Ten aanzien van het geaggregeerde lokale beleid blijkt zowel uit de rapporten van de inspectie als uit de in hoofdstuk 5 genoemde inventarisaties en de resultaten van de focusgroepen in hoofdstuk 6 dat zowel de kwaliteit van de lokale nota's sterk kan verbeteren en dat de kloof tussen beleidstheorie en beleidspraktijk in de meeste gemeenten nog aanzienlijk is.

Vanuit de *uitvoering van het beleid* gezien is daarom de conclusie al te rechtvaardigen dat het beleid onvoldoende effectief is. Deze conclusie wordt geschraagd door de trends ten aanzien van overgewicht. Weliswaar blijft het percentage van mensen met overgewicht in het laatste decennium nagenoeg constant, een beoogde neergaande trend heeft zich (nog) niet ingezet en het percentage mensen met obesitas stijgt nog steeds. Bij jongeren stijgt zowel het percentage jongeren met overgewicht als met obesitas.

Zoals in hoofdstuk 1 is besproken, lijkt het reëel om te veronderstellen dat totale afwezigheid van overheidsbeleid tot een verdergaande stijging van overgewicht had geleid. In die zin is het beleid waarschijnlijk wel enigszins effectief geweest. In veel andere landen heeft de stijgende trend het afgelopen decennium doorgezet.

Daarbij wordt het onderwerp meer en meer geagendeerd en de relatie met uit de hand lopende zorgkosten wordt steeds pregnanter gelegd. Ook andere partijen, zoals zorgverzekeraars en de voedingsindustrie, nemen een actiever aandeel in de bestrijding van overgewicht door voorlichting en promotie van gezonde voeding. In die zin is niet ondenkbaar dat de maatschappelijke opvattingen de komende jaren zullen zorgen voor een afvlakking van de geschetste trends.

7.5. Wat zijn belemmeringen voor realisatie van die voorwaarden?

Door de vele activiteiten die de afgelopen decennia door de landelijke overheid, de branche-organisaties, landelijke ondersteuningsinstituten, het RIVM, ZonMW en vele andere publieke en private instellingen zijn uitgevoerd, zijn veel voorwaarden op het gebied van kennis en landelijke infrastructuur aanwezig. Uiteraard moet er nog veel in deze 'ondersteunende' activiteiten geïnvesteerd worden¹⁴.

Maar in de nota's lokaal gezondheidsbeleid, die de basis zijn van het lokale gezondheidsbeleid, zijn deze voorwaarden onvoldoende terug te zien. En ook in de discussie in de focusgroepen bleek veel van die kennis niet actief bij gemeenteambtenaren aanwezig te zijn. De belemmeringen die door de respondenten zijn aangegeven, betreffen veelal het ontbreken van college-breed

¹⁴ Zoals in de implementatie van een methodiek om HiAP op landelijk en lokaal niveau structureel toe te passen en in diverse vormen van onderzoek. Een programmeringsstudie overgewicht geeft een overzicht van de onderzoeksthema's (Kremers e.a., 2008). In het eindrapport van fase 1 van de CIAO-studie zijn deze thema's nader uitgewerkt (Ezendam, 2010).

bestuurlijk commitment en voldoende mankracht en middelen. Het doen van concrete beleidsvoorstellen, waarvan een intensieve community-developed of community-based aanpak en integraal beleid op andere beleidsdomeinen onderdeel uitmaken, wordt door de ambtenaren als niet-haalbaar ervaren.

Het ontbreken van een daadwerkelijk urgentiebesef, leidend tot een breed bestuurlijk commitment voor intensief, integraal beleid op lokaal niveau, lijkt dan ook de grootste belemmering te zijn voor een effectief lokaal beleid op het gebied van overgewicht.

Daarnaast zijn concrete oplossingsrichtingen wel beschikbaar - vooral voor de setting 'school' - maar is hun implementatie zeer complex en intensief en worden ze om die reden door veel gemeentebesturen als niet reëel gezien, ook al gezien de kosten, de doorlooptijd (successen zijn voor de opvolger) en de vraagtekens bij de bewezen effectiviteit ervan.

Ook op landelijk niveau is een breed bestuurlijk commitment niet aanwezig en komt HiAP-beleid niet op gestructureerde wijze tot stand. Incidentele mogelijkheden worden benut, maar een planmatige, methodische aanpak is niet in de overheidsdocumenten terug te vinden.

Daarnaast is een zekere terughoudendheid zichtbaar met betrekking tot de rol van de overheid in relatie tot de eigen verantwoordelijkheid van burgers, met name in de huidige kabinetsperiode.

7.6. Op welke wijze kunnen de belemmeringen worden verminderd?

Vergroten urgentiebesef

In de lijn van het voorgaande is de conclusie dat de belemmeringen vooral kunnen worden verminderd door het urgentiebesef bij de diverse stakeholders te vergroten en door oplossingsrichtingen beter zichtbaar en beschikbaar te maken. Een maatschappelijke discussie (agendering van het onderwerp) moet op planmatige manier worden voorbereid en gevoerd en moet niet afhankelijk zijn van incidentele issues in de landelijke politiek over afzonderlijke maatregelen, zoals discussies over gedragogerelateerd eigen risico in de zorgverzekering of de invoering van 'vet-taks'. Er wordt wel veel over overgewicht gesproken, zowel in de Tweede Kamer, bij stakeholders, onderzoekers, in kranten als (vooral) op TV, maar daarmee is er nog geen urgentiebesef. Het urgentiebesef zal met name bij portefeuillehouders en ambtenaren volksgezondheid verder moeten worden ontwikkeld.

Bevorder de inzet van beleidsentrepreneurs

Erkend moet worden dat niet in iedere gemeente de betrokken wethouder of de meest betrokken ambtenaar als een beleidsentrepreneur kunnen worden gekwalificeerd. In dergelijke situaties kan ook actief gezocht worden naar beleidsentrepreneurs. Met name als een gemeente wel vergaande ambities heeft door bijvoorbeeld een JOGG-gemeente te worden, moet actief naar dergelijke personen gezocht worden. Gelet op de breedte van het benodigde beleid hoeft dit zich niet te beperken tot één beleidsentrepreneur. Een actieve horeca-ondernemer, de voorzitter van een sportvereniging, een doortastende wethouder, een manager van een supermarkt en de directeur van een basisschool kunnen in een netwerkbenadering prima gezamenlijk als beleidsentrepreneurs functioneren.

Onderzoek naar urgentiebesef intensiveren

Er dient nog wel het nodige onderzoek te worden gedaan naar het karakter van de 'boodschap'. Voor het agenderen van het onderwerp overgewicht zal een expliciete strategie geformuleerd moeten worden. In de richting van de doelgroep heeft een positieve boodschap (gezond leven is leuk) zeker voordelen, maar om bij beleidsactoren het urgentiebesef substantieel te vergroten is een indringende schets van het langere termijn perspectief (sterk stijgend gebruik van zorg, ongezonde bevolking, groot arbeidsverzuim, aanpassen allerlei voorzieningen aan mensen met extreme obesitas) nodig.

Daarnaast zullen er regelmatig in het kader van deze agenderingsstrategie opnieuw kosteneffectiviteitsanalyses moeten worden uitgevoerd om de discussie in het juiste perspectief (integrale kostenbenadering en lange termijn) te plaatsen.¹⁵

Tenslotte verdient het ook aanbeveling om door nader onderzoek met name bij portefeuillehouders na te gaan hoe groot hun urgentiebesef is en welke overwegingen daaraan ten grondslag liggen. Aangezien dit voor een belangrijk deel persoonsbepaald is en daarmee voorspellend voor de duur van één collegeperiode, zou een dergelijk onderzoek in het eerste jaar van hun aantreden moeten plaats vinden.

Heldere sturing in de richting van gemeenten

De nieuwe lichter nota's gemeentelijk gezondheidsbeleid zijn een mogelijkheid voor heldere sturing in de richting van gemeenten, omdat ook voor het speerpunt 'overgewicht' doelstellingen, acties en beoogde effecten moeten worden geformuleerd in samenwerking met de diverse actoren, die nodig zijn voor de uitvoering van het beoogde beleid. De dialoog tussen landelijke overheid en gemeenten dient helder, tweezijdig en open te zijn, zodat landelijke en lokale overheid het eens zijn over wederzijdse verwachtingen. De mogelijkheden die gemeenten momenteel ervaren en de vraag of er sprake is van gedeeld urgentiebesef moeten expliciet onderdeel van deze dialoog zijn. De invulling van de nieuwe generatie nota's vergt een intensieve samenwerking tussen gemeenten en hun GGD, gelet op de specifieke kennis en vaardigheden die nodig zijn om doelstellingen, activiteiten en beoogde resultaten dusdanig te formuleren, dat een effectief beleid kan worden ontwikkeld.

Nu al aan het werk met de setting 'school' en de 'community' als vertrekpunten

Dit neemt niet weg dat ook nu al op lokaal niveau, met name in de setting 'school', moet worden geïnvesteerd in de implementatie van best practices en theoretisch goed onderbouwde interventies. Het probleem van overgewicht bij kinderen is dermate groot dat niet gewacht kan worden op een gedeeld urgentiebesef bij alle partijen. Uit diverse interventies (zie onder andere Overvecht, Epode en Lekker Fit) blijkt dat een dergelijke aanpak de bereidheid van actoren en daarmee het collectieve bewustzijn in een buurt of wijk in positieve richting kan beïnvloeden. Binnen dergelijke initiatieven lijkt een community-developed of community-based aanpak noodzakelijk voor effectief beleid; er zijn in ieder geval in de literatuur geen

¹⁵ In navolging op onder andere Visscher (2001), Van Baal e.a. (2006), Proper & Van Mechelen (2008), PWC (2010) en Post (2010)

best practices te vinden, die zonder grote betrokkenheid van de doelgroep en de directe omgeving van de doelgroep effectieve resultaten hebben opgeleverd.

Kennis en infrastructuur actueel houden en verder ontwikkelen

Als het urgentiebesef zich verder ontwikkelt, neemt ook de behoefte aan effectieve oplossingsrichtingen toe. Deze moeten dan derhalve goed in beeld en goed beschikbaar zijn. Anderzijds dragen beschikbare oplossingsrichtingen ook bij aan de expressie van het 'urgentiebesef' en hebben ze derhalve ook een strategische functie.

De vele activiteiten die de afgelopen jaren op landelijk niveau (ZonMW, kennisinstituten, NIGZ, RIVM, etc.) zijn uitgevoerd en de komende jaren nog worden uitgevoerd bieden een adequaat kader voor het beschikbaar en zichtbaar maken van oplossingsrichtingen; eerder is al verwezen naar de Handreiking Gezonde Gemeente. Erkend moet worden dat programmatische ondersteuning van een community-based aanpak in gemeenten redelijk intensief is en dergelijke initiatieven een doorlooptijd van meerdere jaren kennen.

De interventies beginnend bij de setting 'school' dienen actief onder de aandacht van scholen en gemeenten te worden gebracht.

Literatuur

- Aalst, M. van der & Dijken, J.A. van (2005). *Evaluatie van doeltreffendheid en doelmatigheid*. Basis 2005 - 1. Leiden: Research voor Beleid.
- Acheson, D., (1988). *The Acheson Report. Independent inquiry into inequalities in health*. London: The Stationary Office.
- Algemene Rekenkamer (2003). *Preventieve Gezondheidszorg (29300. nr. 2)*. Den Haag: Algemene Rekenkamer.
- Algemene Rekenkamer (2006). *Preventieve Gezondheidszorg; terugblik 2006 (29300. nr. 5)*. Den Haag: Algemene Rekenkamer.
- Allin, S., Mossialos, E., McKee, M., & Holland, W. (2004). *Making decisions on public health: a review of eight countries*. Brussel: WHO.
- Ansett, S. (no date). Boundary-spanners; the gatekeepers of innovation in partnerships. *Accountability Forum issue 6*. Sheffield: Greenleaf Publishing.
- Arble, B. & Moberg, D.P. (2006). *Participatory Research in Development of Public health Interventions*. Madison: University of Wisconsin.
- Arnstein, S. (1969). A Ladder of Citizen Participation. *Journal of the American Institute of Planners*, 35, 216 - 224.
- Baal, P.H.M. van, Wit, G.A. de, Feenstra, T.L., Boshuizen, H.C., Bemelmans, W.J.E., Jacobs-van der Bruggen, M.A.M., Hoogenveen, R.T. (2006). *Bouwstenen voor keuzes rondom preventie in Nederland*. Bilthoven: RIVM.
- Barzelay, M. (2001). *The new public management: improving research and policy dialogue*. Berkeley: University of California.
- Bekker, M. (2007). *The Politics of Healthy Policies: Redesigning Health Impact Assessment to integrate Health in Public Policy*. Rotterdam: Erasmus Universiteit.
- Bekker, M. P. M., Putters, K., & Van der Grinten, T. E. D (2004). HIA Evaluation: exploring the relation between evidence and decision-making. A political-administrative approach to Health Impact Assessment. *Environmental Impact Assessment Review*, 24, 139-149. www.sciencedirect.com
- Bemelmans, W.J.E., Wendel-Vos, G.C.W., Bos, G., Schuit, A.J. & Tijhuis, M.A.R. (2004). *Interventies ter preventie van overgewicht in de wijk, op school, op het werk en in de zorg. Een verkennende studie naar de effecten*. Bilthoven: RIVM.
- Berg, M. van den, & Dijk, S. van (2011). *Werkblad beschrijving interventie Lekker Fit!* Bilthoven: RIVM / NJI.
- Berg, M. van den, Bovendeur, I., Meijer, S.A., Savelkoul, M., Hamberg-van Reenen, H.H., Zwakhals, S.L.N. & Kommer, G.J. (2010). *Effecten van preventieve interventies voor lokaal gezondheidsbeleid*. Bilthoven: RIVM.
- Boersma, A.S.T. (2003). *Gezond? Een onderzoek naar de kwaliteit van de afstemming tussen de verschillende actoren in de openbare gezondheidszorg*. Amsterdam: Vrije Universiteit.
- Bon-Martens, M.J.H. (2011). *The art of regional public health reporting. Strengthening the knowledge base for local public health policy*. Tilburg: Universiteit Tilburg.
- Borg, P., & Fogelholm, M. (2007). Stakeholder appraisal of policy options for responding to obesity in Finland. *Obesity Reviews*, 8(s2), 47-52.
- Bosma, M.W.H., & Hosman, C.M.H. (1990). *Preventie op waarde geschat*. Nijmegen: Betra boeken.

- Breedveld, K., Jong, M. de, Stuij, M. (2008). *Tussenrapportage 2008 Sportbeleid VWS*. Den Bosch: W.J.H. Mulierinstituut.
- Brown, T.M., Cueto, M., Fee, E. (2006). The World Health Organization and the transition from "international" to "global" public health. *Am J Public Health*, 96, 62 - 72.
- Brug, J., & Lenthe, F. van (red.) (2005). *Environmental determinants and interventions for physical activity, nutrition and smoking: a review*. Rotterdam: Erasmus MC.
- Brug, J., Assema, P. van, & Lechner, L. (2007). *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering: een planmatige aanpak*. Assen: Van Gorcum.
- Bruijn, H. de, & Heuvelhof, E. ten (1991). *Sturingsinstrumenten voor de overheid. Over complexe netwerken en een tweede generatie sturingsinstrumenten*. Leiden / Antwerpen: Stenfert Kroese.
- Burgh, Y. van den (1992). Convenanten als beleidsinstrument. De case study sociale vernieuwing. In: *Bressers et al, Beleidsinstrumenten bestuurskundig beschouwd*. Maastricht: Van Gorcum.
- CBO (2004). *Handleiding Focusgroepen*. Utrecht: CBO, Kwaliteitsinstituut voor de zorgsector.
- College voor Zorgverzekeringen (2007). *Van preventie verzekerd*. Diemen: College voor Zorgverzekeringen.
- Commissie Albeda (2001). *Sociaal-economische gezondheidsverschillen verkleinen*. Den Haag: Programmacommissie Sociaal-Economische GezondheidsVerschillen 2e fase
- Commissie Dekker (1987). *Bereidheid tot verandering*. Den Haag: Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg.
- Commissie Ginjaar (1994). *Onderzoeksprogramma SEGV. Eindverslag en aanbevelingen. Reeks SEGV, nr. 16*. Rijswijk: Programmacommissie Sociaal-Economische GezondheidsVerschillen.
- Commissie Hoefnagels (1985). *Verschillen tussen gezondheidsregio's in gebruik van ziekenhuisvoorzieningen*. Utrecht: KNMG.
- Commissie Lemstra (1996). *Gemeentelijk gezondheidsbeleid beter op zijn plaats. Rapport*. Den Haag: Commissie Versterking Collectieve Preventie.
- Conner, M. & Norman, P., ed. (2005). *Predicting Health Behavior: Research and practice with social cognition models*. Buckingham: Open University Press.
- Dagevos, H., & Munnichs, G. (2007). *De obesogene samenleving. Maatschappelijke perspectieven op overgewicht*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute of Future Studies.
- Dam, J.J.M. ten (1997). *Gezonde stadsgezichten. Een studie naar gezondheidsverschillen in stedelijk gezondheidsbeleid*. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Dekker, E., & Grinten, T. van den (). Tien jaar facetbeleid. Terugblik en perspectief. *TSG*, 73, 484-492.
- Dietz, W.H. (1998). Childhood weight affects adult morbidity and mortality. *J Nutr*. 128, 411S-414S.
- Dijk, J.P. van (2001). *Gemeentelijk gezondheidsbeleid, omvang en doelgerichtheid*. Groningen: Universiteit Groningen.

- Dresen, Y., Lonkhuijzen, A. van, & Kornalijslijper, N. (2009). *Inhoud en kwaliteit nota's lokaal gezondheidsbeleid. Onderzoeksresultaten 2009*. Den Haag: SGBO benchmarking.
- Duifhuizen, M.A.G.W. van, & Saan, J.A.M. (red.) (1998). *Wat gebeurt er in Gezonde Steden? Voorbeelden van lokale gezondheidsinitiatieven in Nederland*. Den Haag: VNG.
- Europese Unie (2007). *Witboek over een EU-strategie voor aan voeding, overgewicht en obesitas gerelateerde gezondheidskwesties*. Brussel: Commissie van de Europese Gemeenschappen.
- Europese Unie (2010). Special Eurobarometer 334. Sports and physical activity. Brussel: Commissie van de Europese Gemeenschappen.
- Ezendam, N. (2010). *Eindrapportage CIAO fase 1*. Rotterdam: Erasmus MC (CIAO - consortium).
- Finnish National Board of Education. (2008). *School Meals in Finland. Investment in Learning*. Helsinki: Finnish National Board of Education.
- Fisher R., Ury W. & Patton, B. (2007). *Excellent onderhandelen (The Harvard Negotiation Project)*. Amsterdam: Business Contact.
- Forsyth, D.R. (2006). *Leadership. Chapter 11 in Group Dynamics, 4th ed.* Belmont: Wadsworth Publishing Company.
- Geus, G. de, Hillen, S., Goot, K. van der, & Schreurs, H. (2011). Zwaan, kleef aan. Over het creëren van draagvlak in een communityproject. *TSG*, 89, 14-145.
- Gezondheidsraad (2003). *Overgewicht en obesitas*. Den Haag: Gezondheidsraad.
- GGD Nederland (2009). *Factsheet 'Gemeenten zijn goed op weg'*. Utrecht: GGD Nederland.
- GHI (1991). *GGD en collectieve preventie, verslag van een inspectie-onderzoek*. Rijswijk: Geneeskundige Hoofdinspectie.
- Giskes, K., Avendano, M., Brug, J., & Kunst, A.E. (2010). A systematic review of studies on socioeconomic inequalities in dietary intakes associated with weight gain and overweight/obesity conducted among European adults. *Obesity reviews*, 11, 413-429.
- Goede, J. de (2011). *Knowledge in process. Exploring barriers between epidemiological research and local health policy development*. Tilburg: Universiteit Tilburg.
- Goor, I, van der, Busch, M., Hogendoorn, S., Hommels, L., Kok H. & Kuunders T. (2007). *"Beleid en strategie" in relatie tot Gezondheidsbevordering – een nadere uitwerking*. Tilburg: Awp Tranzo.
- Gorissen, W. (2001). *Kennis als hulpbron: het gebruik van wetenschappelijke kennis bij beleidsvorming in de jeugdgezondheidszorg voor 4-19 jarigen*. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Goumans, M., & Willems, D. (2003). Een vruchtbare bodem. Hoe creëer je draagvlak voor lokaal gezondheidsbeleid? *G: vakblad over gezondheid en maatschappij*, 24-25.
- Goumans, M.J.B.M. (1998). *Innovations in a fuzzy domain. Healthy cities and (health) policy development in the Netherlands and the United Kingdom*. Maastricht: Universiteit Maastricht.
- Grinten, T. van der, & Drewes, J. (2007). Zorgverzekeraar & preventie, nieuwe kansen of business as usual? *Jaarboek publieke gezondheid*, 154-163. Abcoude: Stichting Public Health Forum.

- Hamberg-van Reenen, H.H., Bovendeur, I., Meijer, S.A., Savelkoul, M., Kuunders, M.M.A.P., & Berg, M. van den. (2010). *Kosteneffectiviteit van lokaal gezondheidsbeleid. Overzicht van (kosten) effectiviteit van preventieve interventies uit de leeflijnen Tabakspreventie, Integraal alcoholbeleid, Overgewicht en Depressiepreventie*. Bilthoven: RIVM.
- Harting, J. (2005). *Individual lifestyle advice: development, implementation and evaluation within the Hartslag Limburg cardiovasculair project*. Maastricht: Universiteit Maastricht.
- Harting, J. & Assema, P. van (2007). *Communityprojecten in Nederland. De eeuwige belofte?* Maastricht: Universiteit Maastricht.
- Hartstichting (2010). *Cijfers en publicaties*. Den Haag: www.hartstichting.nl.
- Haslinghuis, D. (1988). Memorandum Health 2000: intersectoral planning for health in the Netherlands. *Health Promotion*, 39, 3-9.
- Heiden, L. van der & Jager, J. de (2010). Werken aan gezonder beleid. *TSG*, 88, 266-267.
- Henley, N. & Raffin, S. (). *Social Marketing to prevent Childhood Obesity: The Epode program*. Oxford: John Wiley and Sons Ltd.
- Herngreen, W.P. (2004). *Strategie in het gemeentelijk domein*. Venlo: GGD Noord- en Midden Limburg.
- Herten, L. van (2001). *Health targets: navigating in health policy*. Leiden: TNO Prevention and Health.
- Heuvel, W. van den, Jonkers-Kuiper, L.V., Mootz, M., & Spreeuwenberg, C. (red.) (1995). *Interveniëren in de determinanten van gezondheid: over obstakels en leermomenten*. Assen: Van Gorcum.
- Hildebrandt, V.H., Chorus, A.M.J. & Stubbe, J.H. (red.) (2010). *Trendrapport Bewegen 2008 / 2009*. Leiden: TNO.
- Hirasing, R.A., Fredriks, A.M., Buuren, S. van, & Verloove-Van Horick, S.P. (2001). Toegenomen prevalentie van overgewicht en obesitas bij Nederlandse kinderen. *NTVG*, 145, 1303-1308.
- Hoeijmakers, M. (2005). *Local health policy development processes. Health promotion and network perspectives on local health policy-making in the Netherlands*. Maastricht: Universiteit Maastricht.
- Hoeijmans, N., Melse, J.M., & Schoemaker, C.G. (red.) (2010). *Gezondheid en determinanten*. Deelrapport van de VTV 2010. Bilthoven: RIVM.
- Hollander, A.E.M. de, Hoeymans, N., Melse, J.M., Oers, J.A.M. van, Polder, J.J. (red.) (2006). *Zorg voor gezondheid. Volksgezondheid Toekomst Verkenningen*. Bilthoven: RIVM.
- Hollander, G. de (2004). *Assessing and evaluating the health impact of environmental exposures*. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Hoogerwerf, A., & Herweijer, M. (red.) (2008). *Overheidsbeleid. Een inleiding in de beleidswetenschap. 8e druk*. Alphen aan den Rijn: Samson.
- Hooven, C. van den, Franssen, H., Jansen, E., & Ocké, M. (2007). *24-uurs urine-excretie van natrium. Voedingsstatusonderzoek bij volwassen Nederlanders*. Bilthoven: RIVM.
- Hoppe, R., Jeliaskova, M., Grin, J., & Graaf, H. van de (2004). *Beleidsnota's die (door)werken - Handleiding voor geslaagde bedrijfsvoering*. Bussum: Coutinho.

- Horstman, K., & Houtepen, R. (2005). *Worstelen met gezond leven. Ethiek in de preventie van hart- en vaatziekten*. Apeldoorn / Antwerpen: Maklu / Het Spinhuis.
- Hulshof, K.F.A.M., Ocké, M.C., Rossum, C.T.M. van, Buurma, E.J.M., Brants, H.A.M., & Drijvers, J.J.M.M. (2004). *Resultaten van de Voedselconsumptiepeiling 2003*. Bilthoven: RIVM.
- Huygen, A., & Rijkschroeff, R. (2004). *Wijkgebonden Leefbaarheidsbudgetten: evaluatie stimuleringsprogramma wijkgebonden leefbaarheidsbudgetten*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- IBO-werkgroep (2007). *Gezond gedrag bevorderd. Eindrapportage van de werkgroep IBO. Interdepartementaal beleidsonderzoek, 2006-2007, nr. 1*. Den Haag: VWS.
- IGZ (1995). *Gemeentelijke betrokkenheid collectieve preventie*. Den Haag: IGZ.
- IGZ (2000). *Gezondheidsvoorlichting en - opvoeding bij GGD's. Rapport van een inspectieonderzoek*. Den Haag: IGZ.
- IGZ (2003). *Algemeen toezicht bij GGD'en: resultaten uit de periode 1999-2002*. Den Haag: IGZ.
- IGZ (2005a). *Staat van de gezondheidszorg 2005. Hoe houden we de bevolking gezond?* Den Haag: IGZ.
- IGZ (2005b). *Staat van de gezondheidszorg, 2005, deelrapport. "De gemeenten zijn veel meer betrokken bij de openbare gezondheidszorg, ze moeten nu meer zelf uitvoeren"*. Den Haag: IGZ.
- IGZ (2005c). *Staat van de gezondheidszorg, 2005, deelrapport. "De professionele uitvoering van de openbare gezondheidszorg is nog niet goed genoeg"*. Den Haag: IGZ.
- IGZ (2007). *Vrijwel alle gemeenten hebben een nota lokaal gezondheidsbeleid vastgesteld*. Den Haag: IGZ.
- IGZ (2008). *Concept resultaten thematisch toezicht integraal beleid*. Den Haag: IGZ.
- IGZ (2009). *Ongelijkheid in gezondheid, is gezondheidszorg van belang?* Utrecht: IGZ.
- IGZ (2010). *Staat van de Gezondheidszorg. Meer effect mogelijk van publieke gezondheidszorg*. Utrecht: IGZ.
- Integraal Toezicht Jeugdzaken (2007). *De aanpak van overgewicht bij jongeren in Culemborg*. Utrecht: Inspectie Jeugdzorg.
- Integraal Toezicht Jeugdzaken (2009). *De lokale aanpak van overgewicht bij jongeren. Zoeken naar samenhang*. Utrecht: Inspectie Jeugdzorg.
- Jansen A, Havermans R, Nederkoorn, C, Roefs A. (2008). Jolly fat or sad fat? Subtyping non-eating disordered overweight and obesity along an affect dimension. *Appetite*, 51, 635-640.
- Jansen, J., Schuit, A.J., & Lucht, F. van der (2002). *Tijd voor gezond gedrag. Bevordering van gezond gedrag bij specifieke groepen*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Jansen, M., & Ebben, N. (2006). *Eindrapport Hartslag 2*. Maastricht: GGD ZL / AZ Maastricht.
- Jansen, M. (2007). *Mind the gap: Collaboration between practice, policy and research in local public health*. Maastricht: Universiteit Maastricht.

- Jansen, M., Vries, N.K. de, Kok, G., & Oers, J. van (2008). Samenwerking tussen beleid, praktijk en onderzoek in de publieke gezondheidszorg: resultaten van een multiple-case studie. *Gezondheidswetenschappen*, 86, 296-305.
- Jansen, W. (2009). *Prevention of childhood obesity in a municipal setting*. Rotterdam: Erasmus Universiteit.
- Jong, J. de, & Hartog, D. den (2003). *Leadership as a determinant of innovative behavior. A. conceptual framework*. Zoetermeer: Scales.
- Kamphuis, C.B.M. (2008). *Explaining socioeconomic inequalities in health behaviours - the role of environmental factors*. Rotterdam: Erasmus Universiteit.
- Kemper, H.C., Post, G.B., Twisk, J.W., Mechelen, W. van (1999). Lifestyle and obesity in adolescence and young adulthood: results from the Amsterdam Growth And Health Longitudinal Study (AGAHLS). *Int J Obes Relat Metab Disord*, 23, S34-40.
- Kingdon, J.W. (1995). *Agendas, alternatives and public policies*. New York: Harper Collins.
- Klandermans, B., & Seydel, E. (red). (1987). *Overtuigen en activeren. Publieksbeïnvloeding in theorie en praktijk*. Assen / Maastricht: Van Gorcum.
- Kooiker, S., & Velden, K. van der (2007). *Een nuchtere kijk op gezond gedrag. Vier thema's voor gezondheidsbevordering*. Den Haag: Sociaal en Cultureel planbureau.
- Koornstra, A. (red.) (1997). *Ruimte voor gezondheid. Gezond bouwen en wonen in nieuwe wijken. Een terreinverkenning*. Den Haag: VNG.
- Koperen T.M. van (2007). *Integraal Gezondheidsbeleid. Beïnvloedende factoren en de rol van de beleidsentrepreneur*. Maastricht: Universiteit Maastricht.
- Koperen, T.M. van & Seidell, J.C. (2010). Overgewichtpreventie, een lokale aanpak naar Frans voorbeeld. *Praktische Pediatrie*, nr. 2, 10-14.
- Koskinen, S., Aromaa, A., Huttunen, J., & Teperi, J. (2006). *Health in Finland*. Helsinki: KLT / Stakes.
- KPMG & NIPG-TNO (1993). *De werking van de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid*. Den Haag: WVC.
- Kramers, P.G.N. , Achterberg, P.W. , Berg Jeths, J. van den , Gruteke, P. , Jager, J.C., Poos, M.J.J.C. , Postma, M.J. , Ruwaard, D. , & Verkleij, H. (1993). *Ontwerp voor de Volksgezondheid Toekomst Verkenningen 1993; de gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking in de periode 1950-2010*. Bilthoven: RIVM.
- Kreijl, C.F. van & Knaap, A.G.A.C., (eindred.) (2004). *Ons eten gemeten. Gezonde voeding en veilig voedsel in Nederland*. Bilthoven: RIVM.
- Kremers, S., Martens, M.K., Reubsaet, A. (red.) (2009). *Programmeringsstudie Overgewicht*. Maastricht: Kwak & Van Daalen & Runday.
- Kruize, H. (2007). *On environmental equity. Exploring the distribution of environmental quality among socio-economic categories in the Netherlands*. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Kruyt, C. (2010). *Collaboration between Public Health and Primary care*. Leiden: GGD Hollands Midden.
- Kuhry, B. & Jonker, J.J.J. (2009). *Maten voor gemeenten. Een analyse van de prestaties van de lokale overheid*. Den Haag: SCP.
- Lahti-Koski, M. (2001). *Body mass index and obesity among adults in Finland. Trends and determinants*. Helsinki: University of Helsinki.

- Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadian: a working document*. Ottawa: Health Canada.
- Landsberger, H.A. (1958). *Hawthorne Revisited*. Ithaca: Cornell University.
- Leeuw, E. de (1989). *Health Policy. An exploratory inquiry into the development of policy for the new public health in the Netherlands*. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg.
- Lefcourt, H.M. (1991). Locus of Control, hoofdstuk 9 in Robinson JP, Shaver PR & Wrightsman LS, *Measures of Personality and Social Psychological Attitudes*. San Diego: Academic Press.
- Lemmers, L., & Peters, L. (2002). Publiek-private samenwerking. In: Jansen, J., Schuit, A.J., & Lucht, F. van der. *Tijd voor Gezond Gedrag. Bevordering van gezond gedrag bij specifieke groepen*. Bilthoven: RIVM.
- Lezwijn, J. (2011). *Towards salutogenic health promotion. Organizing healthy ageing programs at the local level*. Wageningen: Wageningen Universiteit.
- Looij-Jansen, P.M. van der, (2010). *Self-report in Yuoth Health Monitoring. Evidence from the Rotterdam Youth Monitor*. Rotterdam: Erasmus Universiteit.
- Lucht, F. van der, & Polder, J.J. (red.) (2010). *Van gezond naar beter. Kernrapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010*. Bilthoven: RIVM.
- Maas, J. (2009). *Vitamin G: Green environments - healthy environments*. Utrecht: Nivel.
- Mackenbach, J. (red.), (2010). *Successen van preventie 1970-2010*. Rotterdam: Erasmus Publishing.
- Mackenbach, J.P., & Maas, P.J. van der, (2008). *Volksgezondheid en gezondheidszorg 4e, geheel herziene druk*. Amsterdam: Reed Business.
- Mackenbach, J.P., & Verkleij, H. (red.) (1997). *Gezondheidsverschillen. Deel 2 van Volksgezondheid Toekomstverkenningen*. Bilthoven: RIVM.
- Mascini, M. (2003). *De kunst van het regisseren. De gemeentelijke regie in de openbare gezondheidszorg*. Rotterdam: Erasmus Universiteit.
- Matin-Misener, R., & Valaitis, R. K. (2008). *A scoping literature review of collaboration between primary care and public health*. Hamilton: Canadian Health Services Research Foundation.
- McNeill, L.H., Kreuter, M.W., & Subramanian, S.V. (2006). Social environment and physical activity: a review of concepts and evidence. *Social Science and Medicine*, 63, 1011-1022
- Ministry of Social Affairs and Health (1987). *Health for All by the year 2000. The Finnish national strategy*. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health Finland.
- Ministry of Social Affairs and Health Finland (2003). *Government Resolution on Strategies in Alcohol Policy. Brochures of the Ministry of Social Affairs and Health 2003: 6*. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health Finland.
- Ministry of Social Affairs and Health. (2001). *Government Resolution on the Health 2015 public health programme*. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health Finland.
- Mintzberg, H., Ahlstrand, B., & Lampel, J. *Strategy Safari. A guided tour through the wilds of strategic management*. New York: The Free Press.
- Molenaar, E. (2008). *Obesity Matters: Findings in the Utrecht Health Project and the Framingham Heart Study*. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Muntendam, P. (1966). De Volksgezondheidsnota 1966. *NTvG* 110, 634-636.

- Nederlandse Voedingsmiddelen Industrie VAI (2004). *Beleid van de Nederlandse Voedingsindustrie inzake het terugdringen van overgewicht*. Rijswijk: NFLI.
- Nijboer, C., & Alst, S. van (2005). *De gemeente aan zet. Een inventarisatie van gemeentelijke beleidsinstrumenten gericht op het voorkomen van overgewicht*. Woerden: NIGZ.
- Nijboer, C., & Alting, D. (2003). *Gezondheidswinst door gemeentelijk facetbeleid*. Woerden: NIGZ.
- NRV (1993). *Collectieve Preventie. Advies over de evaluatie van de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid*. Zoetermeer: Nationale Raad voor de Volksgezondheid.
- Ocke, M.C., Rossum, C.T.M. van, Fransen, H.P., Buurma, E.M., Boer, E.J. de, Brants, H.A.M., Niekerk, E.M., Laan, J.D. van der, Drijvers, J.J.M.M., Ghameshlou, Z. (2008). *Dutch National Food Consumption Survey Young Children 2005 / 2006*. Bilthoven: RIVM.
- Oers, J. van (2004). *Voorkomen kan beter*. Oratie. Tilburg: Universiteit Tilburg.
- Oers, J.A.M. van (red.) (2002). *Gezondheid op koers? Volksgezondheid Toekomstverkenning 2002*. Bilthoven: RIVM.
- Oosterman, J., Schreurs, H., Groeneboom, G., Hillen, S., de Geus, G. de., Goot, K. van der & Ameijden E van (2010.). *Eindevaluatie Gezond Gewicht Overvecht*. Utrecht: GG & GD Utrecht.
- Österberg, E., & Karlsson, T. (Eds.), (2002). *Alcohol policies in EU member states and Norway. A collection of country reports*. Helsinki: KLT / Stakes.
- Ouwens, M.A., Strien, T. van, Leeuwe, J.F. van (2009). Possible pathways between depression, emotional and external eating. A structural equation model. *Appetite*, 53, 245-248.
- Pauw, B.M.J. (1998). *Lobbyen. Dossier Public Relations en Voorlichting*. Alphen aan den Rijn: Wolters Kluwer.
- Peerenboom, S. (2008). *Verkeerd verbonden? Een studie naar de (mis)match tussen klassiek hiërarchische overheidssturing en de netwerkwereld*. Rotterdam: Erasmus Universiteit.
- Penris, M., Koornstra, A. (2004). *Instrumenten voor integraal gezondheidsbeleid*. Den Haag: VNG / GGD Nederland.
- Platform Openbare Gezondheidszorg (1989). *Spelen op de winst*. Den Haag: VWS.
- Pligt, J. van der, Koomen W. & Harreveld, F. van. (2007). *Bestrafen, belonen en beïnvloeden. Een gedragswetenschappelijk perspectief op handhaving*. Den Haag: Boom Juridische uitgevers.
- Poiesz, T.B.C. (1999). *Gedragsmanagement. Waarom mensen zich (niet) gedragen*. Wormer: Immerc.
- Post, D., & Groothoff (2003). *Sociale Geneeskunde of Public Health? Toekomstperspectief van een uitdagend vakgebied*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Post, N.A.M., Zwakhals, S.L.N. & Polder, J.J. (2010). *Maatschappelijke baten. Deelrapport van de VTV 2010. Van Gezond naar Beter*. Bilthoven: RIVM.
- Prättälä, R. (2003). Dietary changes in Finland - success stories and future challenges. *Appetite*, 41, 245-249.
- Price Waterhouse Cooper (2010). *Prevention Pays for Everyone*. Amsterdam: Price Waterhouse Cooper.

- Proper, K.I., & Mechelen, W. van (2007). *Effectiveness and cost-effectiveness of worksite interventions to promote physical activity and healthy diet*. Dalian, China: WHO-conference.
- Puska P. (1996). Community interventions in cardiovascular disease prevention. In: Orth-Gomer K, Schneidermann N eds. *Behavioural medicine approaches to cardiovascular disease prevention*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum, 1996: 237-262 Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Puska, P. (2002a). Successful prevention of non-communicable diseases: 25 year experiences with North Karelia Project in Finland Public. *Health Medicine*, 4(1), 5-7.
- Puska, P. (2002b). Nutrition and global prevention on non-communicable diseases. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, 11(supplement), S755-S758.
- Puska, P. (2008). The North Karelia Project: 30 years successfully preventing chronic diseases. *Diabetes Voice*, 53, 26-29.
- Reijneveld, S.A. (1995). *The measurement of local public policy. Studies on the health status of an urban population*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.
- RGO (2003). *Advies Kennisinfrastuctuur Public Health: kennisverwerving en kennistoepassing*. Den Haag: Raad voor Gezondheidsonderzoek.
- Rijen, A.J.G. van & Ottes, L. (2004). *Regionale verschillen in gebruik van zorg. Deel III van 'Met het oog op gepaste zorg'*. Zoetermeer: RVZ.
- Romon, M., Lommez, A., Tafflet, M., Basdevant, A., Oppert, J.M., Bresson, J.L., Ducimetière, P., Charles, M.A. & Borys, J.M. (2008). Downward trends in the prevalence of childhood overweight in the setting of 12-year school- and community-based programmes. *Public Health Nutr.*, 10, 1735-1742.
- Ronckers, S. (2006). *Economic evaluation of prevention programs for cardiovascular diseases*. Maastricht; Universiteit Maastricht.
- Ronda, G.M. (2003). *The Dutch Heart Health Community Intervention 'Hartslag Limburg'. An evaluation*. Maastricht: Universiteit Maastricht.
- Rots-de Vries, C. (2010). *Rich evidence for poor families. Exploring the potential of practice-driven intervention research in Preventive Child Healthcare*. Tilburg: Universiteit van Tilburg.
- Ruijsbroek, J.M.H., & Droomers, M. (2008). Sociale omgeving en gezondheid. In: *Monitor Gezondheidsachterstanden*. Bilthoven: RIVM.
- Ruland, E. (2008). *Bestuurlijke verankering van innovaties in de openbare gezondheidszorg: lessen uit de casus Hartslag Limburg*. Woerden: NIGZ.
- Ruwaard, D., Kramers, P.G.N. (red). (1997). *Volksgezondheid Toekomst Verkenningen*. Bilthoven: RIVM.
- RVZ (2000). *Gezond zonder zorg*. Den Haag: RVZ.
- RVZ (2006). *Publieke Gezondheid*. Den Haag: RVZ.
- RVZ, Onderwijsraad, ROB. (2009). *Buiten de gebaande paden. Advies over intersectoraal gezondheidsbeleid*. Zoetermeer: RVZ.
- Saan, H., & Haes, W. de (2005). *Gezond effect bevorderen*. Woerden: NIGZ.
- Saan, H., Haes, W. de & Hekkink, C. (2007). *Eindrapport Pilot Referentiekader Gezondheidsbevordering 2006-2007*. Woerden: NIGZ.
- Saan, H., Haes, W. de, Mootz, M., Bloemers, M., Kocken, P. & Marijke Ruiter (2010). *Gezondheid duurzaam bevorderen. Gezondheidsbevordering is een marathon, geen sprint*. TSG, 88, 255-266.

- Saan, H., Molleman, G., Vermeer, V. & Dale, D. van (2004). *Projectmanagement voor gezondheidsbevordering en preventie*. Woerden: NIGZ.
- Schmidt, M., Robbesom, D., Bakker, M., & Stronks, K. (2007). *Empowerment in het Referentiekader Gezondheidsbevordering*. Woerden: NIGZ.
- Scholten, P. (2009). Daring decisions and representative municipal democracy: an exploration within the new river management in the Netherlands. *The Innovation Journal*, 14, art. 5, 1-15. www.innovation.cc.
- Schuit, A.J., GWendel-Vos, G.C.W., Verschuren, W.M.M., Ronckers, E.T., Ament, A., Assema, P. van, Ree, J. van & Ruland, E.C. (2007). Effect van 5 jaar community interventie Hartslag Limburg op risicofactoren voor hart- en vaatziekten. *TSG*, 85, 32-36.
- Schuit, J. (2008). *Gezondheidsbevordering. Onderzoek met beleid*. Oratie. Amsterdam: Vrije Universiteit.
- Schuttelaar & Partners (2007). *Eindrapportage tussentijdse evaluatie convenant overgewicht*. Den Haag: Schuttelaar&Partners.
- Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behaviors: theoretical approaches and a new model. In Schwarzer, R. (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action*. Washington: Hemisphere.
- Scott, K.M., Bruffaerts, R., Simon, G.E., Alonso, J., Angermeyer, M., & de Girolamo G. (2008). Obesity and mental disorders in the general population: results from the world mental health surveys. *Int J Obes*, 32, 192-200.
- Ståhl, T., Wismar, M., Ollila, E., Lahtinen, E., Leppo, K. (Eds) (2006). *Health in All Policies: Prospects and potentials*. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health Finland.
- Stead, M., Hastings, G. & McDermott, L. (2007). The meaning, effectiveness and future of social marketing. *Obesity reviews*, 8, 189-193.
- Steenbakkers M, Jansen M, Haanse M, & Vries N. de (2010). Lokaal integraal gezondheidsbeleid: intersectorale samenwerking vanuit het perspectief van gemeenten. *TSG*, 88, 136-142.
- Stichting Alcohol Preventie (2011). *Cijfers alcoholgebruik*. Utrecht: www.stap.nl.
- Stichting Toekomstscenario's Gezondheidszorg (1992). *The future of Public Health; a scenario study*. Zoetermeer: STG.
- Stichting Toekomstscenario's Gezondheidszorg (2006). *Hart voor preventie - Een verkenning van preventie van chronische ziekten*. Leiden: STG.
- Stivoro (2009). *Gegevens uit Continu Onderzoek Rookgewoonten*. Den Haag: www.stivoro.nl.
- Storm, I., Jansen, J., & Schuit, A.J. (2009). *Effecten van beleidsmaatregelen buiten het volksgezondheidsdomein op de gezondheid*. Bilthoven: RIVM.
- Storm, I., Wendel-Vos, G.C.W., Visscher, T.L.S., & Schuit, A.J. (2006). *Een gezonde omgeving ter preventie van gewichtsstijging. Nationale en lokale mogelijkheden*. Bilthoven: RIVM.
- Storm, I., Zoest, F., & Broeder, L. (2007). *Integraal gezondheidsbeleid*. Bilthoven: RIVM.
- Strauss, R.S. (2000). Childhood obesity and self-esteem. *Pediatrics*, 105, e-page 15.
- Stunkard, A.J., & Wadden, T.A. (1992). Psychological aspects of severe obesity. *Am J Clin Nutr.*, 55, 524S-532S.
- Stuurgroep convenant overgewicht (2005). *Energie in Balans. Actieplan*. Den Haag: Stuurgroep Convenant Overgewicht.

- Stuurgroep Zichtbare Zorg (2009). *Zichtbare zorg. Verantwoording gemeentelijk gezondheidsbeleid. Visiedocument*. Den Haag: IGZ.
- Sutton, S. (2005). Stage theories of health behaviour. In Conner, M. and Norman, P. (eds), *Predicting Health Behaviour: Research and Practice with Social Cognition Models*, 2nd ed. Buckingham: Open University Press.
- Swinburn, B., egger, G., & Raza, F. (1999). *Dissecting obesogenic environments: the development and application of a framework for identifying and prioritizing environmental interventions for obesity*. Auckland: University of Auckland.
- SZ & W (1966). *Nota Volksgezondheid*. Den Haag: Ministerie van Sociale Zaken en Welzijn.
- Tang-Péronard, J.L., & Heitmann, B.L. (2008). Stigmatization of obese children and adolescents, the importance of gender. *Obes Rev.*, 9, 522-534.
- Tarenskeen, H.M. (1990). *Gezondheidsbevordering. Een exploratief onderzoek naar de ontwikkeling van gezondheidsbevordering in het lokale gezondheidsbeleid in Nederland*. Maastricht: Universiteit Limburg.
- Tennyson, R., & Wilde, L. (2000). *The Guiding Hand: Brokering Partnerships for Sustainable Development*. New York: UN Staff college & The Prince of Wales Business Leaders Forum.
- TNO & RIVM (2004). *Handboek determinantenbeleidsscreening*. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid.
- Tual, S., Piau, J.P., Jarvis, M.J., Dautzenberg, B., & Annesi-Maesano, I. (2010). Impact of tobacco control policies on exhaled carbon monoxide in non-smokers. *Journal of Epidemiology Community Health*, 64, 554-556.
- Tweede Kamer (1994). *Verslag van een nota-overleg (22894, nr. 7)*. Den Haag: Tweede Kamer.
- Tweede Kamer (1995). *Verslag overleg Gezond en Wel (24126, nr. 4)*. Den Haag: Tweede Kamer.
- Tweede Kamer (1998). *Lijst vragen en antwoorden Preventiebeleid (22894, nr. 16)*. Den Haag: Tweede Kamer.
- Tweede Kamer (2000). *Verslag overleg visie Platform Openbare Gezondheidszorg (26598, nr. 3)*. Den Haag: VWS.
- Tweede Kamer (2006). *Verslag overleg tabaksbeleid en alcoholbeleid (22894, nr. 104)*. Den Haag: Tweede Kamer.
- Vaandrager, L., Driessen Mareeuw, F. van den, Naaldenberg, J., Molleman, G., Regt, W. de & Zandvliet, J. (2010). *De kennisinfrastructuur van de Openbare Gezondheidszorg (DIK-studie)*. Den Haag: ZonMW.
- Van Delden, P.J. (2009). *Samenwerking in de publieke dienstverlening: Ontwikkelingsverloop en resultaten*. Delft: Eburon.
- Van Raak, A.J., & Paulus, A. (2002). *Onderzoek doen in de zorg*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- Verweij, J., (2007). *Gevoel voor kilo's*. Amersfoort: Klapwijk & Keijser.
- Veselská, S. (2010). *Intrapersonal factors, social context en health – related behavior in adolescence*. Groningen: Universiteit Groningen.
- Visscher, T.L.S. (2001). *The public health impact of obesity*. Wageningen: Wageningen Universiteit.
- Visscher, T.L.S., Kromhout, D., & Seidell, J.C. (2002). Long-term and recent time trends in the prevalence of obesity among Dutch men and women. *Int J Obesity*, 26, 1218-1224.

- Visscher, T.L.S., Rissanen, A., Seidell, J.C., Heliovaara, M., Knekt, P., & Reunanen, A. (2004). Obesity and unhealthy life-years in adult finns. An empirical approach. *Arch Intern med*, 164, 1413-1420.
- Visscher, T.L.S., Viet, A.L., Kroesbergen, I.H., & Seidell, J.C. (2006). Underreporting of BMI in adults and its effect on obesity prevalence estimations in the period 1998 to 2001. *Obesity*, 14, 2054-2063.
- VNG (2009). *Toekomstvisie op publieke gezondheid*. Den Haag: VNG.
- Vomil (1974). *Structuurnota Gezondheidszorg*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid en Milieu.
- Vomil (1980). *Schets Basisgezondheidsdiensten*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid en Milieu.
- Vomil (1982). *Stimuleringsregeling basisgezondheidsdiensten*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid en Milieu.
- Vomil (1982). *Wet Voorzieningen Gezondheidszorg Stb 1982 (563)*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid en Milieu.
- Vomil (1983). *Nota voedingsbeleid*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid en Milieu.
- Vries, H. de, Dijkstra, M., & Kuhlman, P. (1988). Self-efficacy: the third factor besides attitude and subjective norm as a predictor of behavioural intentions. *Health education research* 3, 273-282.
- VROM (2006). *Actieprogramma Gezondheid en Milieu (28089, nr. 17)*. Den Haag: Ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieu.
- Vuorenkoski, L., Mladovsky, P., & Mossialos, E. (2008). Finland: Health system review. *Health Systems in Transition*, 10(4), 1-168.
- Vuori, I., Lankenau, B., & Pratt, M. (2004). Physical activity policy and program development: the experience in Finland. *Public Health Report*; 119(3), 331-45.
- VWS (1994). *Antwoorden op kamervragen preventiebeleid (22894, nr. 11)*. Den Haag: VWS.
- VWS (1995a). *Gezond en Wel. Het kader van het volksgezondheidsbeleid 1995-1998 (24126, nr. 1)*. Den Haag: VWS.
- VWS (1995b). *Reactie minister op advies IGZ (22894, nr. 10)*. Den Haag: VWS.
- VWS (1995c). *Wijziging Besluit Collectieve Preventie (Stb 1995, 35)*. Den Haag: Staatsblad.
- VWS (1996). *Nota Sportbeleid (25125, nr. 2)*. Den Haag: VWS.
- VWS (1997a). *Overzicht uitvoering actieprogramma Preventiebeleid (22894, nr. 14)*. Den Haag: VWS.
- VWS (1997b). *Standpunt minister rapport commissie Lemstra (22894, nr. 13)*. Den Haag: VWS.
- VWS (1998a). *Nederland: Goed Gevoed? Relatie voeding en gezondheid (26229, nr. 2)*. Den Haag: VWS.
- VWS (1998b). *Wet op de organisatie Zorgonderzoek Nederland (Stb. 1998, 124)*. Den Haag: VWS.
- VWS (1999). *Notitie Openbare Gezondheidszorg (26598, nr. 1)*. Den Haag: VWS.
- VWS (2000). *Standpunt minister visie Platform Openbare Gezondheidszorg (26598, nr. 2)*. Den Haag: VWS.
- VWS (2001a). *Standpunt minister over RVZ-advies "Gezond zonder Zorg" (28000 XVI, nr. 8)*. Den Haag: VWS.

VWS (2001b). *Nota Sport, bewegen en gezondheid* (27841, nr. 2). Den Haag: VWS.

VWS (2002a). *Wijziging Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid* (Stb. 2002, 468). Den Haag: Staatsblad.

VWS (2002b). *Wijziging Besluit Collectieve Preventie* (Stb 2002, 549). Den Haag: Staatsblad.

VWS (2002c). *Besluit Jeugdgezondheidszorg* (Stb. 2002, 550). Den Haag: Staatsblad.

VWS (2003). *Nota Langer Gezond leven* (22894, nr. 20). Den Haag: VWS.

VWS (2004a). *Standpunt minister over beleidsdocument overgewicht van voedingsindustrie* (22894, nr. 38). Den Haag: VWS.

VWS (2004b). *Brief minister over samenwerking rijk-gemeenten bij preventiebeleid* (22894, nr. 44). Den Haag: VWS.

VWS (2004c). *Reactie minister op RIVM-rapport "Ons eten gemeten"* (22894, nr. 43). Den Haag: VWS.

VWS (2005a). *Alcoholbeleid. Brief van VWS aan de Tweede Kamer* (27565, nr.29). Den Haag: VWS.

VWS (2005b). *Brief minister bij convenant overgewicht* (22894, nr. 70). Den Haag: VWS.

VWS (2005c). *Tijd voor sport; bewegen, meedoen, presteren*. Den Haag: VWS.

VWS (2006a). *Kiezen voor gezond leven 2007-2010*. Den Haag: VWS.

VWS (2006b). *Brief minister voorgenomen wet- en regelgeving alcohol- en tabakbeleid* (22894, nr. 86). Den Haag: VWS.

VWS (2006c). *Brief oprichting Centrum Gezond Leven* (22894, nr. 103). Den Haag: VWS.

VWS (2006d). *Reactie op motie Kant/Azough over voortgang convenant overgewicht* (22894, nr. 112). Den Haag: VWS.

VWS (2006e). *Brief minister stand van zaken overgewicht* (22894, nr. 79). Den Haag: VWS.

VWS (2006f). *Brief met antwoorden op vragen o.a. over facetbeleid* (22894, nr. 80). Den Haag: VWS.

VWS (2006g). *Samen voor Sport. Uitvoeringsprogramma sportnota*. Den Haag: VWS.

VWS (2006h). *Vragen en antwoorden naar aanleiding van het Algemene Rekenkamerrapport 2004 over Jaarverslag 2004*. Den Haag: VWS.

VWS (2007a). *Kaderbrief 2007-2010. Visie op gezondheid en preventie*. Den Haag: VWS.

VWS (2007b). *Visie op preventie en zorg. Bijlage 6 bij kaderbrief Visie op Gezondheid en Preventie*. Den Haag: VWS.

VWS (2007c). *Gezond zijn, gezond blijven. Een visie op gezondheid en preventie*. Den Haag: VWS.

VWS (2007d). *Reactie van minister op RVZ-advies Publieke Gezondheid* (22894, nr. 116). Den Haag: VWS.

VWS (2008a). *Wet Publieke Gezondheid* (Stb. 2008, 460). Den Haag: Staatsblad.

VWS (2008b). *Besluit Publieke Gezondheid* (Stb. 2008, 461). Den Haag: Staatsblad.

VWS (2008c). *Nota Voedingsbeleid* (31532, nr. 1). Den Haag: VWS.

VWS (2008d). *Memorie van Toelichting WPG* (31316, nr. 3). Den Haag: VWS.

VWS (2009a). *Nota overgewicht*. Den Haag: VWS.

- VWS (2009b). *Brief samenhang beleid voeding, overgewicht en SEGV (31532, nr. 15)*. Den Haag: VWS.
- VWS (2009c). *Memorie van toelichting wijziging WPG (32195, nr. 3)*. Den Haag: VWS.
- VWS (2009d). *Memorie van Toelichting WPG 2e tranche (32195, nr. 3)*. Den Haag: VWS.
- VWS (2010). *Reactie minister op VTV en Staat van de Volksgezondheid (22894, nr. 271)*. Den Haag: VWS.
- VWS (2011a). *Wet Publieke Gezondheid 2e tranche (Stb. 2011, 285)*. Den Haag: Tweede Kamer.
- VWS (2011b). *Brief minister: zorg die werkt*. Den Haag: VWS.
- VWS (2011c). *Gezondheid dichtbij. Landelijke nota Gezondheidsbeleid*. Den Haag: VWS.
- VWS (2011d). *Beleids- en subsidiekader sport en bewegen in de buurt, private interventies*. Den Haag: VWS.
- VWS (2011e). *Beleidskader sport en bewegen, uitrol interventies*. Den Haag: VWS.
- VWS, BiZa, VNG, GGD Nederland (2001). *Nationaal Contract Openbare Gezondheidszorg*. Leiden.
- VWS, J&G, BiZa (2007). *Alcoholbeleid. Brief van VWS, J&G en BiZA aan de Tweede Kamer (27565, nr.35)*. Den Haag: VWS.
- Wagemakers, A. (2010). *Community health promotion. Facilitating and evaluating coordinated action to create supportive social environments*. Wageningen: Universiteit Wageningen.
- Wagner, E.A. (1982). The North Karelia Project: what it tells us about the prevention of cardiovascular disease. *Am J Publ Health*, 72, 51-53.
- Walston, K., Strudler-Walston, B., & Vellis, R. de (1978). Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scales, *Health Educ Behav*, 6, 160-170.
- WCRF (World Cancer Research Fund) & AICR (American Institute for Cancer Research). (2007). *Food, Nutrition, Physical Activity and the Prevention of Cancer: a Global Perspective. Second expert report*. Washington: WCRF.
- Wendel-Vos, W. (2004). *Public Health Aspects of physical activity*. Wageningen: Wageningen Universiteit.
- Wendel-Vos, G.C.W., Ooijendijk, W.T.M., Baal, P.H.M. van, Storm, I., Vijgen, S.M.C., Jans, M., Hopman - Rock, M., Schuit, A.J., Wit, G.A. de, & Bemelmans, W.J.E. (2005). *Kosteneffectiviteit en gezondheidswinst van behalen beleidsdoelen bewegen en overgewicht*. Bilthoven: RIVM.
- Wendel-Vos, G.C.W., Schuit, A.J., & Seidel, J.C. (2002). *De gevolgen van beleidsmaatregelen uit de Nota Wonen op bewegingsarmoede in Nederland*. Bilthoven: RIVM.
- WHO (1985). *Targets for health for all; targets in support of the European regional strategy for "health for all"*. Copenhagen: WHO.
- WHO (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. Ottawa: First International Conference on Health Promotion.
- WHO (1998). *Health Promotion Glossary*. Geneva: WHO.
- WHO (2002). *Review of national Finnish health promotion policies and recommendations for the future*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

- WHO (2004). *WHO Strategy on Diet, Physical Activity and Health*. Copenhagen: WHO.
- WHO (2007). *The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response*. Copenhagen: WHO.
- WHO (2010a). *The Atlas on substance abuse: Resources for the prevention and treatment of substance use disorders*. Geneva: WHO.
- WHO (2010b). *Global Strategy to reduce the harmful use of alcohol*. Geneva: WHO.
- Wijnen, L.G. van, Boluijt, P.R., Hoeven-Mulder, H.B., Bemelmans, W.J., Wendel-Vos, G.C. (2009). Weight Status, Psychological Health, Suicidal Thoughts, and Suicide Attempts in Dutch Adolescents: Results from the 2003 E-MOVO Project. *Obesity (Silver Spring)*, 18, 1059-1061
- Wilk, E.A. van der, Melse, J.M., Broeder, J.M. den & Achterberg, P.W. (red.) (2002). *Leren van de buren. Beleid publieke gezondheid internationaal bezien*. Bilthoven: RIVM.
- Wilson, J.L. (2002). Leadership development: working together to enhance collaboration. *J. Public Health Manag Pract*, 8, 21-6.
- Winslow, C.E.A. (1923). *The Evolution and Significance of the Modern Public Health Campaign*. New Haven: Yale University Press.
- Witte, K.E., Busch, M.C.M., Massen, I.T.H.M., & Schuit, A.J. (2004). *Brancherapport preventie 2000–2003*. Bilthoven: RIVM.
- WVC (1983). *Voedingsbeleid (18156, nr. 2)*. Rijswijk: WVC.
- WVC (1985). *Health for all by the year 2000. Rapportage Nederland 1985*. Leidschendam: WVC.
- WVC (1986). *Over de ontwikkeling van gezondheidsbeleid: feiten, beschouwingen en beleidsvoornemens. (Nota 2000)*. Leidschendam: WVC.
- WVC (1987). *Stand van zaken voedingsbeleid (18156, nr. 12)*. Rijswijk: WVC.
- WVC (1988a). *Verandering verzekerd. Stapsgewijs op weg naar een nieuw stelsel van zorg*. Rijswijk: WVC.
- WVC (1988b). *Preventie hart- en vaatziekten (20259, nr. 2)*. Rijswijk: WVC.
- WVC (1989). *Doelgericht veranderen. Ontwerp-Kerndocument Gezondheidsbeleid voor de jaren 1990-1995*. Rijswijk: WVC.
- WVC (1990a). *Wet Collectieve preventie volksgezondheid (Stb. 1990, 300)*. Den Haag: Staatsblad.
- WVC (1990b). *MvT Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (20977, nr. 3)*. Den Haag: WVC.
- WVC (1991). *Gezondheid met Beleid (22459, nr. 2)*. Den Haag: WVC.
- WVC (1992a). *Besluit Collectieve Preventie Volksgezondheid (Stb. 1990, 569)*. Den Haag: Staatsblad.
- WVC (1992b). *Nota Gezondheid met beleid. (22459, nr. 2)*. Den Haag: WVC.
- WVC (1992c). *Preventiebeleid voor de Volksgezondheid (22894, nr. 1)*. Den Haag: WVC.
- WVC (1993b). *Antwoorden op kamervragen preventiebeleid (22894, nr. 3)*. Den Haag: WVC.
- WVC (1993c). *2e voortgangsrapportage nota voedingsbeleid (18156, nr. 15)*. Den Haag: WVC.
- WVC (1994a). *Antwoorden op kamervragen preventiebeleid (22894, nr. 7)*. Den Haag: WVC.

WVC (1994b). *Positionering van de jeugdgezondheidszorg 0 - 4 jaar* (23608, nr. 1). Den Haag: WVC.

ZonMW (2008). *Programmatekst Nationaal Programma Ouderenzorg*. Den Haag: ZonMW.

Bijlage 1. Finland

Aanpak

Literatuur onderzoek

Op grond van literatuuronderzoek is een model ontwikkeld, dat bepaalde bestaande modellen met elkaar verbindt. Daarvoor is gekozen omdat het beleid vanuit meerdere invalshoeken wordt geanalyseerd. Als uitgangspunt is het gedragsdeterminanten-model (Mackenbach & Van der Maas, 2008) gehanteerd vanwege de breedte van dit model. Dit model is uitgewerkt en verbreed door gebruik te maken van diverse andere modellen. Daarmee is een voorloper geformuleerd van het 'model' dat in hoofdstuk 3 van dit rapport wordt weergegeven.

Los van dat model is naar publicaties over de Finse situatie gezocht. Daarbij is gebruik gemaakt van Nederlandse literatuur (o.a. Van der Wilk e.a., 2007) en van Pubmed, PiCarta, Science Direct en zoekmachines op internet. De zoektermen die voor dit onderwerp gehanteerd worden zijn: "Health + Finland", "Health + care" + Finland", "Alcohol + Finland", "Nutrition + Finland", "Physical activity + Finland", "Smoking + Finland", "Health in All Policies", "HiAP", "Health Policy Finland", "Health Impact Assessment", "HIA", "World Health Organization + Finland", "Gezondheidsbeleid", "Beleidsinstrumenten" en combinaties van deze trefwoorden. Met deze zoekopdracht kwamen veel (beleids)stukken van de Finse overheid naar voren met betrekking tot gezondheid van de Finse inwoners en de strategie die gehanteerd wordt om de gezondheid te verbeteren.

Interviews/observatie

Voor het exploratieve onderdeel van dit onderzoek is gekozen voor het afnemen van interviews en het doen van observaties tijdens het verblijf in Finland. Gezien het onderwerp van dit onderzoek is gekozen voor zo breed mogelijke spectrum van deelnemers om een zo volledig mogelijk beeld te krijgen van betrokkenen bij verschillende fases van het gezondheidsbeleid. Niet alleen is gesproken met beleidsmakers maar ook met beleidsuitvoerders. In ieder interview is gekeken naar de kennis over gezondheid en gezondheidsmodellen.

Er is gekozen om geen gebruik te maken van één gestructureerde vragenlijst omdat de verschillen tussen de geïnterviewden te groot waren. Wel is gebruik gemaakt van semi-gestructureerde vragenlijst met een patroon van vragen, waardoor dezelfde onderwerpen terugkwamen in elk interview.

In Nederland zijn via een zestal contacten in Finland afspraken gemaakt om interviews af te nemen in Finland met betrekking tot het gezondheidsbeleid. Deze contacten waren onderzoekers, beleidsvormers en consultants op gebied van gezondheidsbeleid in Finland. Vervolgens is aan deze contacten gevraagd of zij nog geschikte personen kenden die relevant zouden kunnen zijn voor het onderzoek om te interviewen.

Aan de hand van de planning van de verschillende interviews werd een reis van 30 dagen gepland naar Finland om een volledig beeld te krijgen van het Finse gezondheidsbeleid. Naast de geplande interviews zijn er tijdens het verblijf in

Finland verschillende instanties en personen benaderd om deel te nemen aan het onderzoek.

Zodoende is er een onderzoeksgroep opgesteld met mensen uit de overheid, lokale overheid (gemeentes), universiteiten, onderzoeksbureaus, consultanciens, gezondheidscentra, scholen, sportverenigingen en centra voor de bevordering van gezondheid. Ook is er veel gesproken met inwoners van Finland over de werking en beleving van het Finse gezondheidsbeleid om een correct beeld te krijgen. Daarnaast is er ook een groot aantal bezoeken geweest om goede observaties te kunnen maken.

Meet- en analysemethoden

Omdat het een exploratief onderzoek betreft is gebruik gemaakt van observaties en van semi-gestructureerde interviews. Er is voor deze methode gekozen vanwege de zeer gevarieerde onderzoeksgroep. De verschillende niveaus waarop de geïnterviewden met het beleid te maken hebben zorgen ervoor dat er geen gebruik gemaakt kan worden van gestructureerde interviews. Deze interviews zijn vanaf de band (woordelijk) uitgewerkt en de relevante onderdelen zijn opgenomen in het onderzoek.

Tot slot is bij de analyse van de interviews gekozen voor het uitwerken en coderen van deze interviews. De observaties worden in de rapportage benoemd, maar zijn niet aan een daadwerkelijke analyse onderworpen.

Overzicht geïnterviewde personen Finland (april-mei 2010)

1. Kari Välimäki, Permanent Secretary van het Ministerie van Sociale Zaken en Gezondheid
2. Tapani Melkas & Eeva Ollila, senior beleidsmedewerkers Ministerie Sociale Zaken en Gezondheid
3. Mikko Vienonen, Chairman Expert Group on Non-Communicable Diseases related to Lifestyles and Social and Work Environments, voorheen adviseur minister
4. Marita Päivärinne, Head of Health center of Salo
5. Riitta Simoila, Development Director, Administration and Service Centre Helsinki
6. Ann-Marie Turtiainen, Helsinki Health center project manager
7. Tuomas Tekanen, Senior developer Alcohol projectgroup THL
8. Hanne Kivimäki, Onderzoeker Universiteit van Tampere
9. Manager Vaasa Sport
10. Olli Autio (rector) & Katriina Rinne (taaldocente), Huutoniemen koulu (Basisschool Vaasa)

Bijlage 2. Overzicht relevante dissertaties

Niet uitgesloten kan worden dat er nog andere relevante dissertaties zijn, die niet in de bijlage zijn opgenomen, aangezien niet alle dissertaties in Narcis (het nationale overzicht van dissertaties en onderzoek) zijn aangemeld of in andere publicaties geciteerd worden. De bronnen voor dit overzicht zijn verwijzingen in de gebruikte literatuur en Narcis.nl.

Vooraf dient te worden gesteld dat sommige dissertaties tekort wordt gedaan, omdat alleen de onderdelen die relevant zijn voor het onderwerp van dit proefschrift in de korte weergaves aan de orde komen. Dissertaties die betrekking hebben op sociaaleconomische gezondheidsverschillen en de onderliggende determinanten zijn niet in het overzicht opgenomen, behalve als in die dissertatie de nadruk ligt op overgewicht.

Naast de hier beschreven dissertaties zijn er nog verschillende dissertaties in voorbereiding (onder andere Mieke Steenbakkers, Theo Kuunders, Anita Vermeer, Sanne Gerards, Anna-Marie Hendriks) en lopen er diverse onderzoeksprogramma's op dit terrein.

Evelyn de Leeuw: Health Policy. An exploratory inquiry into the development of policy for the new public health in the Netherlands, 1989.

De Leeuw verkent het overheidsbeleid op het gebied van publieke gezondheid vóór de inwerkingtreding van de WCPV. De Nota 2000 staat centraal in haar onderzoek. Aan de hand van de agenda-bouw theorie wordt nagegaan op welke wijze de overheid probeert daadwerkelijk gezondheidsbeleid van de grond te krijgen. Deze theorie gaat uit van het bestaan van verschillende belangengroepen, die kunnen bijdragen aan het agenderen van een issue (in dit geval gezondheidsbeleid), het belang van media en symboliek en het door betrokkenen ervaren karakter van het onderwerp. Geconstateerd wordt dat de overheid modelmatig niet heeft gekozen voor het 'van-buiten-initiatief' of 'van-binnen-initiatief', maar voor het mobilisatiemodel, waarbij een onderwerp op de 'systeem-agenda' wordt gezet en maatschappelijke steun dient te leiden tot uiteindelijk effectief beleid.

De belangrijkste conclusie is dat geen enkele respondent de Nota 2000 onvoorwaardelijk haalbaar vond. In totaal worden 97 hindernissen voor implementatie genoemd. De aanbevelingen hebben betrekking op versterking van de communicatie, issue-presentatie (niet alleen sociale relevantie, maar ook institutionele relevantie benoemen) en identificeren van betrokkenen met de meeste 'macht'. Enkele maanden voor het gereedkomen van de dissertatie komt het wetsontwerp WCPV uit en het ontwerp Kerndocument Gezondheidsbeleid. De Leeuw legt deze beide documenten langs de meetlat van haar onderzoek en komt tot de conclusie dat het onwaarschijnlijk is dat deze documenten tot een effectief gezondheidsbeleid zullen leiden. In haar dissertatie heeft zij niet meer de constatering kunnen verwerken dat het ontwerp Kerndocument nooit verder is gekomen dan de ontwerpfase.

Joop ten Dam, Gezonde stadsgezichten: een studie naar gezondheidsverschillen en stedelijk gezondheidsbeleid, Utrecht 1997.

Ten Dam construeert op grond van een analyse van Amerikaanse, Canadese en Nederlandse gezondheidsprojecten een model waarmee de waarschijnlijke

effectiviteit en haalbaarheid van gezondheidsprojecten en gezondheidsbeleid kunnen worden voorspeld. Zijn model is gebaseerd op de uitgangspunten van het WHO Healthy Cities Programma en kent drie dimensies:

- a. Doelstellingen;
- b. Vier intermediaire strategieën:
 - gegevens als basis,
 - intersectorale samenwerking,
 - politieke binding en
 - participatie
- c. Territoriaal kader (wijk, buurt).

Ten Dam operationaliseert deze dimensies vervolgens. Hij beschouwt ze in meer of mindere mate als continuo en is in staat om voor al deze dimensies minimumeisen te formuleren. Zo werkt hij bijvoorbeeld het aspect participatie uit in 4 deelaspecten:

- Aard van de participatie: hiervoor hanteert hij de ladder van Arnstein (1969) met als hoogste trede 'zelfbestuur' en als laagste trede 'manipulatie';
- Fase waarin participatie plaatsvindt (van participatie in ideevorming tot participatie in de uitvoering);
- Betrokkenen bij de participatie (weinig of veel betrokkenen, per persoon veel of weinig tijdsinvestering);
- Bereik van de participatie (inhoud van een project, de financiering, de organisatie, of om combinaties daarvan?).

De minimumeisen voor ieder (deel)aspect leveren een toetsingskader op, dat Ten Dam langs projecten legt die op dat moment in de grote steden worden uitgevoerd. De conclusie van deze toetsing is dat geen enkel project aan de geformuleerde minimumeisen voldoet en dat de slaagkans van de projecten dan ook beperkt is. Een korte survey op dit moment bevestigt dit beeld: slechts een enkel project dat door Ten Dam is onderzocht, bestaat nog, zij het slechts in afgeslankte vorm. In hoofdstuk 4 komen diverse aspecten van het model van Ten Dam terug.

Jitse Pieter Van Dijk. Gemeentelijk gezondheidsbeleid, Omvang en doelgerichtheid, Groningen, 2001.

Van Dijk heeft aan de hand van het collegeprogramma en begrotingen van 80 gemeenten een analyse gemaakt van de omvang van het gemeentelijk gezondheidsbeleid in relatie tot enkele variabelen: verstedelijking, politieke kleur, politieke stabiliteit, politieke participatie en de omvang van het bij het beleidsterrein passende probleem. Binnen het gemeentelijk gezondheidsbeleid onderscheidt hij 11 terreinen (fysieke omgeving, bewegen, gezondheidszorg, verkeersveiligheid, jeugd, gehandicapten, ouderen, minderheden, wonen, werken en sociale veiligheid), die ook terugkomen in de Nota 2000. Hij constateert diverse significante relaties, zowel positief als negatief, tussen verschillende variabelen en de omvang van het gemeentelijk gezondheidsbeleid. Voor de doelgerichtheid van het lokaal gezondheidsbeleid wilde Van Dijk hetzelfde model gebruiken. Toen dat model niet bleek te werken is een aangepast model gebruikt met verstedelijking, de stabiliteit van het college, de steun voor het college en de politieke aandacht voor het beleidsterrein als factoren. Zijn conclusie is onder andere dat er nog veel sectoraal wordt gedacht en dat er nog diverse lacunes in beleid zijn. Zijn aanbevelingen hebben betrekking op nader onderzoek (case-study, longitudinaal en internationaal onderzoek) om het beeld uit zijn onderzoek te verdiepen.

Loes Van Herten. Health targets; navigating in health policy, 2001.

Van Herten gaat in haar dissertatie na of het formuleren van concrete (kwantitatieve) doelstellingen voor gezondheidsbeleid bijdraagt aan de effectiviteit van de uitvoering van dat beleid. Zij analyseert daartoe de rol die gezondheidsdoelstellingen vanaf 1986 (Nota 2000) in het gezondheidsbeleid hebben gespeeld. Haar conclusie is dat gezondheidsdoelstellingen behulpzaam zijn voor het voeren van een gezondheidsbeleid, omdat ze de discussie focussen, het commitment bevorderen en de monitoring vergemakkelijken. Haar aanbeveling is dan ook dat kwantitatieve gezondheidsdoelen worden geïntroduceerd in het gezondheidsbeleid, teneinde de potentiële effectiviteit daarvan te kunnen verbeteren. In de praktijk is het aantal kwantitatieve doelstellingen echter zeer beperkt gebleven (zie hoofdstuk 2).

Wim Gorissen, Kennis als hulpbron: het gebruik van wetenschappelijke kennis bij beleidsvorming in de jeugdgezondheidszorg voor 4-19-jarigen, Utrecht 2001.

Gorissen gaat door een vergelijkend onderzoek in 4 GGD-regio's de rol na die wetenschappelijke kennis en andere factoren spelen bij de totstandkoming van programma's en activiteiten op het gebied van jeugdgezondheidszorg. Zijn conclusie is dat het activiteitenpakket in de regio's verschillend is. Dat wordt niet zozeer veroorzaakt door het gebruik van verschillende wetenschappelijke kennis, maar door de dynamiek van het netwerk, waarin de jeugdgezondheidszorg zich afspeelt. Hierin spelen scholen, gemeenten, andere lokale organisaties en zorgorganisaties een belangrijke rol. Vooral het management en de professionals binnen de JGZ brengen wetenschappelijke kennis in in de discussie die leidt tot het activiteitenpakket. De aanbeveling van Gorissen is dat ze dit meer systematisch en weloverwogen doen. Een grotere plaats voor deze 'body of evidence' leidt tot een meer evidence-based manier van werken en maakt beleid minder afhankelijk van andere factoren, die de uiteindelijke effectiviteit van het beleid negatief beïnvloeden.

Guus de Hollander, Assessing and evaluating the health impact of environmental exposures, Utrecht 2004.

De Hollander stelt vast dat het aandeel van de invloed van de ruimtelijke omgeving op de volksgezondheid in het begin van de vorige eeuw wel 70-80% bedroeg, maar dat dit percentage momenteel op 5-10% moet worden gesteld. Niettemin heeft verbetering van de fysieke omgeving nog steeds een flinke potentie om gezondheidswinst te behalen. De Hollander stelt vast dat traditioneel risk assessment en risk management vaak niet voldoet of slechts een beperkte invloed in het besluitvormingsproces heeft als andere overwegingen een grotere rol spelen. Daarom introduceert vier vormen van risk assessment, die in uiteenlopende situaties gebruikt kunnen worden:

- Business as usual: traditionele, kwantitatieve analyses en risk management;
- Het uitgaan van schaarste voor wat betreft gebruik van ruimte in Nederland en het mee laten wegen van dit aspect bij het maken van keuzes bij de inrichting van de fysieke omgeving;

- Een besluitvormingsproces op grond van inhoudelijke afwegingen in situaties, waar kwantitatieve berekeningen niet bijdragen aan de oplossing van een probleem;
- Het hanteren van 'wijsheid' als onwetendheid of onbegrip in het proces een grote rol spelen.

Voor deze vier benaderingen stelt De Hollander procedures op inclusief regels voor besluitvorming, doelstellingen, oplossingsrichtingen, strategieën en beleidsinstrumenten.

Daarnaast is in het kader van dit onderzoek een instrument ontwikkeld waarmee verschillende problemen in de fysieke omgeving ten opzichte van elkaar geordend kunnen worden. Hierbij wordt gebruik gemaakt van DALY's (Disability Adjusted Live Years). Toepassing van dit instrument leidt tot de conclusie dat vermindering van luchtverontreiniging en het verbeteren van een slecht binnenklimaat de meeste DALY's oplevert en het meest kosteneffectief is. Een aanbeveling betreft het optimaliseren van deze instrumenten door systematische peer review en het betrekken van andere stakeholders bij het formuleren van het kader voor deze instrumenten.

Wanda Wendel-Vos, Public health aspects of physical activity, Wageningen, 2004.

Dit betreft een onderzoek naar een goede methodologie voor het onderwerp 'bewegen en gezondheid', naar determinanten voor bewegen en naar de relatie tussen bewegen en verschillende gezondheidsuitkomsten.

Het eerste deel van het onderzoek leidde tot een gevalideerde en reproduceerbare korte vragenlijst (SQUASH), voor wat betreft determinanten werd een omgekeerde relatie gevonden tussen 'bewegen' en 'cognitief onderkennen van het belang van bewegen' en werd een positieve correlatie gevonden met 'perceptie van eigen effectiviteit' en met 'de perceptie van voldoende, betaalbare beweeg- en sportfaciliteiten in de directe omgeving'. In een ander onderdeel van het onderzoek wordt een relatie gevonden tussen de tijd dat mensen wandelen en fietsen en de oppervlakte van groene recreatieruimte in hun omgeving.

In het derde deel van de studie worden, op grond van een meta-analyse van 31 studies een inverse relatie gevonden tussen bewegen en CVA's (25-40% minder risico). In een Nederlandse cohortstudie wordt tenslotte een relatie vastgesteld tussen bewegen, BMI en cardiovasculaire aandoeningen.

Tenslotte worden cross-sectionele en longitudinale verbanden gezocht tussen bewegen en gezondheidgerelateerde kwaliteit van leven. De cross-sectionele verbanden werden niet bevestigd door de longitudinale verbanden. Cross-sectionele verbanden hadden met name betrekking op fysieke aspecten van kwaliteit van leven, terwijl longitudinale verbanden meer betrekking hadden op psychische aspecten van kwaliteit van leven.

Marjan Hoeijmakers, Local health policy development processes. Health promotion and network perspectives on local health policy-making in the Netherlands. Maastricht, 2005.

Hoeijmakers onderzoekt de vorming van lokaal gezondheidsbeleid aan de hand van de casus Hartslag Limburg (zie ook de dissertaties van Jansen en Ruland), in de veronderstelling dat een dergelijk project bijdraagt aan de vorming van het lokale gezondheidsbeleid. Het evaluatie-instrument is ontwikkeld op basis van de

Stromentheorie van Kingdon (1995) en een analyse van de essentie van lokaal gezondheidsbeleid. De Stromentheorie gaat er vanuit dat beleidsvorming en beleidsinnovatie op gang komen als er een urgent probleem is, er een acceptabele en haalbare oplossing in het verschiet ligt en de tijd er rijp voor is. Beleidsentrepreneurs bevorderen dit proces. Het evaluatie-instrument is “een samenhangende verzameling van evaluatie-criteria en indicatoren gericht op vijf thema's: perspectief op lokaal gezondheidsbeleid, de rol van de gemeente in het beleidsproces, stakeholders, het beleidsnetwerk en de GGD.” (...) “Bevorderende factoren in het beleidsproces zijn: de activiteiten van een beleidsentrepreneur, inbreng van professionals, de bevolking en andere gemeentelijke afdelingen, politieke betrokkenheid, en een concreet beleidsplan.”

Hoeijmakers definieert community projecten als projecten die *“worden gekenmerkt door hun grote omvang (in termen van methoden, activiteiten en partners), complexiteit, participatie van de bevolking, een lange tijdsduur en flexibiliteit.”* Ze constateert dat het project Harts slag geen katalyserende werking heeft gehad op de vorming van lokaal gezondheidsbeleid.

Om die reden zoekt ze nader in op de wijze waarop het beleidsproces wel is verlopen in vier gemeenten in Midden-Limburg. Dit gebeurt onder andere aan de hand van een stakeholder- en netwerkanalyse. Belangrijke conclusies zijn:

- De gemeente heeft een centrale rol, maar vult die minimaal in door het beleidsproces te faciliteren. De gemeente ziet lokaal gezondheidsbeleid met name als een verplichting, die door de WCPV aan gemeenten is opgelegd;
- De GGD heeft de potentie en de kennis om een belangrijke rol te spelen in het proces, maar wordt niet of nauwelijks in die positie gebracht.
- Er waren geen duidelijke beleidsentrepreneurs in gemeenten, waardoor integraal beleid, al dan niet in de vorm van een samenhangend beleidsplan niet van de grond is gekomen.
- Netwerkanalyse verschaft inzicht in de posities en verbondenheid van stakeholders en hun mogelijkheden het beleidsproces te beïnvloeden.
- Verder onderzoek is nodig naar de effectiviteit en dynamiek van netwerken in de loop van de tijd, als de context waarin deze netwerken actief zijn, wijzigt.

Maria Jansen. Mind the Gap; collaboration between practice, policy and research in local public health. Maastricht 2007.

Jansen onderzoekt de dynamiek in de driehoek praktijk, beleid en onderzoek op het gebied van publieke gezondheidszorg. Zij beschrijft de drie ‘helixen’ van de werkprocessen van beleid, praktijk en wetenschap die alle drie dezelfde vier stappen kennen: probleemstelling, formulering van activiteiten, uitvoering en evaluatie. Jansen poneert de hypothese dat die drie werkprocessen om verschillende (13) redenen niet of nauwelijks op elkaar zijn afgestemd, terwijl een geconcentreerde uitvoering, vanwege de samenhang tussen die drie werkprocessen, essentieel is voor effectief beleid op het gebied van publieke gezondheid. Jansen definieert een matrix van actoren op bestuurlijk, management en uitvoerend niveau voor ieder van de domeinen en benadrukt dat de rol van deze actoren niet bij iedere stap even groot is; zo zouden wethouders zich niet met de uitvoering van praktijk of onderzoek moeten bezighouden. Persoonlijke banden op horizontaal niveau zijn van groot belang voor een effectieve afstemming van de drie werkprocessen, evenals ‘social and policy entrepreneurs’, die veranderingen op gang kunnen brengen.

Een interface is nodig die de drie processen op een meer structurele manier met elkaar verbindt. Die interface moet rekening houden met de determinanten, die op ieder van de drie niveaus bepalend zijn voor de kwaliteit van de samenwerking. Voor de gunstige beïnvloeding van die determinanten worden 30 praktische strategieën genoemd. Vervolgens worden 6 projecten gescreef op de wijze, waarop de betreffende strategieën zijn toegepast.

De algehele conclusie is dat de kloof tussen beleid, praktijk en wetenschap kan worden overbrugd, als aan vijf voorwaarden wordt voldaan:

1. een samenhangende toepassing van praktische strategieën op de drie systeemniveaus;
2. toepassen van organisatieontwikkelingsstrategieën;
3. formulering van prestatie-indicatoren die de eigen organisatie overstijgen;
4. vaststellen van praktische strategieën op maat;
5. voorafgaand aan de start van samenwerking aandacht wordt gegeven aan de gewenste verbindingen tussen beleid, praktijk en onderzoek.

De aanbevelingen van Jansen liggen in het verlengde van de conclusies, met als belangrijkste aanbeveling de vorming van Academische Werkplaatsen Publieke Gezondheid als infrastructuur voor de borging van deze samenwerking.

Marleen Bekker. The politics of healthy policy: Redesigning health impact assessment to integrate health in public policy. Rotterdam, 2007.

Health Impact Assessment (HIA) wordt in het Nederlands vertaald met Gezondheidseffectedschatting (GES). Met dit instrument wordt beoogd gezondheidseffecten in voorgenomen beleid zichtbaar te maken en te agenderen. De centrale vraag in het onderzoek van Marleen Bekker is wat de rol is van Gezondheidseffectedschatting bij de integratie van gezondheid in beleid. Zij analyseert daartoe eerst de karakteristieken van het instrument en gaat vervolgens na hoe GES in drie case-studies is gebruikt. Haar belangrijkste conclusie is dat *“de nadruk op een technisch-rationeel ontwerp van de GES de integratie van gezondheid in beleid eerder belemmert dan bevordert. Het heeft een politiserend effect op de gepresenteerde kennis in plaats van het gewenste rationaliserende effect op beleid.(...) De verklaring ligt voor een deel bij het ontwerp van GES, voor een ander deel bij de interne verdeeldheid en onzekerheid in de publieke gezondheidssector.”* (p. 233-234). Bekker beveelt aan om de GES om te vormen tot een *“reflectief procesontwerp, waarbij de regels, functies en rollen van GES gaandeweg en in samenspraak met de relevante beleidsmakers en belanghebbenden worden ontwikkeld. Dit vergt een andere attitude en een leerproces bij alle betrokkenen. Zowel van betrokkenen aan de kant van ruimtelijke ordening en andere ‘niet-gezondheid- domeinen’, alsook van de zijde van de GGD.”*

Ellen Molenaar, Obesity Matters : Findings in the Utrecht Health Project and the Framingham Heart Study, Utrecht 2008.

De opening van het gezondheidscentrum Leidsche Rijn in Utrecht bood de mogelijkheid om van alle nieuw ingeschreven patiënten data te verzamelen met betrekking tot fysieke aspecten, leefwijzen, gezondheidsrisico's en ziekten. Deze data zijn zowel longitudinaal geanalyseerd alsook vergeleken met data uit de Framingham Heart Study.

Overgewicht kon in verband worden gebracht met een brede range van gezondheidsproblemen en een verminderde kwaliteit van leven. Meten van BMI bij de intake in een huisartsenpraktijk is een goede methode om gezondheidsrisico's in te schatten.

De conclusies hebben zowel betrekking op verschillende vormen van therapie alsook op vormen van preventie. Een gerandomiseerd onderzoek vond plaats naar het effect van beweegadviezen en voedingsadviezen. Uit het onderzoek bleek dat beweegadviezen weinig toegevoegde waarde hadden boven voedingsadviezen door eerstelijns disciplines voor wat betreft de reductie van BMI, maar wel enige invloed hebben op de buikomvang.

Vergelijking van data van metingen met zelfgerapporteerde data toont aan dat er een onderschatting van gezondheidsrisico's plaats vindt als wordt uitgegaan van zelfgerapporteerde data.

Erik Ruland. Bestuurlijke verankering van innovaties in de openbare gezondheidszorg, 2008.

Ruland onderzoekt aan de hand van de casus 'Hartslag Limburg' (zie ook Marjan Hoeijmakers en Maria Jansen) verschillende aspecten van de bestuurlijke verankering van innovaties in de gezondheidszorg, met name de rol die verandermanagement vanuit de GGD kan spelen bij het verkrijgen en borgen van de bestuurlijke verankering. Aanleiding waren de bestuurlijke perikelen rond het project 'Hartslag Limburg', waardoor het 'community-deel' van het project in 2002 werd gestopt. Enkele activiteiten werden onderdeel van het basistakenpakket van de GGD Zuid-Limburg.

Ruland maakt gebruik van het WIZ-model (Werkgroep Integrale Zorg) en modelleert dit voor de specifieke onderzoeksvragen van dit onderzoek. *"Het model onderscheidt vier dimensies of clusters van factoren, die van invloed zijn op de bestuurlijke verankering van samenwerking. Verandermanagement (1), onder andere bestaand uit visie, sociaal ondernemerschap en beïnvloedingsstrategieën, moet leiden tot de gewenste bestuurlijke verankering van samenwerking, maar wordt beïnvloed door externe factoren (2), de lokale context (3) en de mate van draagvlak (4). De mate van bestuurlijke verankering wordt bepaald aan de hand van vier aspecten: formalisatiegraad, duurzaamheid, inzet van mensen en middelen, en reikwijdte."* (citaat uit samenvatting).

Ten aanzien van de tweede dimensie (externe factoren) wordt geconstateerd dat met name financieringsproblemen (korting op gemeentefonds, meer taken zonder bijbehorende middelen) remmend hebben gewerkt. Ten aanzien van de derde dimensie (lokale context) komt de stoeve relatie tussen GGD en gemeenten als remmende factor naar voren. Om die reden wordt een extra hoofdstuk gewijd aan de gemeentelijke regierol, wordt deze regierol onderdeel van het model gemaakt en wordt ten aanzien van deze rol geconcludeerd dat deze ten tijde van het project onvoldoende wordt ingevuld. Gelet op de focus van deze dissertatie (effectiviteit lokaal gezondheidsbeleid) wordt onderstaand geciteerd wat in de dissertatie van Ruland als gemeentelijke regierol wordt gedefinieerd: *"een bijzondere vorm van sturen die is gericht op de afstemming van actoren, hun doelen en handelingen tot een meer samenhangend geheel, met het oog op een bepaald resultaat. Deze regievoering vereist een duidelijke gemeentelijke visie, die vertaald wordt in een politiek-bestuurlijke en ambtelijke prioriteitstelling, evenals het vaststellen van de daarvoor benodigde en beschikbare gemeentelijke middelen. Daarentegen wordt*

een gebrekkige regierol gekenmerkt door het vermijden van besluitvorming over politiek-bestuurlijke en ambtelijke prioriteiten, het negeren van verantwoordelijkheid voor het vaststellen van benodigde middelen en het ongebruikt laten van autoriteit. Het uitvoerende deel van de regierol heeft de gemeente grotendeels ondergebracht bij de GGD.”

Voor wat betreft de eerste dimensie (verandermanagement) wordt gefocust op de activiteiten van de GGD in dit kader. Een onderscheid wordt gemaakt tussen operationeel management en leiderschap. In beide worden lacunes geconstateerd, zij het dat in de deelcasus Margraten het verandermanagement wel effectief was, mede door de positieve lokale context (adequate regierol gemeente).

Meting van de vierde dimensie (draagvlak) laat op sommige onderdelen een positieve score zien, maar het algemene beeld is toch een tanend draagvlak, vooral vanwege de effecten van de bezuinigingen en de opvattingen van de dominante gemeente (Maastricht).

De vijf aanbevelingen hebben betrekking op (1) meerjarige afspraken tussen gemeenten en GGD'en, (2) een sterkere betrokkenheid van gemeenten bij de toekenning van innovatiegelden, (3) het afschaffen van de dubbele-pet-constructie van wethouders en GGD-bestuurders, (4) de ontwikkeling van een landelijk erkende set van procesindicatoren voor gezondheidsbevordering en (5) nader onderzoek ten bevordering van de leiderschapsrol van de GGD.

Carlijn Kamphuis, Explaining Socioeconomic Inequalities in Health Behaviours: the role of environmental factors, Rotterdam, 2008.

Kamphuis heeft onderzoek gedaan naar de relatie tussen omgevingskenmerken en de mate van bewegen respectievelijk de mate van consumptie van groente en fruit. Zij heeft een conceptueel model opgesteld, waarin de bestaande kennis over mechanismen die een rol spelen bij sociaaleconomische gezondheidsverschillen wordt gecombineerd met de literatuur over determinanten van gezondheidgerelateerd gedrag. Dit is de basis voor het onderzoek, dat voor een deel bestaat uit eigen empirisch onderzoek en voor een deel een meta-analyse is van andere studies. De volgende conclusies worden getrokken:

1. Het gedrag van de sociale omgeving is zeer bepalend voor het eigen gedrag;
2. Mensen met een lage SES benadrukken meer dan mensen met een hoge SES de onveiligheid en onaantrekkelijkheid van de buurt, de beperkte toegang tot sportfaciliteiten en de hoge prijs van sportfaciliteiten, als redenen voor het niet lichamelijk actief zijn.
3. De dichotomie 'sporten' of 'niet actief zijn' blijkt gecorreleerd te zijn met fysieke omgevingsfactoren en persoonlijke cognities. De dichotomie 'minder sporten' of 'sporten volgens de norm' blijkt niet gecorreleerd te zijn met fysieke omgevingsfactoren, maar alleen met persoonlijke cognities.
4. Er zijn sociaaleconomische verschillen in sportdeelname, die voor een belangrijk deel kunnen worden verklaard uit ongunstige buurtfactoren, ongunstige omstandigheden in het huishouden en ongunstige individuele cognities.
5. Ouderen met een lagere SES wandelen minder. Individuele cognities bleken de meest verklarende factor. Percepties van de buurt vertaalden zich in negatievere cognities.
6. Negatieve percepties van een buurt konden maar voor een deel verklaard worden uit objectieve verschillen. Psychosociale factoren (vaker depressieve

- stemming) en sociale factoren (minder ervaren cohesie in de buurt) bleken ook van belang als verklaring voor het verschil in percepties.
7. Mensen fietsen meer in een aantrekkelijke en veilige buurt.
 8. Bestaande studies naar de relatie tussen gezonde voeding en buurtkenmerken laten geen correlaties zien, met uitzondering van de relatie fruit- en groenteconsumptie en gezinsinkomen. Mensen met een lager gezinsinkomen eten minder groenten en fruit.
 9. Nader onderzoek is nodig, waarbij een meer geïntegreerde omgeving (werkomgeving, overheidsbeleid, invloed van de media, huishouden, overige sociale omgeving, fysieke omgeving) uitgangspunt van onderzoek dient te zijn.

Wilma Jansen, Prevention of Childhood Obesity in a Municipal Setting, Rotterdam, 2009.

Op grond van gegevens uit de Jeugdmonitor Rotterdam, aanvullend longitudinaal onderzoek, gegevens uit de JGZ-contactmomenten en een cluster gerandomiseerd onderzoek onder 20 basisscholen onderzoekt Jansen mogelijke verbanden tussen voeding, bewegen, welbevinden, sociaalgeografische determinanten, sociaaleconomische determinanten en overgewicht en de effectiviteit van de interventie 'Lekker fit'. De studie eindigt met een heldere, beknopte samenvatting: *"In vergelijking met landelijke cijfers, is de prevalentie van overgewicht in Rotterdam hoog, vooral onder kinderen in de oudere stadswijken. Preventieve interventies zijn dan ook hard nodig. Zelfgerapporteerde lengte en gewicht gegevens van brugklassers resulteren in een onderschatting van de prevalentie van overgewicht. Er is geen bewijs gevonden voor negatieve effecten van gewichtstatus op psychisch welbevinden van jonge adolescenten. Wat de leefstijlaspecten betreft waarop het landelijke overbruggingsprotocol zich richt, zijn er aanzienlijke verbeteringen mogelijk. Aangezien de verschillen naar sociodemografische achtergrondkenmerken klein zijn, is daarbij voor preventieve interventies een generieke benadering wenselijk bij kinderen in oudere stadswijken. Het stimuleren van fysieke activiteit sluit het beste aan bij de gedragsintenties van kinderen, het ontmoedigen van beeldschermtijd (TV en computer) het minste.*

Ongeveer de helft van de ouders van een kind met overgewicht (h)erkent dit overgewicht niet bij hun kind. Deze bevinding hangt niet samen met het opleidingsniveau van de ouders, het geslacht of de etnische herkomst van het kind.

Lekker Fit!, een interventie bestaande uit meerdere componenten, gericht op de reductie van overgewicht en toename van fitheid bij basisscholieren, heeft gunstige korte termijn effecten op de prevalentie van overgewicht, middelomtrek en uithoudingsvermogen bij middenbouw leerlingen (groep 3-5). Dergelijke effecten werden niet gevonden voor bovenbouw leerlingen (groep 6-8). Alhoewel Lekker Fit! gunstige effecten had op de prevalentie van overgewicht, nam de prevalentie niet af. Daarom is verdere intensivering van de interventie nodig. Bij de verdere intensivering en implementatie van Lekker Fit! is nader evaluatieonderzoek gewenst."

Jolanda Maas, Vitamin G: Green environments – healthy environments. Nivel, Utrecht, 2009.

Aan de hand van data uit de tweede nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk (NS2), de politiemonitor en het landelijk grondbestand onderzoekt Maas vier vraagstellingen:

- Determinanten binnen de relatie tussen groen en gezondheid
- Mechanismen die verband houden met blootstelling en gedrag als verklaring voor de relatie tussen groen en gezondheid
- De relatie tussen groen en veiligheid
- Het gebruik van groen in de gezondheidszorg.

Haar belangrijkste conclusies zijn:

1. Bij het onderzoek is sprake van indirecte (statistische) en directe selectie (bewuste keuze voor bepaalde woonomgeving). Voor indirecte selectie kon in het algemeen worden gecorrigeerd, voor directe selectie niet. Andere studies tonen echter aan dat de invloed van directe selectie klein is.
2. Er is in Nederland een lineaire relatie tussen de hoeveelheid groen en ervaren gezondheid. Die relatie (1,5) is zelfs sterker dan de relatie tussen verstedelijking en ervaren gezondheid. Ook in andere landen wordt een positieve relatie tussen groen en ervaren gezondheid vastgesteld, zij het met andere nuances of deelaspecten dan de Nederlandse situatie.
3. Er is een positieve relatie tussen groen in de omgeving en morbiditeit, zij het niet zo sterk als de relatie tussen groen en ervaren gezondheid. 18 van de 24 ziekteclusters uit NS2 scoren positiever voor mensen die in een groene omgeving wonen (gecorrigeerd voor sociaaleconomische en demografische factoren). De relatie is het sterkst voor angststoornissen en depressie. Een gezondere luchtkwaliteit in een groene omgeving is waarschijnlijk een verklarende factor.
4. Een groene omgeving heeft een buffereffect op de negatieve invloed van stressvolle levensgebeurtenissen op de ervaren fysieke gezondheid. Dit lijkt vooral voorbehouden aan grotere natuurgebieden.
5. Er bleek nauwelijks een relatie tussen groen en bewegen, afgemeten aan de NNGB, behalve voor adolescenten. Tuinieren en fietsen naar werk en school bleken wel positief gecorreleerd met de hoeveelheid groen in de omgeving.
6. Mensen in een groene omgeving zijn minder vaak eenzaam en ervaren meer sociale steun. Dit geldt vooral voor mensen met een lagere SES. Deze relatie medieert voor een deel de relatie tussen groen en gezondheid.
7. Mensen in een groene omgeving voelen zich veiliger, met uitzondering van sterk verstedelijkte gebieden met 'gesloten' groen.
8. In de intramurale gezondheidszorg is er aandacht voor de positieve werking van groen op de gezondheid (zorgboerderijen, groen rond instellingen voor ouderenzorg). 26% van de huisartsen adviseren in algemene zin meer te gaan bewegen, maar geen huisartsen voegen daar aan toe dat bewegen in de natuur beter is.

De aanbevelingen hebben betrekking op explicietere beleidsaandacht op landelijk niveau voor groen op zich, naast luchtkwaliteit en geluidshinder als afzonderlijke componenten van een groene omgeving. Vergelijkbare aanbevelingen worden gedaan voor het gemeentelijke niveau. Slechts de vier grote steden hebben het bevorderen van groen in hun nota lokaal gezondheidsbeleid opgenomen.

Een andere aanbeveling heeft betrekking op vervolgonderzoek naar verschillende deelaspecten.

Een dissertatie die raakt aan dit onderwerp is het proefschrift van Hanneke Kruijs (2007), die waarschijnlijk maakt dat een beleid gericht op het verkleinen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen ook kan verlopen via een ruimtelijke ordeningsbeleid, gericht op een betere verdeling van 'groen'.

Annemarie Wagemakers, Community health promotion. Facilitating and evaluating coordinated action to create supportive social environments. Wageningen, 2010.

Wagemakers stelt het probleem centraal dat het implementeren en evalueren van community projecten nog onvoldoende wetenschappelijke basis heeft en dat de rol van de sociale omgeving in projecten vaak wordt vergeten of onderbelicht. Aan de hand van enkele theoretische modellen (waaronder de participatietypologie van Pretty (1995)) en op grond van een analyse van een zestal samenwerkingsprojecten stelt Wagemakers een checklist op, die dienst kan doen bij de behoefte-inventarisatie, ontwikkeling, implementatie en evaluatie van community projecten.

De toepassing van deze checklist heeft geleid tot het benoemen van de succesfactoren voor community projecten en tot een raamwerk voor het faciliteren en evalueren van de sociale omgeving binnen een community project. De succesfactoren zijn:

- Vertegenwoordiging van betrokkenen, inclusief burgers
- Communicatie over missie, doelen, taken en rollen
- Een goede communicatiestructuur
- Zichtbaarheid van activiteiten en uitkomsten
- Duidelijkheid over individuele bijdragen
- Een coördinator die de processen begeleidt.

Het raamwerk gaat in op de relatie tussen de sociale omgeving, bepalende factoren voor gezondheid en kwaliteit van leven en gezondheid. Het begrip sociale omgeving wordt geoperationaliseerd door de aspecten 'participatie' en 'samenwerking'.

Wagemakers stelt dat dergelijk actie-onderzoek te prefereren is boven RCT-achtig onderzoek, omdat community projecten niet (kunnen) voldoen aan de voorwaarden voor RCT. Daarnaast past het ook meer in de filosofie van community projecten om de verschillende stappen met alle betrokkenen op iteratieve wijze te doorlopen.

Marja van Bon-Martens, The Art of Regional Public Health Reporting, Strengthening the knowledge base for local public health policy. Tilburg, 2011.

Van Bon heeft de totstandkoming en het gebruik van de regionale Volksgezondheid Toekomstverkenning (rVTV) onderzocht. Dit is een relatief nieuw instrument, waarin relevante data voor gezondheidsbeleid op regionaal en lokaal niveau zijn weergegeven. Van Bon stelt dat de huidige data, die door de GGD verzameld worden, nog onvoldoende worden gebruikt voor lokaal gezondheidsbeleid. Zij stelt in dit kader twee kwesties aan de orde. Ten eerste het ontbreken van een wetenschappelijke richtlijn voor het beter bruikbaar maken van de rapportages voor het lokale beleid en ten tweede onvoldoende inzicht in de factoren, die leiden tot een beperkt gebruik.

Samenspraak met gemeenten leverde een model op voor een rVTV. Dit model bestaat uit een beschrijving van 1) de producten (regionale en lokale rapporten en websites), 2) de inhoud en vormgeving en 3) het proces en de organisatie. De website levert nationale, regionale en lokale thematische en up-to-date informatie over epidemiologie, beleid en interventies, toegespitst op lokaal gebruik. Vervolgens zijn door middel van de experts (97) kwaliteitscriteria opgesteld voor een rVTV. Deze kunnen een leidraad vormen voor de opstelling van rVTV's in andere regio's.

Evaluatie van het gebruik van de rVTV's leverde nog een aantal randvoorwaarden en aanbevelingen op:

Randvoorwaarden	Aanbevelingen
Timing in relatie tot lokale beleidscyclus	Vergroten van bekendheid van rVTV
Goede communicatie over voortgang, planning en besluitvorming	Behouden van samenwerking tussen betrokken disciplines en organisaties
Vroegtijdige betrokkenheid gemeenten	Uitbreiding aantal behandelde onderwerpen
	Meer aandacht voor planning en (interne) communicatie

Van Bon heeft ook onderzocht op welke wijze de rVTV's in gemeenten zijn gebruikt. Het blijkt dat met name conceptueel gebruik (inzicht in en beter begrip van problematiek) aan de orde is en dat instrumenteel gebruik (directe actie op basis van gegevens) en symbolisch gebruik (politiek of tactisch gebruik) minder voorkomen. Als ambtenaren betrokken zijn bij de opstelling, neemt instrumenteel en symbolisch gebruik toe, als onderzoekers betrokken waren, neemt het conceptueel gebruik toe.

De kennisbasis voor evidence-based publieke gezondheidsbeleid kan door de rVTV's versterkt worden. Daartoe worden in het rapport ook drie aanbevelingen gedaan (rVTV als praktijkvoorbeeld, domeinen en criteria gebruiken als checklist, onderkennen dat meer professies nodig zijn dan alleen epidemiologen).

Tenslotte toont Van Bon met twee praktijkvoorbeelden aan dat de rVTV's ook als data-input kunnen dienen voor wetenschappelijk onderzoek.

Joyce de Goede, Knowledge in process. Exploring barriers between epidemiological research and local health policy development. Tilburg, 2011.

Het onderzoek van De Goede maakt net als het onderzoek van Van Bon onderdeel uit van een groter project om het gebruik van onderzoeksgegevens in lokaal gezondheidsbeleid te bevorderen. In het eerste deel van haar onderzoek heeft De Goede een landelijke survey gehouden onder 150 beleidsambtenaren naar het gebruik van epidemiologisch data. De conclusies van het onderzoek van Van Bon werden op landelijk niveau bevestigd; conceptueel gebruik bleek het meest plaats te vinden, instrumenteel en symbolisch gebruik minder. De Goede concludeert dan ook dat het voor een onderzoeker zinvol is om vooraf na te gaan op welke wijze en in welke context beleidsambtenaren van plan zijn de onderzoeksgegevens te gebruiken. Dit bepaalt moment en wijze van presentatie van de gegevens.

Voor de verhouding tussen de beide werelden van beleid en onderzoek (*niet helemaal te vergelijken met de helixen van Jansen, omdat met onderzoek door Van Bon met name epidemiologische dataverzameling door GGD'en wordt bedoeld*) wordt door Van Bon een conceptueel kader geformuleerd. De interactie

tussen beide werelden verklaart het gebruik van data voor beleid. Zij onderscheidt vier clusters met relevante factoren:

- Behoeften van beleidsmakers en verwachtingen die ze hebben van de data / het onderzoek;
- De afspraken over en de wijze waarop onderzoeksresultaten aan lokale beleidsmakers worden doorgegeven;
- De geloofwaardigheid van de onderzoeksgegevens voor de beleidsmakers c.q. de acceptatie van de data;
- De wederzijdse interpretatie van het belang dat beleidsmakers hechten aan onderzoeksresultaten.

Dit conceptuele kader heeft zijn meerwaarde bewezen in vier casestudies. Het geschetste interactiemodel past goed bij het incrementele en flexibele karakter van beleidsontwikkeling. Een statische benadering, die de dynamiek in beide werelden ontkent, kan niet effectief zijn.

Jeanette Lezwijn, Towards salutogenic health promotion. Organizing healthy ageing programs at the local level. Wageningen, 2011.

In dit proefschrift beschrijft Lezwijn de ontwikkeling en uitvoering van programma's die beogen gezond ouder worden te bewerkstelligen, gebaseerd op principes van gezondheidsbevordering (participatie doelgroep, intersectorale samenwerking) en salutogenese. Salutogenese is een benadering, waarbinnen gezocht wordt naar factoren die bijdragen aan gezondheid. Er worden drie partijen onderscheiden in het theoretische (HP 2.0) model dat aan het onderzoek en de programma's ten grondslag ligt: ouderen, organisaties en lokale beleidsmakers. Essentieel is de samenwerking tussen deze drie partijen, waardoor een dynamiek ontstaat tussen een bottom-up en top-down benadering. Agendering van 'bronnen van gezondheid' is van essentieel belang. Het versterkt de 'sense of coherence' tussen de drie partijen en het biedt een perspectief voor verbetering van de gezondheid. De bronnen voor gezondheid kunnen divers zijn (hulpmiddelen, activiteiten, kwaliteiten van de sociale omgeving). Ouderen erkennen 'bronnen van gezondheid' eerder en beter als ze begrijpelijk, hanteerbaar en betekenisvol zijn. Ouderen doen eerder mee aan programma's als er persoonlijk contact is met organisatoren, sociale steun wordt ervaren, de activiteiten in de nabijheid plaatsvinden en er mogelijkheden zijn voor sociaal contact en opdoen van kennis.

Geconcludeerd wordt dat samenwerking een essentieel onderdeel is van deze programma's en ook expliciete, beleidsmatige aandacht vraagt. In dat kader wordt ook een instrument beschreven (coordinated action checklist) om de resultaten van samenwerking expliciet zichtbaar te maken als onderdeel van het samenwerkingsproces. Een belangrijk resultaat van deze analyse is dat voor ouderen niet alleen de inhoud, maar ook de omgeving en de context van programma's belangrijk is voor acceptatie en bereidheid tot participatie.

Het aantonen van de effectiviteit van deze programma's is complex. In het proefschrift worden verschillende soorten van bewijs gecombineerd (interviews, dataverzameling, focusgroepen), waardoor de programma's door een expertgroep binnen het RIVM (zie paragraaf 2.3.) de kwalificatie '(voorlopig) theoretisch goed onderbouwd' heeft gekregen.

Bijlage 3. Modellen gedragsdeterminanten

Overzicht modellen m.b.t. gedrag en gedragsdeterminanten

Bron: Conner, M. & Norman, P., editors. (2005). Predicting Health Behavior. Research and practice with social cognition models. Maidenhead (BRK): Open University Press.

Algemeen:

Voor de verklaring van 'health behavior' worden door Conner & Norman 6 variabelen genoemd:

1. Toegankelijkheid van (preventieve) zorgvoorzieningen
2. Houding ten opzichte van gezondheidszorg
3. Perceptie van gezondheidsbedreigingen
4. Kennis over ziekte en oorzaken ervan
5. Kenmerken van het sociale netwerk
6. Demografische variabelen.

De variabelen 2 tot en met 5 zijn variabelen, die bepalen hoe een individu zich verhoudt tot de buitenwereld. Daarom wordt dit gebied het domein van de sociale cognitie genoemd. Cognitieve elementen, zoals geloof, overtuiging, houding en kennis, zijn bepalend voor de wijze waarop individueel gedrag tot stand komt in relatie tot de omgeving, waarin een individu zich bevindt.

De onderliggende mechanismen zijn onderwerp van vele studies en hebben dan ook geleid tot verschillende theorieën. In het genoemde standaardwerk wordt er op zes theorieën uitgebreider ingegaan (met tussen haakjes de auteurs van dat hoofdstuk):

- **The Health Belief Model** (*Charles Abraham and Paschal Sheeran*). Kern van het model is de balans tussen vijf percepties (percepties van kans op ziekte, ernst van ziekte, moeite om ander gedrag aan te leren, voordelen van ander gedrag, kosten), beïnvloedt door verschillende determinanten (demografische factoren, sociale positie, eigen-effectiviteit, zelfwaardering, etc.).
- **Protection Motivation Theory** (*Paul Norman, Henk Boer & Erwin Seydel*). Basis van de theorie zijn taxaties van bedreigingen (risk appraisals) versus taxaties van 'coping'-mogelijkheden (coping appraisals). Op basis daarvan nemen wij besluiten over de mate waarin we ons willen beschermen tegen gezondheidsbedreigingen en hoe we dat gaan doen. Ook hier vinden we een balans tussen de inschatting van de kans en ernst van een ziekte, de werkzaamheid van het alternatieve gedrag en onze eigen-effectiviteit en ook in dit model is sprake van determinanten, die ieders 'positie' op deze balans verklaren. Uiteraard behoren daartoe ook de cognitieve variabelen, zoals kennis. Vandaar dat deze theorie ook zijn vertaling heeft gekregen in gezondheidsvoorlichting. Maar de theorie kent ook meer fysieke 'aspecten', zoals de causale relatie tussen niveaus van neurotransmitters, stress en coping.
- **Social Cognitive Theory** (*Aleksandra Luszczynska and Ralf Schwarzer*). Ten opzichte van de twee eerstgenoemde theorieën legt deze theorie meer de nadruk op het gegeven dat mensen gedrag aanleren door anderen te observeren en hun na te doen. Het is dan ook een leertheorie. Maar ook deze

theorie kent beïnvloedende determinanten: de omgeving, het eigen gedrag en cognitieve factoren. De theorie beschrijft een spanning tussen 'moral competence' (de mogelijkheden om zich bepaald 'normgedrag' eigen te maken) en 'moral performance' (het feitelijke gedrag in relatie tot het normgedrag). Met name dat verschil wordt bepaald door cognitieve factoren.

- **Theory of Planned Behaviour and Health Behaviour** (*Mark Conner and Paul Sparks*). Deze theorie is in feite een tweede-fase theorie (Ajzen, 1985), omdat het elementen uit de drie eerstgenoemde theorieën in een nieuw conceptueel kader plaatst. De kern van de theorie is dat een positieve waardering van een individu ten opzichte van een gesuggereerde gedragsverandering tot feitelijk nieuw gedrag leidt als de betreffende persoon het idee heeft dat belangrijke derden in zijn sociale omgeving willen dat hij of zij dat gedrag laten zien. Het aannemen van het gedrag heeft een sociale functie.
- **Stage Theories of Health Behaviour** (*Stephen Sutton*). Zoals de omschrijving al aangeeft is er sprake van meer dan één theorie. Het gemeenschappelijke aan deze theorieën is dat ze fasen onderscheiden in de manier waarop nieuw gedrag tot stand komt. Kernbegrip is dan ook het fase-karakter, waarbij een fase wordt gedefinieerd aan de hand van vier criteria: het kunnen onderscheiden van categorieën, het kunnen ordenen van deze categorieën, overeenkomstige belemmeringen om binnen een categorie te kunnen veranderen en overeenkomstige belemmeringen om tussen categorieën te kunnen wisselen. Deze theorieën kunnen dan ook worden beschouwd als een ordeningsprincipe voor andere theorieën, waarbij in verschillende fasen een andere verhouding tussen de verschillende determinanten van de genoemde modellen wordt gedefinieerd (bijvoorbeeld attitude, motivatie, invloed van sociale omgeving eigen-effectiviteit). In hoofdstuk 3 zijn drie fase-theorieën genoemd.
- **Implementation Intentions and Health Behaviour** (*Paschal Sheeran, Sarah Milne, Thomas L. Webb & Peter M. Gollwitzer*). Deze theorie bouwt voort op de 'Planned Behaviour Theory' en zoomt in op de determinanten die bepalend zijn voor het gaan uitvoeren van gedrag, waarvan een individu al heeft bepaald dat hij of zij dat gedrag wil gaan uitvoeren. De theorie wordt ook de 'if, then'-theorie genoemd omdat centraal staat dat er bepaalde feiten en overwegingen zijn op grond waarvan iemand het moment bepaalt dat hij of zij zijn of haar gedrag wil gaan veranderen. De meest bekende factor is "1 januari", maar in de theorie neemt deze factor maar een bescheiden plaats in omdat de werkzaamheid van die 'if, then'-benadering zeer beperkt is.

Epiloog

Dit is maar een beperkt inkijkje in de theorieën die in dit standaardwerk worden benadrukt. Het overzicht is gegeven om te illustreren dat bepaalde aspecten in vrijwel alle theorieën een rol spelen en dat de verschillen in theorieën voornamelijk te herleiden zijn tot verschillen in het benadrukken van het belang van bepaalde aspecten.

Ook blijkt hieruit de analogie tussen bepaalde beleidstheorieën en psychologische theorieën. Een beleidsentrepreneur die 'sense of urgency', 'beschikbare oplossings-richtingen' en 'de tijd die rijp is' in de Stromentheorie van Kingdon (zie

paragraaf 3.3.6.) met elkaar verbindt en daarmee beleid initieert, is ook te beschrijven in termen die onderdeel uitmaken van bovenstaande theorieën (motivatie, 'if-then'-mechanismen, invloed sociale omgeving, 'moral competence' versus 'moral performance').

Dat vestigt tevens de aandacht op het feit dat een wethouder ook eens mens is en het entameren van beleid ook als gedrag van een wethouder kan worden gezien.

Bijlage 4. Overzicht kabinetten

Overzicht kabinetten, ministers voor volksgezondheid en staatssecretarissen volksgezondheid.

Kabinet	Van	tot	minister	staatssecretaris
Cals	1965	1966	Gerard Veldkamp	Aloysius Bartels
Zijlstra	1966	1967	Gerard Veldkamp	Aloysius Bartels
De Jong	1967	1971	Bauke Roolvink	Roelof Kruisinga
Biesheuvel I	1971	1972	Louis Stuyt	
Biesheuvel II	1972	1973	Louis Stuyt	
Den Uyl	1973	1977	Irene Vorrink	Jo Hendriks
Van Agt I	1977	1981	Leendert Ginjaar	Els Veder - Smit
Van Agt II	1981	1982	Til Gardeniers	Ineke Lambers - Hacquebart
Van Agt III	1982	1982	Til Gardeniers	Ineke Lambers - Hacquebart
Lubbers I	1982	1986	Elco Brinkman	Joop van der Reijden
Lubbers II	1986	1989	Elco Brinkman	Dick Dees
Lubbers III	1989	1994	Hedy d'Ancona	Hans Simons
Kok I (Paars I)	1994	1998	Els Borst	Erica Terpstra
Kok II (Paars II)	1998	2002	Els Borst	Margo Vliegenthart
Balkenende I	2002	2003	Eduard Bonhoff	Clémence Ross - van Dorp
Balkenende II	2003	2006	Hans Hoogervorst	Clémence Ross - van Dorp
Balkenende III	2006	2007	Hans Hoogervorst	Clémence Ross - van Dorp
Balkenende IV	2007	2010	Ab Klink	Jet Bussemaker
Rutte	2010		Edith Schippers	Marlies Veldhuijzen van Zanten

Overzicht naamgeving departement, waaronder volksgezondheid ressorteert.

Periode	Naam departement
1965 - 1971	Sociale Zaken en Volksgezondheid
1971 - 1982	Volksgezondheid en Milieu
1982 - 1994	Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur
1994 - heden	Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Bijlage 5. Documenten analyse landelijk overheidsbeleid

Chronologisch overzicht gebruikte documenten in hoofdstuk 4

Jaar	Auteur	Omschrijving
1966	SZ&W	Nota Volksgezondheid.
1974	Vomil	Structuurnota Gezondheidszorg.
1980	Vomil	Schets Basisgezondheidsdiensten.
1982	Vomil	Stimuleringsregeling basisgezondheidsdiensten.
1982	Vomil	Wet Voorzieningen Gezondheidszorg Stb 1982 (563).
1983	Vomil	Nota voedingsbeleid.
1984	WVC	Nota ' Volksgezondheid met beperkte middelen'.
1985	WVC	Herziene stimuleringsregeling basisgezondheidsdiensten.
1986	WVC	Nota 2000.
1987	Commissie Dekker	Bereidheid tot verandering.
1988	WVC	Nota 'Preventie hart- en vaatziekten'.
1988	WVC	Verandering verzekerd. Stapsgewijs op weg naar een nieuw stelsel van zorg. Bijlagen.
1989	WVC	Doelgericht veranderen. Ontwerp Kerndocument Gezondheidsbeleid.
1989	WVC	Discussienota bij Kerndocument: Verandering en Preventie.
1990	WVC	Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid.
1990	VNG/VDB	De Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid.
1991	WVC	Nota "Werken aan Zorgvernieuwing".
1991	GHI	GGD en collectieve preventie, verslag van een inspectieonderzoek.
1991	STG	Preventieve Gezondheidszorg in de Toekomst.
1991	WVC	Nota 'Gezondheid met beleid'.
1992	NRV	Advies versterking preventie eerstelijnszorg.
1992	WVC	Preventiebeleid voor de volksgezondheid.
1992	WVC	Besluit collectieve preventie volksgezondheid.
1992	WVC	Antwoorden op vragen Nota preventiebeleid.
1992	VNG/VDB	Gemeentelijk functioneel ontwerp gemeentelijke gezondheidsdiensten.
1992	WVC	Preventiebeleid voor de Volksgezondheid.
1992	WVC	Gezondheidsbeleid.
1992	WVC	Strategieën voor de preventie van hart- en vaatziekten.
1993	KPMG/NIPG-TNO	De werking van de WCPV.
1993	VNG/VDB	De GGD op weg naar 2000. Bulletin van het VNG/VDB kwaliteitsproject.
1993	RIVM	Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1993.
1993	WVC	Voortgangsrapportage voedingsbeleid.

1993	NRV	Collectieve Preventie. Advies over de evaluatie van de Wet collectieve preventie volksgezondheid.
1994	WVC	Onderzoeksprogramma SEGV. Eindverslag en aanbevelingen. Reeks SEGV, nr. 16.
1995	VWS	Nota Gezond en wel. Het kader van het volksgezondheidsbeleid 1995-1998.
1995	IGZ	Gemeentelijke betrokkenheid bij collectieve preventie.
1996	commissie Lemstra	Gemeentelijk gezondheidsbeleid beter op zijn plaats.
1996	VWS	Actieprogramma "Versterking Gemeentelijk Gezondheidsbeleid"
1997	RIVM	Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997.
1997	VWS	Nota Sportbeleid.
1997	VWS	stand van zaken actieprogramma Preventiebeleid voor de volksgezondheid 1992.
1998	VWS	Wet op de organisatie Zorgonderzoek Nederland.
1999	RVZ	Samenwerken aan de openbare gezondheidszorg.
1999	VWS	Notitie Openbare Gezondheidszorg.
1999	Platform OGZ	Spelen op de winst.
2001	VWS, BZK, VNG, GGD NL	Nationaal Contract Openbare Gezondheidszorg.
2001	VWS	Nota Sport, bewegen en gezondheid.
2001	RGO	Advies Preventieonderzoek.
2002	RIVM	Gezondheid op koers? Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002.
2002	VWS	Wijzigingswet WCPV.
2002	SGBO	Monitor lokaal gezondheidsbeleid.
2002	VWS	MvT bij wijzigingswet WCPV.
2003	IGZ	Algemeen toezicht bij GGD'en 1999-2002.
2003	VWS	Nota 'Langer Gezond Leven'.
2003	Gezondheidsraad	Advies Overgewicht en Obesitas.
2003	Rekenkamer	Preventieve Gezondheidszorg.
2003	RIVM	Brancherapport preventie 2000-2003.
2003	RGO	Advies Kennisinfrastructuur Public health (nr. 39).
2004	VWS	Brief samenwerking rijk gemeenten op gebied van openbare gezondheidszorg.
2004	VNG / GGD NL	Voortgangsmeter lokaal gezondheidsbeleid.
2004	VNG / GGD Nederland	Onverdeeld gezond; terugdringen SEGV en bevorderen gezond leven door lokaal beleid.
2005	VWS	Aanbieding convenant overgewicht.
2005	IGZ	Staat van de gezondheidszorg.
2006	VWS	Preventienota 'Kiezen voor gezond leven'.
2006	RVZ	Publieke Gezondheid.
2006	Rekenkamer	Preventiebeleid 2004-2005.
2006	IBO-werkgroep	Gezond Gedrag Bevorderd.
2006	RIVM	Zorg voor Gezondheid.

2006	VNG	Werken aan gezondheid: Een introductie op gemeentelijk gezondheidsbeleid.
2007	CVZ	Van preventie verzekerd.
2007	IGZ	Basisset indicatoren OGZ.
2007	VNG/LOGIN	De rol van gemeenten in gezondheidsbeleid.
2007	BMC	Toekomstvisie Publieke Gezondheid.
2007	VWS	Brief aan kamer: "Samen zorgen voor beter, proloog VWS beleid 2007-2010.
2007	VWS	Gezond zijn, gezond blijven. Een visie op gezondheid en preventie.
2007	ITJ	Nota van bevindingen aanpak overgewicht.
2008	VNG	Visiedocument Zichtbare Zorg.
2008	VWS	Nota Voedingsbeleid.
2008	SER	Weinig oog voor lokaal beleid - advies SER over AWBZ.
2008	Beter Voorkomen	Versterking bestuurlijke regie in de openbare gezondheidszorg.
2009	Mulierinstituut	Tussentijdse evaluatie sportnota.
2008	VWS	Uitwerking maatregelen en toezeggingen kaderbrief 2007-2011 visie gezondheid en preventie .
2008	VWS	Wet Publieke Gezondheid.
2009	SCP	Maten voor gemeenten 2009.
2009	ROB, OR, RVZ	Buiten de gebaande paden.
2009	VWS	Nota overgewicht.
2010	IGZ	Staat van de Zorg 2010.
2010	RIVM	Volksgesondheid Toekomst Verkenningen 2010.
2010	IGZ	Ongelijkheid in Gezondheid; Hart- en Vaatziekten.
2010	PWC	Preventie loont.
2011	VWS	Beleidskader Sport en bewegen uitrol interventies.
2011	VWS	Gezondheid dichtbij. Landelijke nota gezondheidsbeleid.
2011	VWS	Wet Publieke Gezondheid 2e tranche.

Bijlage 6. Screeningslijst nota's lokaal gezondheidsbeleid

1. Gemeente / regio
2. Gemeentenummer
3. Betreft het nota uit eerste of tweede periode
4. Welke modellen worden vermeld in de nota?

Model	Expliciet	Impliciet	Niet
Lalonde model			
Triade model			
Gedragdsdeterminanten			
Fasen gedragsverandering			
Model planmatige preventie			
ASE-model			

5. Welk beleid is terug te zien in de nota?

Beleid	> 1 concreet voorbeeld	Alleen genoemd	Niet
Structureel beleid			
Integraal beleid			

6. Is het belang van de volgende zaken in de nota vermeld?

Onderwerp	Ja	Nee
Betrokkenheid van meerdere partijen en beleidsvelden bij ontwikkeling nota		
Probleemanalyse		
SMART-doelstellingen		
Gebruik van beleidsinstrumenten		
Een planmatige uitvoering (> 2 onderdelen van model)		

7. Ontwikkeling van de nota. Eén of meerdere ambtenaren of niet vermeld.
8. Besluitvorming over nota. Voor vaststelling Raad eerst voor medetekening voorgelegd aan hele college, meerdere wethouders of één wethouder?

9. Welke beleidsvelden zijn betrokken bij ontwikkeling nota?

Beleidsveld	Ja, zichtbaar of genoemd	Nee of niet vermeld
Onderwijs		
Ruimtelijke Ordening		
Sport & Recreatie		
Verkeer & vervoer		
Welzijn & Sociale Zaken		

10. Van welke partijen blijkt uit de nota dat de betrokken zijn geweest bij de ontwikkeling van de nota?

	Ja	Nee
Zorgaanbieders		
GGD		
Patiëntenvereniging		
Zorgkantoor		
Scholen		
Winkels		
Sportverenigingen		
Horeca		
Overig		

11. Zijn de volgende onderdelen van epidemiologische analyse terug te zien in nota?

Onderdeel	Ja	Nee
Analyse ziekte en gezondheid		
Analyse Kwaliteit van Leven		
Analyse van risicofactoren		
Identificatie van risicogroepen		

12. Zijn de volgende onderdelen van de analyse van determinanten van blootstelling aan risicofactoren terug te zien in de nota?

Onderdeel	Ja	Nee
Analyse gedragsdeterminanten		
Analyse omgevingsdeterminanten		

13. Hoeveel doelstellingen zijn er in de nota geformuleerd?

14. Hoeveel doelstellingen zijn SMART geformuleerd?

15. Welke beleidsinstrumenten zullen worden gebruikt?

Beleidsinstrumenten	Ja	Nee
Subsidies		
Verordeningen		
Overlegplatforms		
Convenanten		
Voorlichting		

16. Wat is het beschikbare budget voor het lokaal gezondheidsbeleid

17. Hoeveel inwoners heeft de gemeente?

18. Interventiekeuze of -ontwikkeling

	Bij alle	Bij sommige	Bij geen
Interventiemogelijkheden geïnventariseerd?			
Afgestemd op determinanten?			
Proefonderzoek?			
Onderzoek naar effectiviteit?			

19. Interventie-implementatie en –diffusie

	Ja	Nee
Is keuze voor interventiekanaal onderbouwd?		
Zijn intermediairs overtuigd en getraind?		
Wordt het proces bewaakt en op kwaliteit gecontroleerd?		

20. Effect- en procesevaluatie

	Ja	Nee
Zal effect geëvalueerd worden?		
Zal proces geëvalueerd worden?		

Bijlage 7. Gespreksdocumenten focusgroepen

Blok 1. Verdieping van 265 nota's lokaal gezondheidsbeleid.

Doel: Achtergrondinformatie verzamelen over de wijze waarop nota's lokaal gezondheidsbeleid binnen een gemeente tot stand komen.

Vragen:

1. Wordt er een bepaald format gebuikt bij het opstellen van beleidsnota's in uw gemeente of heeft u de vrijheid om zelf het format te bepalen?
 - 0 Er is een redelijk strak format binnen mijn gemeente
 - 0 Er is een format, maar dat is niet bindend
 - 0 Er zijn richtlijnen voor het opstellen van beleidsnota's
 - 0 Ik overleg met anderen over het format
 - 0 Ik ben vrij in het bepalen van het format
2. Zijn er afspraken binnen de gemeente over interne samenwerking of betrokkenheid van andere afdelingen bij het opstellen van beleidsnota's?
 - 0 Er zijn standaard afspraken over ambtelijke project- of werkgroepen bij het schrijven van beleidsnota's
 - 0 Het is gebruikelijk om een ambtelijke werkgroep te vormen, maar het is niet verplicht
 - 0 Bij iedere nota wordt bezien of het zinvol is ambtelijke project- of werkgroepen te vormen
 - 0 Het is niet gebruikelijk om een ambtelijke project- of werkgroep te vormen bij het schrijven van een beleidsnota
 - 0 Ik bepaal zelf wie ik bij het opstellen van de nota wil betrekken
3. Heeft de gemeente een eigen database met relevante gegevens voor de nota lokaal gezondheidsbeleid?
 - 0 Ja, de gemeente heeft een eigen database, waarin de meeste relevante gegevens zijn opgenomen
 - 0 Ja, maar ik heb gegevens van derden nodig om een goede nota lokaal gezondheidsbeleid te schrijven
 - 0 Nee, maar alle relevante gegevens worden door de GGD geleverd
 - 0 Nee, ik ga zelf op zoek naar gegevens in databases van derden
4. Is er een plan van aanpak op schrift aanwezig binnen de gemeente voor het opstellen van de nota lokaal gezondheidsbeleid?
 - 0 Ja, er wordt door het college een plan van aanpak vastgesteld

- 0 Ja, er wordt door de wethouder een plan van aanpak vastgesteld
- 0 Ja, er wordt binnen de afdeling een plan van aanpak vastgesteld
- 0 Ja, ik schrijf zelf eerst een plan van aanpak
- 0 Nee, maar dat is niet nodig, omdat iedereen weet hoe het werkt
- 0 Nee, niet op schrift, maar wel in mijn hoofd
- 0 Nee, tijdens het schrijven wordt duidelijk wat de beste aanpak is

5. Maakt de gemeente gebruik van interne, procesmatige beleidsadviseurs bij het schrijven van beleidsnota's?

- 0 Ja, bij iedere nota is een procesmatig beleidsadviseur betrokken
- 0 Ja, als ik zo'n adviseur nodig heb, kan ik er een beroep op doen
- 0 Nee, dat is niet nodig. Iedere beleidsmedewerker wordt geacht een beleidsnota te kunnen schrijven
- 0 Nee, het zou wel handig zijn, maar het is niet geregeld
- 0 Nee, de inhoud moet leidend zijn, het proces komt vanzelf

6. Is er een vast budget beschikbaar voor de gehele beleidsperiode van een lokaal gezondheidsbeleid?

- 0 Ja, in de meerjarenbegroting is zo'n budget expliciet opgenomen
- 0 Ja, de hoogte is niet benoemd, maar er is ruimte binnen het afdelingsbudget binnen de meerjarenbegroting
- 0 Ja, als onderdeel van het meerjarensubsidiebudget
- 0 Nee, maar ik kan er op vertrouwen dat jaarlijks wel een adequaat budget beschikbaar komt
- 0 Nee, het is ieder jaar weer afwachten welk budget beschikbaar is

Blok 2. De belangrijkste knelpunten voor effectief lokaal gezondheidsbeleid.

Doel: In beeld brengen van de top 3 van knelpunten, zoals ervaren door de ambtelijk regisseurs van de nota lokaal gezondheidsbeleid.

Deze opdracht bestaat uit twee delen.

Deel 1. Wat ziet u als de drie belangrijkste knelpunten bij het opstellen en uitvoeren van een effectief lokaal gezondheidsbeleid?

Vul eerst in, ga daarna naar de volgende pagina.

1.

2.

3.

Ga nu pas door naar de volgende pagina

Deel 2. In onderstaande lijst is een opsomming gegeven van mogelijke knelpunten voor effectief lokaal gezondheidsbeleid. U wordt verzocht om opnieuw, zonder rekening te houden met uw eigen top 3, de cijfers 1 t/m 3 ieder één keer toe te wijzen aan één van de ondergenoemde items door de cijfers erachter te zetten (cijfer 1 is het belangrijkste knelpunt). Lees eerst alle statements door voor u gaat 'scoren'.

1. Geen adequate wetgeving op het gebied van publieke gezondheidszorg
2. Geen adequate wetgeving op het gebied 'preventie en zorg'
3. Geen adequate wetgeving voor gezondheidseffecten overig beleid
4. Geen adequate financiering in gemeentefonds
5. Ontbreken integrale visie rijksoverheid
6. Ontbreken integraal beleid op landelijk niveau
7. Ontbreken landelijke visie en beleid bij zorgverzekeraars
8. Geen integrale visie op gemeentelijk niveau
9. Geen bestuurlijk commitment college-breed
10. Publieke gezondheid komt onvoldoende terug in collegeprogramma
11. Onvoldoende kennis beleidsinhoud bij anderen binnen gemeente
12. Onvoldoende kennis beleidsproces bij anderen binnen gemeente
13. Onvoldoende kennis m.b.t. samenwerken en lobbyen bij derden
14. Mijn kennis m.b.t. de beleidsinhoud is onvoldoende
15. Mijn kennis m.b.t. het beleidsproces is onvoldoende
16. Mijn kennis m.b.t. samenwerken en lobbyen is onvoldoende
17. Ik heb te weinig tijd voor lokaal gezondheidsbeleid
18. Ik zit niet in de goede positie om integraal beleid te bevorderen
19. Kennis van andere organisaties komt onvoldoende ter beschikking
20. Er is te weinig budget voor lokaal gezondheidsbeleid
21. Samenwerking binnen gemeente komt onvoldoende uit de verf
22. Samenwerking met externe partijen komt onvoldoende uit de verf

Uitgereikte sheet

Ten behoeve van de discussie worden de mogelijke knelpunten voor effectief lokaal gezondheidsbeleid onderverdeeld in de volgende vijf categorieën:

1. Landelijk beleid van overheid en zorgverzekeraars
2. Bereidheid van externe partijen op lokaal en regionaal niveau
3. Bestuurlijk commitment van het college en college-brede aanpak
4. Ambtelijke en projectmatige samenwerking binnen gemeente
5. Persoonlijke competenties, ambities en mogelijkheden

Blok 3. Beleidsentrepreneurs en boundary-spanners

Doel: Nagaan of personen met overtuigingskracht en communicatievaardigheden een meerwaarde hebben gehad of kunnen hebben voor de opstelling of uitvoering van het lokaal gezondheidsbeleid, met name voor zover zich dat in netwerken afspeelt.

Vragen:

1. **Boundary-spanners** zijn personen binnen of buiten de gemeente die een bijdrage leveren aan beleid dat binnen netwerken gestalte krijgt door het functioneren van dat netwerk soepel te laten verlopen, bijvoorbeeld door met praktische, gedragen oplossingen te komen, anticiperend te acteren of constructief informeel met verschillende partijen te overleggen. Kent u dergelijke personen?
Beleidsentrepreneurs zijn personen die een sterke impuls kunnen geven aan de ontwikkeling en het opstarten van beleid en anderen kunnen overtuigen om hierin een rol te spelen of een bijdrage te leveren. Kent u dergelijke personen? (bijv. een wethouder, de directeur of een medewerker van de GGD, uzelf, externen)
2. Hebben zij een rol gespeeld in netwerken, waarbinnen het lokale gezondheidsbeleid in de afgelopen jaren gestalte heeft gekregen en zo ja, welke?
3. Ziet u een meerwaarde voor dergelijke personen in het lokale gezondheidsbeleid of loopt het zonder dergelijke personen ook prima?

Blok 4. De plaats van de nota ten opzichte van werkelijk beleid.

Doel: Nagaan wat de relatie is tussen de nota lokaal gezondheidsbeleid en het daadwerkelijke gezondheidsbeleid in de betreffende beleidsperiode.

U wordt verzocht om aan te geven in hoeverre u het eens of oneens bent met de volgende stellingen:

1. Als mogelijkheden voor bevordering voor de gezondheid van onze burgers zich voordoen, grijpen wij deze mogelijkheden, ongeacht of ze in de nota zijn opgenomen.

helemaal mee oneens / mee oneens / neutraal / mee eens / helemaal mee eens

2. We richten ons in de nota op 'laaghangend fruit' en zijn meestal in staat deze mogelijkheden ook in de praktijk uit te voeren.

helemaal mee oneens / mee oneens / neutraal / mee eens / helemaal mee eens

3. We werken de nota planmatig af en uit.

helemaal mee oneens / mee oneens / neutraal / mee eens / helemaal mee eens

4. Aan het eind van een beleidsperiode blijkt of zal blijken dat we de nota maar voor een beperkt deel hebben kunnen waarmaken.

helemaal mee oneens / mee oneens / neutraal / mee eens / helemaal mee eens

Samenvatting

Hoofdstuk 1. Inleiding

Keuze voor en relevantie van het onderwerp

Sinds enkele decennia voert de overheid een gericht beleid op het gebied van publieke gezondheid. Overgewicht is een thema dat zich binnen dit beleid in een groeiende aandacht mag verheugen, niet in de laatste plaats door de groeiende omvang van het probleem, de consequenties voor de gezondheid en de consequenties voor de zorgconsumptie. Hoofdstuk 1 omvat dan ook een analyse van de ontwikkelingen rond overgewicht en obesitas, de oorzaken, de gevolgen en de plaats van Nederland in internationaal perspectief.

Ondanks het gevoerde beleid neemt het probleem overgewicht niet in omvang af en zo er door de overheid al kwantitatieve doelstellingen zijn geformuleerd, moeten deze regelmatig worden bijgesteld.

Ten opzichte van beleid ter vermindering van roken en alcoholgebruik is beleid ter voorkoming van overgewicht complexer, omdat andere beleidsinstrumenten moeten worden ingezet. Waar in het rook- en alcoholbeleid regelgeving en prijsbeleid belangrijke instrumenten zijn, is beleid ter voorkoming van overgewicht meer afhankelijk van de acties van derden (private partijen, andere ministeries, andere gemeentelijke afdelingen) en de beïnvloeding van het gedrag van burgers. Deze beleidsinstrumenten zijn vaak minder effectief dan meer directe beleidsinstrumenten, maar zijn wel essentieel voor effectief beleid op het gebied van publieke gezondheid.

Effectiviteit van beleid

Het begrip 'effectiviteit van beleid' op het gebied van publieke gezondheid vraagt een nadere verkenning. Beleid is effectief als de beoogde doelstellingen worden gerealiseerd en het gevoerde beleid daaraan heeft bijgedragen. De afgelopen decennia zijn de doelstellingen op het gebied van publieke gezondheid niet gehaald. Daarom lijkt de conclusie gerechtvaardigd dat het beleid niet effectief is geweest. Daar kunnen twee argumenten tegenin worden gebracht: 1) het beleid was wel effectief, maar de externe omstandigheden hebben een grotere invloed en 2) zonder het gevoerde beleid zou de situatie nog erger zijn geweest.

Het begrip 'externe omstandigheden' is relatief. Een noodzakelijke voorwaarde voor effectief beleid is dat een gedegen analyse wordt gemaakt van de oorzaken van de negatieve trends. En als uit die analyse blijkt dat onvoldoende rekening wordt gehouden met bepaalde factoren, moet de volgende beleidscyclus instrumenten bevatten die wél op deze factoren aangrijpen. Tot het moment wordt bereikt dat de beoogde effecten uitsluitend negatief worden beïnvloed door factoren, die niet door het ingrijpen van de beleidsactoren te beïnvloeden zijn. Dan zijn de grenzen van effectief beleid bereikt. Hierin zit ook een essentieel verschil tussen overheidsbeleid op het gebied van de publieke gezondheidszorg en overheidsbeleid op het gebied van publieke gezondheid. Vanuit de optiek van de publieke gezondheid zijn veel meer factoren te beïnvloeden, aangezien in principe alle beleidsterreinen van de overheid bij kunnen dragen aan (integraal) beleid op het gebied van publieke gezondheid.

Aan de tweede tegenwerping wordt in dit onderzoek onder andere aandacht besteed door een internationale vergelijking, waaruit blijkt dat Nederland ten opzichte van de ons omringende landen meer afvlakkende trends heeft in het

laatste decennium. Dit leidt in hoofdstuk 4 tot de conclusie dat het beleid beperkt effectief is geweest.

Probleem- en vraagstelling

Lokaal beleid onderscheidt zich van landelijk beleid. Een belangrijk deel van het beleid wordt op lokaal niveau vormgegeven. De centrale vraagstelling luidt dan ook: **“Wat zijn de voorwaarden voor een effectief lokaal beleid op het gebied van publieke gezondheid en in hoeverre zijn die voorwaarden in Nederland aanwezig?”**

Bij de beantwoording van die vraag kan een onderscheid worden gemaakt tussen:

- De **‘externe’** voorwaarden voor effectief lokaal beleid. Een belangrijk deel van deze externe voorwaarden worden direct of indirect door de landelijke overheid gerealiseerd. Effectief landelijk beleid bevordert effectief lokaal beleid.
- De **‘interne’** voorwaarden voor effectief lokaal beleid, die binnen de gemeente aanwezig zijn en die door de gemeente kunnen worden beïnvloed. Hierop ligt de nadruk in het empirische deel van dit onderzoek.

Deze centrale vraag wordt gesplitst in een zestal deelvragen:

Deelvraag	Beantwoording
Is effectief beleid op het gebied van publieke gezondheid in de praktijk mogelijk?	In hoofdstuk 2 worden 5 best-practices uit buiten- en binnenland besproken en geanalyseerd.
Aan welke voorwaarden moet worden voldaan voor een effectief beleid op het gebied van publieke gezondheid?	In hoofdstuk 3 wordt een overzicht gegeven van deze voorwaarden met als driedeling beleidsinhoud – beleidsproces – randvoorwaarden.
In hoeverre is het huidige beleid van de landelijke overheid op het gebied van publieke gezondheid effectief?	In hoofdstuk 4 wordt een uitgebreide analyse gemaakt van het landelijk beleid op het gebied van publieke gezondheid.
In hoeverre zijn de voorwaarden voor effectief beleid op lokaal niveau aanwezig?	In hoofdstuk 5 wordt een analyse gemaakt van de nota's lokaal gezondheidsbeleid en in hoofdstuk 6 worden de resultaten van focusgroepbijeenkomsten besproken, waarin deze vraag centraal stond.
Wat zijn de belemmeringen voor het realiseren van de voorwaarden, zowel op landelijk als lokaal niveau?	In hoofdstuk 7 worden conclusies getrokken.
Op welke wijze kunnen deze belemmeringen worden verminderd?	In hoofdstuk 7 worden aanbevelingen gedaan.

Hoofdstuk 2. Best-practices in binnen- en buitenland

Als best-practices worden de situatie in Finland, de Epode-aanpak, het project Hartslag Limburg, het project Gezond Gewicht Overvecht en de Gezondheidsrace in de gemeente Laarbeek besproken.

De vijf genoemde initiatieven zijn verschillend van aanpak, maar kennen ook enkele elementen die in meerdere initiatieven een rol spelen, zoals ervaren urgentie, betrokkenheid van bevolking, input van kennis, bestuurlijk commitment en een planmatige aanpak. In hoofdstuk 3 wordt nader op deze (en andere) 'succesfactoren' ingegaan en worden deze ingekaderd in de gehanteerde modellen, die uit de literatuur zijn gedestilleerd.

Hoofdstuk 3. Voorwaarden voor effectief beleid

De complexiteit van het beleid vertaalt zich in een breed scala aan voorwaarden, zowel op het gebied van beleidsinhoud, beleidsproces als (rand-)voorwaarden voor het beleid.

Ten aanzien van beleidsinhoud komen als meest relevante onderwerpen uit de literatuur naar voren:

- kennis over gedragsdeterminanten en hun onderlinge samenhang;
- kennis over de invloed van externe factoren op het gedrag van personen en groepen;
- speciale programma's voor moeilijk bereikbare doelgroepen;
- een actieve betrokkenheid van de doelgroep en het bevorderen van empowerment;
- een geïntegreerde benadering binnen bestaande 'settings', zoals de school, de sportvereniging, de eerstelijnszorg, de werkplek en de wijk;
- een integrale aanpak met publieke en private partijen. Gedrag en omgeving in ruime zin dienen gelijktijdig en geïntegreerd te worden aangepakt;
- interventies voor personen die een verschillende gedragsfase kennen;
- een geïntegreerde aanpak van motivatie, capaciteit en gelegenheid;
- een meerjarentraject met de zekerheid dat er in de eerste jaren nauwelijks effecten zichtbaar zullen zijn.

Beleid op het gebied van publieke gezondheid stelt derhalve hoge eisen aan het beleidsproces. Het integrale karakter vereist betrokkenheid van tientallen actoren, die vanuit verschillende belangen en verschillende invalshoeken acteren. De overheid als beleidsregisseur is netwerkregisseur, een gedeelde 'sense of urgency' en aandacht voor ieders belangen zijn essentieel. Aangezien gedragsverandering van de doelgroep de belangrijkste opdracht is, staat participatie centraal in de vorm van community-developed of community-based initiatieven. Er is een sterke dynamiek tussen een bottom-up en top-down benadering. Er dient actief gezocht te worden naar beleidsentrepreneurs, die vanuit hun persoonlijke kwaliteiten, ambities en positie een forse impuls aan de beleidsontwikkeling kunnen geven en naar boundary-spanners, personen binnen netwerken, die problemen achter de schermen oplossen, goede contacten in het netwerk onderhouden, de ideeën van hun eigen organisatie op informele wijze inbrengen in andere organisaties en de ideeën van andere organisaties laten diffunderen in de eigen organisatie. Netwerken zonder boundary-spanners functioneren moeizamer, formeler, ondervinden meer problemen en bereiken minder resultaten.

In de paragraaf worden enkele randvoorwaarden besproken: naast geld en menskracht zijn dit 1) kennis van de regelingen binnen andere beleidsterreinen, die kunnen bijdragen aan effectief integraal beleid, 2) kennis van de zorgverzekeringswet, 3) inzicht in de daadwerkelijke raakvlakken tussen WPG, WMO en AWBZ.

Hoofdstuk 4. Landelijk overheidsbeleid

De beschrijving van het landelijke overheidsbeleid kent een tweedeling: beleid ter bevordering van het systeem van collectieve preventie op lokaal niveau en eigen (landelijk) preventiebeleid. De conclusie ten aanzien van de eerste vorm van beleid is dat, ondanks substantiële investeringen op landelijk niveau op het gebied van kennis, ondersteuning en een landelijke infrastructuur, het de landelijke overheid niet lukt om gemeenten te bewegen tot effectief integraal lokaal beleid. Het wettelijk kader geeft weinig richting en veel beleidsvrijheid. De verplichting die gemeenten op grond van de laatste wijziging van de WPG hebben om doelstellingen, activiteiten en beoogde resultaten expliciet te formuleren, kan een nieuwe impuls geven aan het lokale gezondheidsbeleid.

Ten aanzien van de tweede vorm van beleid blijkt dat de beleidsinstrumenten 'regelgeving' en 'financiering' nauwelijks worden gebruikt, veel wordt overgelaten aan private partijen en integraal beleid nauwelijks vorm krijgt. Decentralisatie en deregulering en een terugtrekkende en terughoudende overheid bepalen het beeld. Het beleidsproces als zodanig voldoet niet aan de regelen der kunst en aan de VBTB¹⁶-systematiek, vooral concrete doelstellingen en beleidsevaluatie ontbreken.

Hoofdstuk 5. Beeld uit de nota's

In hoofdstuk 5 worden de resultaten van de screening weergegeven van 265 lokale nota's volksgezondheid aan de hand van de voorwaarden in hoofdstuk 4 en worden twee andere inventarisaties van deze nota's (IGZ, VNG) besproken. De conclusie is dat de vijf landelijke speerpunten, het Lalonde-model en enkele andere relevante begrippen in de meeste nota's terug komen, maar dat het overgrote merendeel van de nota's niet voldoet aan de voorwaarden die in hoofdstuk 4 zijn geschetst. En aangezien de nota's de bestuurlijke opdracht zijn, die de gemeenteraad aan het college oplegt en daarmee het handelingskader voor de collegeperiode, kan op basis van de nota's al worden geconcludeerd dat het daadwerkelijke beleid evenmin voldoet aan de voorwaarden die in hoofdstuk 4 zijn geformuleerd.

Hoofdstuk 6. Beeld uit de focusgroepen

Een verdieping van de resultaten van de screening heeft plaatsgevonden tijdens twee focus-groepen van gemeente-ambtenaren, tijdens welke bijeenkomsten over de achtergronden, context en feitelijk gebruik van de nota's van gedachten is gewisseld. Dit is gebeurd aan de hand van vier onderwerpen:

1. *De condities, waaronder de nota's tot stand komen.* De totstandkoming van de nota's verschilt aanzienlijk per gemeente. In sommige gemeenten wordt

¹⁶ Van Beleidsbegroting Tot Beleidsverantwoording

bijvoorbeeld met anderen overlegd over het format, terwijl ambtenaren in andere gemeenten helemaal vrij zijn om het format te bepalen. Betrokkenheid van andere afdelingen wisselt sterk, evenals de aanwezigheid van een plan van aanpak, beschikbare data en het beschikbare budget.

2. *De belemmeringen die men ervaart.* Op de lijstjes die zijn ingevuld zonder checklist komen 'te weinig tijd', 'te weinig aandacht' en 'te weinig steun vanuit de organisatie' een aantal keer voor. De lijstjes op basis van de aangereikte categorieën kennen een breder spectrum aan knelpunten, maar er zijn enkele onderwerpen die ook dan vaak worden genoemd. Knelpunten in de categorie 'bestuurlijk commitment van het college en een college-brede aanpak' worden het meest genoemd, gevolgd door te weinig budget voor lokaal gezondheidsbeleid, het ontbreken van een integrale visie op gemeentelijk niveau, inadequate financiering in het gemeentefonds en het onvoldoende terugkomen van het onderwerp publieke gezondheid in het collegeprogramma.
3. *De ervaringen met beleidsentrepreneurs en boundary-spanners.* Een gericht beleid op het inzetten van beleidsentrepreneurs en boundary-spanners wordt niet gevoerd. In enkele gemeenten worden wel dergelijke personen 'herkend', die een positieve invloed op de ontwikkeling en uitvoering van het beleid hebben gehad (wethouder, schooldirecteur, huisarts, etc.).
4. *De relatie tussen de nota en het daadwerkelijk beleid.* De nota is richtsnoer voor het uitvoeren van beleid, zij het dat er in sommige gemeenten 'losser' mee wordt omgegaan dan in andere gemeenten, waar planmatig alle onderwerpen worden geagendeerd en verantwoord. In geen enkele gemeenten worden alle beleidsvoornemens gerealiseerd.

Hoofdstuk 7. Conclusies

Een overall-analyse en conclusies komen in hoofdstuk 7 aan de orde aan de hand van de beantwoording van de onderzoeksvragen. Belangrijke conclusies zijn dat een mix van een bottom-up en top-down-benadering een goede kans van slagen heeft, dat er nog flinke stappen moeten worden gezet voordat de bestuurlijke regie van gemeenten op het niveau is dat nodig is om effectief lokaal beleid te voeren, dat de agendering van het onderwerp overgewicht krachtiger moet worden opgepakt om de urgentie (een belangrijke voorwaarde voor het tot stand brengen van beleid) goed en blijvend in beeld te krijgen en dat facetbeleid en integraal beleid een sterkere wettelijke basis moet krijgen.

De recente wijziging van de WPG, waardoor gemeenten in hun nota's concrete doelstellingen, plannen en beoogde resultaten moeten weergeven, kan een positieve invloed hebben op de nota's gemeentelijk gezondheidsbeleid en daarmee op het lokale beleid op het gebied van publieke gezondheid, mits deze verbeterslag van de nota's wordt gecombineerd met het bevorderen van een 'sense of urgency', een community-benadering, een netwerkbenadering met een breed scala van actoren, het actief zoeken naar beleidsentrepreneurs en boundary-spanners en het besef dat een langjarig beleid nodig is. De setting 'school' biedt de beste mogelijkheid om een dergelijk beleid op incrementele wijze te ontwikkelen.

Summary (in English)

Chapter 1. Introduction

Choice and relevance of the topic

Since a few decades the government executes a focused policy in the field of public health. Overweight is a theme of growing importance within this policy, not least because of the growing scale of the problem, its consequences for public health and its consequences for healthcare consumption. Chapter 1 includes an analysis of the developments relating to overweight and obesity, its causes, consequences and the position of the Netherlands in an international context.

Despite this policy the problem of overweight is increasing and quantitative targets of government policy have to be adjusted regularly.

As in smoking and alcohol policies legal measures and price regulation are important, the policy to prevent and reduce overweight is more dependent on the actions of third parties (private parties, ministries, municipal departments) and on influencing the behavior of citizens. Other policy instruments need to be deployed. These policy instruments are often less effective than more directive policy instruments, but are essential for effective policy in the field of public health.

Effectiveness of policies

The concept of 'effectiveness of policy' in the field of public health requires further exploration. Policy is effective when intended objectives are realized and the applied policy has contributed to it. In the last few decades the objectives in the field of public health have not been met. It therefore seems justified to conclude that the policy has not been effective. Two arguments can be postulated against this conclusion: 1) the policy was effective, but external conditions have had a greater influence and 2) without the applied policy the situation would have been even worse.

Concerning the first argument, the concept of 'external conditions' is a relative one in the field of public health. Effective policy requires a thorough analysis of the causes of negative trends and a plan that includes all influenceable causes. This also illustrates the essential difference between public healthcare policy and public health policy. From the point of view of public health policy there are far more influenceable factors, since basically all the policy fields of the government can contribute to (integral) policy in the field of public health.

Concerning the second opposing argument an international comparison has been made, showing that the Netherlands has more flattening trends in the last decade than neighboring countries. This leads to the conclusion in Chapter 4 that the policy has had limited effect.

Definition of the problem and research questions

Local policy on public health differs from national policy. An important part of the policy is executed at the local level. The research therefore focused upon the following question: **"what are the conditions for an effective local policy in the**

field of public health and to what extent are these conditions present in the Netherlands?"

In answering this question, a distinction can be made between:

- The '**external**' conditions for effective local policy. An important part of these external conditions are realized directly or indirectly by the national government. Effective national policy promotes effective local policies.
- The '**internal**' conditions for effective local policy, which are present within the municipality and can be influenced by the municipal government.

This central research question can be divided into six sub questions:

Sub question	Answering
Is effective policy in the field of public health possible in practice?	In Chapter 2 five best-practices from the Netherlands and abroad are discussed and analyzed.
What requirements must be met for an effective policy in the field of public health?	Chapter 3 provides an overview of these conditions with the trichotomy 'policy content' – 'policy process'-'conditions'.
To what extent is the current policy of the national government in the field of public health effective?	In Chapter 4 a comprehensive analysis of the national policy in the field of public health is presented.
To what extent are the conditions for effective policy present at local level?	In Chapter 5 an analysis is made of local health policy plans and in Chapter 6 this question is elaborated in two focus group meetings?
What are the obstacles for the realization of the conditions, both at national and local level?	In Chapter 7 conclusions are formulated as an answer to all the research questions.
How can these obstacles be overcome?	Recommendations are formulated in Chapter 7.

Chapter 2. Best-practices in the Netherlands and abroad

Five best-practices are presented: the situation in Finland, the Epode-approach, the Heartbeat-programme in Limburg, the project 'Healthy weight Overvecht' and the 'Healthrace' in the municipality of Laarbeek. The five initiatives are different in their approach, but there are a few elements that play an important, positive role in several of the initiatives, such as 'sense of urgency', involvement of the community, availability of knowledge, administrative commitment and a systematic approach. In Chapter 3 these (and other) 'success factors' are elaborated and framed in the models, which are drawn on the available research.

Chapter 3. Conditions for effective policy

The complexity of public health policy translates into a wide range of conditions, both in terms of policy content, policy process and terms and conditions for the policy.

With regard to policy content the following main issues arise from the literature as the most relevant ones:

- knowledge about behavioral determinants and their mutual relations;
- knowledge about the influence of external factors on the behavior of persons and groups;
- Special programmes for hard-to-reach target groups;
- the active involvement of the target group and promoting empowerment;
- an integrated approach within existing 'settings', such as the school, sporting environment, primary care, the workplace and neighborhood;
- a comprehensive approach from public and private parties. Behavior and environment in the broad sense should be integrated and addressed simultaneously;
- interventions for people who are in different phases of behavioral conduct;
- an integrated approach to motivation, capacity and opportunities;
- a course of several years without immediate visible effect.

Policy in the field of public health therefore sets high demands on the policy process. This requires involvement of dozens of actors, acting with different interests and from different points of view. The government as a policy director must act as a network director. A shared 'sense of urgency' and attention to everyone's interests are essential. Because behavioral change of the target group is the main focus, participation in the form of community-developed or community-based initiatives are needed. There is a strong dynamic between a bottom-up and top-down approach.

There must be an active search for policy entrepreneurs. Based upon their personal qualities, ambitions and position, they can give a strong impetus on the policy development.

Boundary-spanners are also needed. These are persons within networks, who solve problems behind the scenes, have good contacts in the network, informally insert the ideas of their own organization in other organizations and diffuse the ideas of other organizations in the own organization. Networks without boundary-spanners have greater difficulty in functioning, have more formal requirements, experience more problems and achieve fewer results.

In the paragraph concerning the most relevant conditions, besides budget and manpower, are discussed: 1) knowledge of the regulations within other policy areas, which can contribute to effective integral policy, 2) knowledge of the Health Insurance Act, 3) understanding of the actual interface between WPG, WMO and AWBZ.

Chapter 4. National public policy

The national public policy includes a dichotomy: a policy to promote the system of collective prevention at the local level and its own (national) prevention policy. The conclusion with regard to the first form of policy is that, despite substantial

investments at the national level in the field of knowledge, support and a national infrastructure, the national government fails to stir up municipalities to execute an effective integral local policy. The legal framework gives little direction and much policy freedom. The obligation of municipalities on the basis of the latest amendment of the WPG to explicitly formulate objectives, activities and expected results, could give a new impetus to the local health policy.

With regard to the second form of policy the policy instruments 'regulations' and 'financial instruments' are hardly used. Much is left to private parties and an integral policy isn't executed. Decentralization, deregulation and ideas about a detached and receding government determine the limited results of the public health policy. The policy process as such does not meet the regulations of the VBTB¹⁷-system, especially because of the absence of concrete targets and policy assessment.

Chapter 5. The local policy reports

In Chapter 5 the results of the screening of 265 local policy reports on the basis of the conditions in Chapter 4 are discussed, with attention to two other inventories of these reports (IGZ, VNG). The overall conclusion is that the five national priorities, the Lalonde-model and some other relevant concepts come back in most reports, but that the vast majority of the reports does not meet the conditions outlined in Chapter 4. And since these reports are the administrative command from the City Council to the Board of Mayor & Alderman and thus provide the legal framework for the college term, it can already be concluded on the basis of the reports that the actual local policy does not meet the conditions set out in Chapter 4.

Chapter 6. Results from the focus groups

A more in depth analysis of the results of the screening took place during two focus-groups of municipal officials. During meetings thoughts and facts on the background, context and actual use of the reports were exchanged. This discussion was subdivided into four topics:

1. **The conditions for establishing the reports.** The establishment of the reports varies considerably from one municipality to another. For example, in some municipalities other officials and departments are always consulted because of the required format for policy reports, while officials in other municipalities are completely free to determine their format. Involvement of other departments varies greatly, as does the presence of a plan of action, available data and available budget.
2. **The obstacles experienced by the participants.** On the list that was filled in without a checklist, the items 'too little time', 'too little attention' and 'too little support from the organization' were frequent complaints. The list that was filled in with the use of a checklist showed a broader spectrum of bottlenecks, but some topics were mentioned frequently. Bottlenecks in the category 'administrative commitment of the Board and a Board-wide approach' were mentioned the most, followed by 'too little budget for local health policy', 'the lack of a comprehensive vision at municipal level', 'inadequate funding' and

¹⁷ From Policy Plan to Policy Accountability

'insufficient funds in the Municipality Fund' (gemeentefonds). Also the absence of the subject 'integrated Public Health' in the Board-programme was seen as an obstacle.

3. **Experience with policy entrepreneurs and boundary-spanners.** A targeted policy on the use of policy entrepreneurs and boundary-spanners is not undertaken. In some municipalities such persons are 'recognized' for their positive impact on the development and implementation of the policy (alderman, school director, general practitioner, etc.).
4. **The relationship between the report and the actual policy.** The report is a guideline for implementing policies which are more informally handled in some municipalities than in others, in which all topics are scheduled and accounted for in a yearly plan. In no municipality were all policy intentions realized.

Chapter 7. Conclusions

An overall analysis and conclusions are formulated in Chapter 7 by answering the research questions.

Important conclusions are that a combination of a bottom-up and top-down approaches creates a good chance of success, that there are still considerable steps to be pursued before the directing role of municipal administrators reaches the necessary level for effective local policy, that the agenda-setting of the subject of overweight must be more powerful, that the sense of urgency (an important precondition for establishing policy) must be promoted and that facet policy and integral policy should be given a stronger legal basis.

The recent change of the WPG, entrusting municipalities to display concrete objectives, plans and intended results in their reports, can have a positive impact on the local health policy reports and therefore on the local policy in the field of public health, provided that these improved reports are combined with the promotion of a 'sense of urgency', a community approach, a network approach with a wide range of actors, the active search for policy entrepreneurs, boundary-spanners and the awareness that a long-term policy is needed. The setting 'school' offers the best possibility to develop such a policy in an incremental manner.

Dankwoord

In 1992 opperde 'mijn' directeur van de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in Zuid-Holland, Theo de Vries, dat ik maar eens moest gaan promoveren. Maar het reguliere werk bij de PRV en zijn stichtingen was zo leuk en (vooral) enerverend, dat de gedachte aan promoveren meestal op de achtergrond bleef, of beter gezegd: dat ik vaak het onderwerp kon vermijden. Desalniettemin stond het eenmaal op Theo's agenda en iets dat daarop staat.....

Onze wekelijkse werkoverleggen op vrijdagmiddag in de Leidse binnenstad gingen door, ook nadat wij beiden de PRV verlaten hadden. En omdat Theo inmiddels bijzonder hoogleraar aan de Universiteit Twente was geworden, kwam het P-woord veelvuldig op vrijdagmiddag op de (borrel-)tafel.

Het onderwerp van een eventuele promotie zou wat mij betreft 'effectiviteit van overheidsbeleid' zijn, een onderwerp dat mij al in de PRV-tijd mateloos boeide. En toen ik in 2002 directeur van de GGD Zuid-Holland Noord werd en daardoor intensief te maken kreeg met de publieke gezondheid, was de combinatie snel gemaakt. Wat is immers leuker dan te promoveren op een onderwerp, waarmee je dagelijks te maken hebt. Inspiratie kreeg ik in de afgelopen jaren door de honderden gesprekken die ik sinds 2002 over dit onderwerp heb gevoerd met vele betrokkenen bij de publieke gezondheid. Niet altijd gingen die gesprekken specifiek over effectiviteit van overheidsbeleid, maar naarmate ik langer met het onderwerp bezig was, bleken steeds meer puzzelstukjes toch in de puzzel te passen, die zich in mijn hoofd aan het vormen was.

Deze ontwikkeling maakt het moeilijk om mij in dit dankwoord specifiek tot personen te richten. Ieder puzzelstukje is er één en vaak vind je een stukje, zonder te weten wie het daar heeft achtergelaten. Maar toch zijn er gesprekken, waarvan ik kan vaststellen dat die de puzzel een eind op weg hebben geholpen. Zulke gesprekken kan ik me herinneren met Irene Lottman van mijn eigen GGD, met Anja Koornstra, Ed d'Hondt en Laurent de Vries van GGD Nederland, met Hans Buijning, mijn 'eerste voorzitter' en Marion Suijker, mijn 'huidige voorzitter', met Hans de Goeij, Dirk Ruwaard en Philip van Dalen van VWS, met mijn collega-directeuren Erik Lieber en Paul van Velpen, met Siewert Pilon en Jamil Jawad van de VNG, met Pieter de Vos van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, met Barend Middelkoop en Pim Assendelft van het LUMC, met Jan van Wijngaarden van de Inspectie Gezondheidszorg, met George Haringhuizen, Petrien Uniken Venema, Hans van Oers, Mariken Leurs en Moniek Pieters van het RIVM, met Mikko Vienonen uit Finland, met Mieke Steenbakkers van de GGD Zuid-Limburg en met de leden van de Programmabrede Commissie Preventie van ZonMW. Uiteraard vergeet ik mensen, mijn oprechte excuses daarvoor, maar met zoveel duizenden stukjes.....Voor ieder stukje geldt in ieder geval dat het even belangrijk is als alle andere.

Een promotie komt echter niet alleen tot stand door inspiratie, maar ook door transpiratie. En alhoewel het meeste werk werd uitgevoerd tijdens avonden, weekends en vakantie, was de steun van collega's en bestuur onontbeerlijk. Mijn

Dagelijks Bestuur dank ik voor de morele en budgettaire steun, die ik in de afgelopen jaren heb ontvangen. Mijn collega Joost Bernsen en mijn managementteam ben ik erkentelijk voor de discussies en voor hun begrip en geduld, als ik weer eens prioriteiten moest stellen. Marga Hoogenkamp, mijn zeer gewaardeerde secretaresse, heeft mij op velerlei wijze ondersteund: uitzoekwerk, opbouw en inrichting literatuurlijst, het corrigeren van de laatste versie en het maken van afspraken (of soms juist het niet-maken van afspraken). Saskia Boonzajer Flaes en Arne en Titia Melessen ben ik zeer dankbaar vanwege hun ondersteunende werkzaamheden in dit traject. Matthijs van der Vorm was op het juiste moment beschikbaar als Visio-wizard. En uiteraard gaat mijn waardering ook uit naar alle respondenten: alle betrokkenen in Finland, de deelnemers aan de focusgroepen en degenen, die ik afgelopen jaren met mijn vragen heb bestookt.

Mijn promotor Erwin Seijdel heeft op de juiste momenten de juiste suggesties gegeven, waardoor een aantal zaken op hun plaats vielen. Dank daarvoor. En met het juiste moment bedoel ik dan het moment waarop Theo de Vries had besloten dat er maar eens een datum geprikt moest worden, om te voorkomen dat ik nog jarenlang aan het onderzoeken bleef, want het onderwerp is nooit 'af'. Alleen komt voor een promovendus het juiste moment eigenlijk altijd te vroeg en pas achteraf blijkt dát moment het juiste moment te zijn geweest. Theo, bedankt voor je nooit aflatende steun, vriendschap en vertrouwen gedurende al die jaren. Op het einde hebben we zelfs onze besprekingen in jouw werkkamer (van 15.30 tot 17.00 uur) gescheiden van ons werkoverleg 'elders' (van 17.00 tot 18.00 uur). Alles voor de wetenschap!

Maar het combineren van werk en promotie was absoluut onmogelijk geweest zonder steun van José, mijn echtgenote. Ze heeft de voorwaarden geschapen die mij in staat hebben gesteld mijn passie te volgen, ook al betekende dat voor haar heel wat tandjes bijschakelen en taken overnemen. Ik hoop dat ik de komende jaren kan laten zien dat die 'werkverdeling' ook anders kan. Mijn kinderen Luuk, Lex en Max hebben mijn inspiratie gevoed. Het was leuk om te zien hoe sport, bewegen en (soms) gezond eten onderdeel zijn gaan uitmaken van hun leven en hoe ze zich hebben ontwikkeld tot levendige en gezonde jong-volwassenen. Mijn ouders dank ik tenslotte voor hun warmte en onvoorwaardelijk vertrouwen in het feit dat ik 'er wel zou komen'. Ik weet niet of ik er al ben, maar de weg er naar toe was zeer de moeite waard.

Over de auteur

Aangezien deze paragraaf altijd door de auteur zelf wordt geschreven, schrijf ik deze niet in de gebruikelijke derde naamval, maar in de eerste. Wat wel een hoog 'ik-gehalte' oplevert, maar in ieder geval duidelijk maakt waar de bron van deze paragraaf ligt.

Ik ben geboren in 1957 en heb aan het Mollercollege in Waalwijk mijn Atheneum B diploma gehaald. Aansluitend heb ik gedurende de periode 1975-1988 geneeskunde gestudeerd aan de Universiteit van Amsterdam, ingegeven door een grote passie voor dit vak. Tijdens mijn studie ben ik bestuurlijk actief geweest in faculteit en universiteit. De laatste acht jaar van mijn studie ben ik tevens werkzaam geweest als beleidsadviseur van het College van Bestuur van de Universiteit van Amsterdam.

Mijn bestuurlijke activiteiten en mijn 'bij-baan' als beleidsadviseur vinden hun oorsprong in mijn belangstelling voor de context waarin zaken zich afspelen. Die belangstelling heeft eerder al geleid tot diverse bestuursfuncties, onder andere in een jeugdcentrum en bij de woningcorporatie Nieuw Amsterdam. Vanwege die belangstelling heb ik in 1988, na afronding van mijn studie, besloten de rest van mijn werkzame leven actief te zijn op het snijvlak van beleid en zorg, mijn twee grote interesses.

Daarom heb ik vanaf 1988 gewerkt bij de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in Zuid-Holland, die in 1998, als gevolg van een fusie met twee andere organisaties, is opgegaan in het Tympaan Instituut. Ook in deze periode bleef mijn belangstelling voor de context en de 'buitenwereld' bestaan en werd deze actief gevoed door Theo de Vries, de toenmalige directeur. Dit resulteerde in de organisatie van diverse symposia en congressen en de oprichting van enkele gelieerde stichtingen. Van 1999 tot en met 2002 ben ik directeur van het Tympaan Instituut geweest.

In 2002 werd ik directeur van de GGD Zuid-Holland Noord. Deze GGD is in 2006 met de GGD Midden-Holland, de Regionale Ambulancedienst Hollands Midden en het GHOR-bureau Hollands Midden opgegaan in de Regionale Dienst Openbare Gezondheidszorg Hollands Midden, waaraan ik samen met Joost Bernsen leiding mag geven.

Maar ook in deze periode bleef 'de context kriebelen', waardoor ik bestuurslid van GGD Nederland ben geweest in de periode 2004-2007, alsook bestuurder van de stichting Medische Opvang Asielzoekers Zuid-Holland/Zeeland. Daarnaast ben ik regionaal en landelijk actief in diverse commissies, stuurgroepen en werkverbanden. Op landelijk niveau zijn dat met name activiteiten binnen GGD Nederland, het RIVM en ZonMW.

Maar natuurlijk heeft deze auteur ook een private kant. Ik heb eerlijk gezegd niet zoveel tijd voor hobby's, maar probeer vooral in het weekend wel tijd te maken voor mijn gezin. Ik ben al 34 jaar gelukkig getrouwd met José en heb drie zonen.

Stellingen behorende bij het proefschrift

De effectiviteit van overheidsbeleid op het gebied van publieke gezondheid. Met name op het gebied van overgewicht, voeding en bewegen

Sjaak de Gouw

1. Als externe factoren de reden zijn voor het niet realiseren van beleidsdoelstellingen, is integraler beleid het enig juiste antwoord (dit proefschrift).
2. Verandering van het regeringsbeleid verandert noch het probleem 'overgewicht', noch de optimale oplossingsrichting, maar alleen de opvatting van de landelijke overheid hierover (dit proefschrift).
3. De sense of urgency bij de portefeuillehouder volksgezondheid is essentieel voor een effectief lokaal beleid op het gebied van publieke gezondheid (dit proefschrift).
4. De setting 'school' is een goede springplank voor de setting 'wijk' en de setting 'sport' (dit proefschrift)
5. Nederland is een klein Gallisch dorpje in de wereld van de infectieziekten en heeft de middelen om stand te houden.
6. De decentralisaties Jeugdzorg, AWBZ en Wet Werken naar Vermogen verhogen voor gemeenten het rendement van investeringen in preventie.
7. De bruteringsoperatie in de volkshuisvestingssector heeft geleid tot een te laag percentage sociale woningbouw.
8. Het dispuut tussen de theorie van Bowlby en de theorie van Nagy dreigt door bezuinigingen te worden beslecht ten gunste van de laatstgenoemde theorie.
9. Radiozendamateurs, zoals bijvoorbeeld verenigd in Dares, zijn de meest betrouwbare factor bij communicatie tijdens rampen en verdienen om die reden brede erkenning.
10. Het schrijven van een proefschrift moet om gezondheidsredenen worden ontraden. Het is immers het summum van sedentair gedrag.