



Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Integraal gezondheidsbeleid op nationaal niveau

Wat kunnen we leren van de ervaringen uit andere landen?

RIVM Brieffrapport 270161005/2011

J. Maas | I. Storm



Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Integraal gezondheidsbeleid op nationaal niveau

Wat kunnen we leren van de ervaringen uit andere landen?

RIVM Briefrapport 270161005

Colofon

© RIVM 2011

Delen uit deze publicatie mogen worden overgenomen op voorwaarde van bronvermelding: 'Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), de titel van de publicatie en het jaar van uitgave'.

Jolanda Maas
Ilse Storm

Contact:
Ilse Storm
Centrum Volksgezondheid Toekomst Verkenningen
i.storm@rivm.nl

Dit briefrapport is geschreven in opdracht van het ministerie van VWS, in het kader van programma 1, kennisvraag 1.9

Inhoud

Samenvatting-5

1 Inleiding-7

2 Welke elementen zijn van belang voor het slagen van IGB op nationaal niveau?—9

3 Hoe wordt IGB in andere landen en in Nederland vormgegeven?—13

4 Wat is er bekend over de effectiviteit van IGB op nationaal niveau?—25

5 Wat valt er te leren van de beschikbare kennis over IGB op nationaal niveau?—29

Literatuurlijst—33

Bijlage I Referenten –35

Samenvatting

Integraal gezondheidsbeleid op nationaal niveau.

Wat kunnen we leren van de ervaringen uit andere landen?

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) hecht waarde aan het ontwikkelen en uitvoeren van integraal gezondheidsbeleid (IGB), zowel op lokaal als nationaal niveau. Dat betekent dat het ministerie van VWS de gezondheid van burgers (en hiermee samenhangende determinanten) wil verbeteren samen met andere ministeries. Om de landelijke overheid hierin verder op weg te helpen heeft het RIVM aan de hand van enkele recente onderzoeken op een rij gezet wat geleerd kan worden van de ervaringen uit andere landen met IGB op nationaal niveau.

Uit de ervaringen van zes andere landen blijkt dat het tijd kost om IGB van de grond te krijgen. Het is dan ook belangrijk dat IGB door de jaren heen op de agenda blijft staan, onder andere door het blijven benadrukken van IGB in strategische documenten (of witboeken). Bij de ontwikkeling van IGB is het essentieel dat dit beleid een concreet doel bevat en dat het breed gedragen wordt door stakeholders binnen en buiten het volksgezondheidsdomein.

Om andere ministeries mee te krijgen in de uitvoering van IGB is commitment op het hoogste niveau van groot belang. De bijdrage van andere beleidssectoren kan ook worden gestimuleerd door al aanwezige interdepartementale actieplannen verder te verdiepen en de samenhang ertussen te versterken. Dat betekent ook meeliften op doelen van andere ministeries waarbij gezondheid zijdelings een rol speelt of aansluiten bij overkoepelende doelen (participatie, duurzaamheid).

Voor de ondersteuning van IGB (ook richting lokaal) is het zichtbaar faciliteren van kennis en deskundigheid essentieel (met capaciteit en middelen). Het gaat zowel om het verstrekken van kennis en informatie over de effecten op gezondheid van beleid buiten het VGZ domein als om het trainen en adviseren van ambtenaren om uitvoering te geven aan IGB. Ook wordt de gezondheidseffectschatting (GES) in veel landen op nationaal niveau ingezet als ondersteunend instrument voor IGB. Ook hierbij is de ontwikkeling van kennis en vaardigheden over het gebruik van GES van belang.

Tot slot is het belangrijk om te onderzoeken of IGB werkt. Op dit moment is er nog weinig bekend over de effectiviteit van IGB. Dat geldt zowel voor gezondheidsmaten als procesmaten. Het verdiepen van effectiviteitsonderzoek op dit gebied is dan ook noodzakelijk. Voor het evalueren van beleidsprocessen kan onder andere aansluiting worden gezocht bij methoden uit de beleidswetenschap en bestuurskunde.

1 Inleiding

1.1 Achtergrond

De laatste jaren wordt er steeds meer vanuit een breed en integraal perspectief naar gezondheid gekeken. Gezondheid wordt ook beïnvloed door veel verschillende determinanten, zoals leefstijl en de fysieke en sociale omgeving. De omgeving bestaat ondermeer uit het gezin waar men opgroeit, de school waar men onderwijs geniet en de buurt waar men woont, sport en beweegt. Deze omgeving wordt vooral vormgegeven door beleidssectoren buiten het volksgezondheidsdomein. Vanuit volksgezondheidsperspectief blijft het daarom van groot belang te kijken naar wat andere sectoren kunnen bijdragen aan de gezondheid van de Nederlandse bevolking (RVZ, 2009, Van der Lucht en Polder, 2010). Dat betekent dat integraal gezondheidsbeleid (IGB) kan worden ingezet om de gezondheid te verbeteren en/of gezondheidsachterstanden terug te dringen. Hoewel op nationaal niveau geen expliciet voorschrift bestaat voor IGB, hecht het ministerie van VWS hier wel waarde aan. Dat blijkt onder andere uit de visie 'Gezond zijn, gezond blijven' (VWS, 2007). Een van de aanbevelingen hieruit is om uitvoering te geven aan IGB, zowel op nationaal niveau als op lokaal niveau. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) wil daarom graag weten wat we nog kunnen leren van de ervaringen uit andere landen om IGB op nationaal niveau meer vorm te geven.

1.2 Doel van briefrapport

Om te leren van de ervaringen uit andere landen heeft het RIVM in opdracht van het ministerie van VWS in dit briefrapport de volgende vier deelvragen beantwoord:

- Welke elementen zijn van belang voor het slagen van IGB op nationaal niveau?
- Hoe wordt IGB in andere landen en in Nederland vormgegeven?
- Wat is er bekend over de effectiviteit van IGB op nationaal niveau?
- Wat valt er te leren op basis van de beschikbare kennis over IGB op nationaal niveau?

1.3 Uitwerking deelvragen

Het verzoek van het ministerie van VWS was om deze vragen te beantwoorden aan de hand van informatie uit een aantal recent verschenen RVZ en RIVM publicaties over IGB (zie literatuurlijst). Voor het identificeren hoe andere landen vormgeven aan IGB is intensief gebruik gemaakt van de studie 'Governance tools and framework for health in all policies' van de National Collaborating centre for Healthy Public Policy (St. Pierre et al., 2009). Deze studie richtte zich op de landen Engeland, Finland, Nieuw-Zeeland, Zweden, Noorwegen en Canada (Quebec). Al deze landen streven naar interdepartementale samenwerking op het hoogste overheidsniveau.

Als aanvulling op het vormgeven van IGB in deze landen is ook nog een verkennende zoekactie uitgevoerd naar de effectiviteit van IGB op nationaal niveau. Zo is in Pubmed (met de zoektermen: health in all policies, effectiveness AND multi sectoral policy, evaluation AND multi sectoral policy) en op de websites van de WHO en EU gezocht naar informatie over de effectiviteit van IGB op nationaal niveau. Ook zijn internationale contactpersonen in verschillende landen benaderd met de vraag of zij informatie hadden over de effectiviteit van IGB op nationaal niveau.

De bevindingen waartoe we zijn gekomen op basis van de bestudeerde bronnen zijn voorgelegd aan een aantal referenten (zie bijlage I).

1.4 Leeswijzer

Dit briefrapport bestaat uit vijf hoofdstukken. In hoofdstuk 2 wordt ingegaan op sleutelementen die relevant zijn voor het slagen IGB op nationaal niveau. In hoofdstuk 3 wordt beschreven hoe deze elementen worden ingezet in de landen Engeland, Finland, Nieuw-Zeeland, Zweden, Noorwegen, Canada en Nederland. Hoofdstuk 4 beschrijft wat er bekend is over de effectiviteit van IGB op nationaal niveau om gezondheid te verbeteren en/of gezondheidsachterstanden terug te dringen. Hoofdstuk 5, tot slot, gaat in op wat we nog kunnen leren van de ervaringen in andere landen om IGB op nationaal niveau meer vorm te geven¹.

¹ In bestudeerde bronnen worden diverse termen voor integraal gezondheidsbeleid (IGB) door elkaar heen gebruikt, zoals intersectoraal gezondheidsbeleid, integrale aanpak, integraal beleid, sector overstijgend beleid. In dit briefrapport wordt vooral uitgegaan van de term IGB. Zie voor gebruik van diverse termen voor IGB ook het briefrapport 'Integraal gezondheidsbeleid op lokaal niveau. *Wat weten we en hoe nu verder?* (Storm et al, 2011)

2 Welke elementen zijn van belang voor het slagen van IGB op nationaal niveau?

2.1 Achtergrond van integraal gezondheidsbeleid

Het verschijnen van het Canadese Lalonde-model begin jaren zeventig met aandacht voor preventie en intersectorale samenwerking rond gezondheid heeft een belangrijke rol gespeeld bij ontwikkelingen op het gebied van integraal gezondheidsbeleid (IGB). IGB is erop gericht gezondheid of determinanten hiervan in samenhang te beïnvloeden. Dit beleid richt zich niet alleen op het individu, maar ook op de omgeving. Dat betekent dat bij IGB relevante sectoren binnen en buiten het volksgezondheidsdomein (onder andere ruimtelijke ordening, veiligheid, onderwijs en arbeid) samenwerken aan het bevorderen en/of het beschermen van de gezondheid (Storm et al., 2007). De uitwerking van dit beleid is vaak een integrale aanpak: een mix van maatregelen in verschillende settings (Storm & Verweij, 2010a).

Vooraf hardnekkige gezondheidsproblemen zijn te beïnvloeden via IGB (zoals overgewicht, gezondheidsachterstanden). Het kan ook goed aansluiten bij de problematiek van kwetsbare groepen (zoals jeugd, mensen met chronische ziekte of beperkingen). Juist hierbij is de betrokkenheid van meerdere sectoren (zowel publiek als privaat) noodzakelijk om in gunstige zin invloed uit te oefenen op de hiermee samenhangende determinanten. Gezondheidsachterstanden hangen bijvoorbeeld nauw samen met achterstanden op tal van andere terreinen zoals: laag inkomen, werkloosheid, laag opleidingsniveau, ongunstige woon- en werkomstandigheden en ongezonde leefstijl (Storm & Verweij, 2010a).

Internationaal staat IGB, tientallen jaren na het verschijnen van het Lalonde, nog steeds op de agenda. Het EU-gedragsartikel 152, dat is verschenen in 2001, bepaalt dat in iedere activiteit of beleid van de EU een hoog niveau van volksgezondheid verzekerd moet worden. Het belang van IGB is in 2006 onderschreven door de Europese Raad onder de term 'Health in all Policies'. Europese landen als Engeland, Finland, Noorwegen en Zweden lijken meer invulling te geven aan de internationale aanbeveling om IGB toe te passen, vooral op het gebied van psychische gezondheid en sociaaleconomische gezondheidsverschillen². In deze landen is sprake van een nationale strategie, waarin interdepartementaal samenwerken op het hoogste overheidsniveau is vastgelegd. Dit wordt ook wel de 'whole of government' aanpak genoemd (Storm & Verweij, 2010a).

2.2 Welke sleutelementen spelen een rol voor het slagen van IGB?

Uit de bestudeerde IGB bronnen blijkt dat er verschillende elementen van belang zijn om IGB succesvol vorm te geven op nationaal niveau (RVZ, 2009; St. Pierre et al., Storm et al., 2007; Storm et al., 2009). Hieronder komen vooral de sleutelementen aan bod die passen binnen een 'whole of government' aanpak.

- Aanwezigheid van een nationale visie en strategie

Een brede visie op (publieke) gezondheid en de samenleving is van belang om duidelijk richting te geven aan de activiteiten van beleidssectoren binnen en buiten het volksgezondheidsdomein (VGZ domein). In een nationale strategie wordt aangegeven wat de (beleids) doelen zijn, hoe deze bereikt moeten worden

² In Nederland wordt vooral de term gezondheidsachterstanden gehanteerd i.p.v. gezondheidsverschillen.

en wat verschillende beleidssectoren en externe partijen op lokaal, regionaal en nationaal niveau hieraan dienen bij te dragen. Met behulp van de strategie wordt beleid systematisch en met oog voor andere sectoren ontwikkeld (Van der Wilk et al., 2007; St. Pierre et al., 2009).

- Uitoefenen van invloed

Het uitoefenen van invloed om beleidssectoren buiten het VGZ domein aan te moedigen bij te dragen aan gezondheid gebeurt op verschillende manieren. Voor het uitoefenen van invloed zijn allereerst *leiderschap en politieke betrokkenheid* van belang. Dat betekent dat er sprake dient te zijn van duidelijk eigenaarschap en heldere aansturing (St. Pierre et al., 2009; van der Wilk et al. 2007). Invloed kan ook worden uitgeoefend via *coördinatie en samenwerkingsmechanismen* tussen sectoren binnen en buiten het VGZ domein. Voorbeelden zijn een kabinetscommissie, een interdepartementale commissie, interdepartementaal overleg, interdepartementale werkgroep, netwerk, organisatie/ unit, task force, convenantvorming, gemeenschappelijk beleid (Storm et al., 2007; St. Pierre et al., 2009; RVZ, 2009; Storm et al., 2009; van der Wilk et al., 2007).

Ook kunnen *dwingende* (wetten of regels) of *stimulerende maatregelen* (financiële ondersteuning) worden ingezet om invloed uit te oefenen.

Met behulp van de inzet van specifieke integrale *beleidsprogramma's en actieplannen* wordt ook invloed uitgeoefend.

Tot slot wordt invloed uitgeoefend via het *stimuleren en benadrukken van parallelle belangen*. De betrokkenheid van andere sectoren bij gezondheid is immers niet vanzelfsprekend. Gezondheid is vaak slechts een van de belangen en niet zelden van ondergeschikt belang. Andere sectoren hebben hun eigen prioriteiten. Het is dan ook van belang dat er kennis wordt verkregen over de belangen van andere sectoren en over hoe gezondheid eventueel kan helpen bij het bereiken van die belangen (Storm et al., 2009).

- Ondersteuning en facilitering

Ondersteuning is van wezenlijk belang bij het succesvol inzetten van IGB. Deze ondersteuning wordt geboden door de *ontwikkeling van instrumenten*. Het belangrijkste instrument dat is ontwikkeld ter ondersteuning van IGB is de gezondheidseffectschatting (zie volgende bullet). Hiernaast zijn in Nederland ook andere instrumenten ontwikkeld, zoals de quick scan facetbeleid (QSF) en de determinantenbeleidsscreening (DBS) (Storm et al., 2007). Sinds november 2010 is er ook een handreiking gezonde gemeente beschikbaar met specifieke aandacht voor IGB (CGL, 2010) (zie verder paragraaf 3.3). Ook in andere landen worden diverse instrumenten ontwikkeld en ondersteuning geboden om uitvoering te geven aan IGB. Een voorbeeld is de website 'The HIA Gateway' (Association of Public Health Observatories, 2011). Daarnaast kan IGB gefaciliteerd worden door het beschikbaar stellen van *mensen en middelen*, zoals relevante expertise en geld (St. Pierre et al., 2009; Storm et al., 2009) en door het beschikbaar stellen van *kennis en goede voorbeelden* van IGB.

- Gebruik van gezondheidseffectschatting

Een belangrijk ondersteunend instrument om IGB vorm te geven is de gezondheidseffectschatting (GES). Dat blijkt zowel uit nationale als internationale literatuur. Met een GES worden gezondheidseffecten van het beleid van andere sectoren dan de sector volksgezondheid geanalyseerd. De GES gaat uit van beleid dat in voorbereiding is en maakt inzichtelijk welke positieve of negatieve gezondheidseffecten deze beleidsvoornemens hebben (RVZ, 2009). De methode is te gebruiken op zowel lokaal als nationaal niveau. Internationaal staat GES bekend als Health Impact Assessment (HIA).

- Evalueren van IGB

Tot slot is het van belang dat het IGB wordt geëvalueerd. Er dienen gegevens verzameld te worden over de effectiviteit van IGB op gezondheid en

determinanten hiervan. Naast inhoudelijke effecten spelen eveneens processen een belangrijke rol spelen om te kunnen sturen op IGB, en zijn gegevens over processen ook relevant. Rapportages van deze gegevens zijn van belang om de betrokken actoren te informeren over de vooruitgang en IGB op basis hiervan verder vorm te geven (St. Pierre et al., 2009; Storm et al., 2009).

3 Hoe wordt IGB in andere landen en in Nederland vormgegeven?

In dit hoofdstuk komt aan de orde wat er gebeurt op het terrein van integraal gezondheidsbeleid (IGB) in zowel de landen Engeland, Finland, Nieuw Zeeland, Noorwegen, Zweden, Quebec als in Nederland. Dit is beschreven aan de hand van de sleutelementen: (1) aanwezigheid van een nationale visie en strategie, (2) uitoefenen van invloed, (3) ondersteuning en facilitering, (4) gebruik van gezondheidseffectschatting (health impact assessment), en (5) evalueren IGB. Zie tabel 1 voor een schematisch overzicht.

3.1 Aanwezigheid van een nationale visie en strategie

Engeland

In Engeland is in 1998 een belangrijk onderzoeksrapport verschenen over het bestaan van grote gezondheidsongelijkheden. In dit rapport werd benadrukt dat het van belang is om de onderliggende oorzaken via een rijksbrede benadering aan te pakken. Als reactie op dit rapport zijn in 1999 twee strategieën verschenen waarin beschreven werd hoe de samenwerking tussen de verschillende sectoren en bestuursniveaus kan worden bevorderd: een gezondheidsstrategie getiteld 'Saving lives: Our Healthier Nation White Paper' en een specifiek actieplan getiteld 'Reducing Health Disparities; An Action Report'. In 2003 is vervolgens het programma 'Tackling Health Inequalities: a programme for action' opgesteld met de volgende kenmerken (St. Pierre et al, 2009):

- a. Het programma was goedgekeurd door twaalf departementen en een aantal regionale en lokale autoriteiten.
- b. Het programma bevatte een heel duidelijk nationaal doel, namelijk om de gezondheidsverschillen op kindersterfte en levensverwachting met 10% te verminderen in 2010.
- c. Er zijn vanuit verschillende departementen in totaal 80 verplichtingen opgesteld die tot doel hadden om de onderliggende oorzaken van de ongelijkheden aan te pakken (zie box 1).
- d. Het programma concentreert zich vooral op lokale actie met een rol voor lokale autoriteiten.
- e. Daarnaast is het programma gekoppeld aan prestatie management

Box 1. Voorbeelden van verplichtingen van overheidsdepartementen

In Engeland zijn in het kader van het programma 'Tackling Health inequalities: a programme for action' 80 verplichtingen vanuit verschillende departementen opgesteld met als doel gezondheidsongelijkheden aan te pakken. Deze verplichtingen zijn vastgesteld op vier hoofdthema's: (1) ondersteunen van gezinnen, moeders en kinderen; (2) betrekken van gemeenschappen en individuen (3) preventie van ziekte en zorgen voor effectieve behandeling en zorg (4) adresseren van de onderliggende determinanten van gezondheid. Onder elk van deze hoofdthema's vallen weer verschillende subthema's.

Voor elk van deze hoofdthema's wordt hieronder een verplichting weergegeven. Het subthema waaronder de verplichting valt is tussen haakjes weergegeven.

- 1) Ondersteun kinderen en jonge mensen in de leeftijd tussen 5-13 die risico lopen via het Kinderfonds. Actie: ministerie voor Onderwijs en Vaardigheden (verbeteren van de levenskansen voor kinderen en jonge mensen);
- 2) Stimuleer community-based ondernemingen voor meer diensten in de publieke sector door de ontwikkeling van een 'good corporate citizen approach' in de NHS en lokale autoriteiten. Actie: ministerie van Gezondheid, ministerie van Economische Zaken, afgevaardigde van de minister-president;
- 3) Stimuleer de participatie in bewegen door de introductie van pilots lokale beweegstimulering in 2003 – (Local Exercise Action Pilots in 2003) – Actie: ministerie van Gezondheid, ministerie van Cultuur Media en Sport met Sport Engeland, Countryside Agency;
- 4) Reduceer het aantal onbedoelde verwondingen, vooral onder kinderen en jonge mensen in achterstandsgebieden door verbeteringen in de omgeving, publieke opleidingscampagnes en projecten ter voorkoming van kindslachtoffers van wegongelukken – Actie: ministerie van Transport, Home office via lokale autoriteiten en Sure Start (Department of Health, 2007).

Tabel 1 Overzicht van gebruik van sleutelementen in diverse landen

	Nationale visie gezondheid	Uitoefenen van invloed	Ondersteuning en facilitering	GES/HIA	Evaluatie
Engeland	+ 1998: rapport verschenen over SEGV 1999: verschijnen twee strategieën over IGB en SEGV 2003: verschijnen intersectoraal actieprogramma om SEGV tegen te gaan	+ Politieke betrokkenheid Leiderschap Dwingende en stimulerende maatregelen	+ Verstrekken gegevens door team van experts	+ Verplicht	+ IGB: bestedings-overzichten rapporten van een wetenschaps-commissie
Finland	+ 1986: aanname gezondheidsprogramma over IGB 2001: verschijnen van intersectoraal programma gericht op brede gezondheidsbevordering	+ Politieke betrokkenheid Advies-commissie Intersectorale beleids-programma's	+ Diverse instrumenten (o.a. onderwijs-programma, databank innovatieve met praktijken)	+ Niet verplicht, gebruik wel breed aangemoedigd	+ Algemeen: Gezondheids-beleid en programma's elke vier jaar
Nieuw-Zeeland	+ 1989 – 2002: verschijnen verschillende strategische documenten waarin belang van IGB wordt benadrukt 2006: opstellen intentieverklaringen van centrale overheden	+ Actiemodel waarin wordt beschreven wat elke actor moet doen om gezondheid van mensen te verbeteren	+ Geboden door een unit die o.a. partnerschappen en expertise levert	+ Niet verplicht, gebruik wel breed aangemoedigd	+ IGB: jaarlijks rapporteren voortgang
Noorwegen	+ 1987: erkennen IGB in witboek 1993: witboek belang IGB 2005: verschijnen actieplan 2007: verschijnen National Strategy to Reduce Social Inequalities in Health	+ Politieke betrokkenheid Leiderschap Stimulerende maatregelen	+ Geboden door ministerie voor Gezondheid die o.a. helpt bij ontwikkelen vaardigheden	+ Niet verplicht, gebruik wel breed aangemoedigd	+ Algemeen: Jaarlijkse beleidsreviews ism relevante ministeries
Zweden	+ 1984: aanname wet die geïnspireerd was door WHO 'Health for all by the year 2000' 1997: opstellen parlementaire commissie 2003: wet aangenomen met nadruk op het belang van IGB	+ Politieke betrokkenheid Leiderschap	+ Geboden door een unit die o.a. GES ontwikkelde	+ Niet verplicht, gebruik wel breed aangemoedigd	+ IGB: elke vier jaar
Canada Quebec	+ 1992: ontwikkelen beleid waarin nadruk ligt op determinanten van gezondheid 2005: verschijnen rapport over het belang van IGB	+ Politieke betrokkenheid Dwingende maatregelen (wetten)	+ Website Financiering Trainingen	+ Verplicht	+ IGB: elke vijf jaar
Nederland	+ 1986: erkennen belang IGB 2001: visiedocument voor tegengaan gezondheidsverschillen 2006: erkennen belang IGB voor speerpunten in preventienota 2007: visiedocument 'Gezond zijn, Gezond blijven' 2008: beleidsplan samenhangende aanpak SEGV 2009: adviezen over parallelle belangen gezondheid en beleid	+ / - Samenwerkings mechanismen niet structureel Stimulerende maatregelen voor roken, alcohol en overgewicht	- Geen ondersteunende unit Instrumenten aanwezig, geen ondersteuning bij de uitvoering	- Niet verplicht, ook niet breed aangemoedigd 2009: wel nieuwe GES Stad en milieu ontwikkeld	+ Algemeen: elke 4 jaar evaluatie gezondheids-situatie en beleid IGB: geen evaluatie IGB

Finland

Finland was het eerste land dat in 1986 een gezondheidsprogramma heeft aangenomen dat verwant was aan de WHO verklaring getiteld 'Health for all by the year 2000'. Daarna zijn vele aanpassingen gedaan om uiteindelijk in 2001 te komen tot de aanname van het 'Health 2015 Public Health Program'. Dit programma bood een uitgebreide structuur voor gezondheidsbevordering in verschillende delen van de samenleving. Het reikt over diverse departementen. De financiering hiervoor komt uit een speciaal budget. Het programma is verder uitgewerkt in intersectorale actieplannen, zoals het 'National Action Plan to reduce health inequalities' (St. Pierre et al., 2009).

Nieuw Zeeland

In Nieuw Zeeland zijn verschillende strategische documenten verschenen waarin het belang van intersectorale samenwerking wordt benadrukt. In het document 'New Zealand Health Strategy' uit 2002 wordt aangegeven dat intersectorale actie een essentieel instrument is voor intersectoraal beleid. Met deze strategie wilde Nieuw Zeeland op een meer gecoördineerde manier actieplannen en beleid voor de volksgezondheid ontwikkelen. De eerste doelen van de strategie zijn het introduceren van health impact assessment (HIA) en het tegengaan van de ongelijkheden in gezondheid. In 2003 participeerden 36 centrale overheidsinstellingen bij het opstellen van een serie van intentieverklaringen. De instellingen moesten hierbij samen bepalen op welke manieren kan worden samengewerkt, wat de gezamenlijke uitkomsten zouden zijn en wat de invloed van de uitkomsten was op de verantwoordelijkheden van de instellingen. Bij dit proces moesten de overheidsinstellingen dus nauw samenwerken om de overeenkomstige uitkomsten te identificeren en om te bepalen wat de impact is van hun intenties op ander beleid. Deze exercitie heeft bijgedragen aan het bevorderen van een gezamenlijk begrip van de publieke gezondheid en zijn determinanten binnen de overheid (St. Pierre et al., 2009).

Noorwegen

De Noorse overheid publiceerde in 1987 een witboek getiteld 'Health policy towards the year 2000'. In dit witboek werd de noodzaak voor de afname van ongelijkheden benoemd en de meerwaarde van het meenemen van (determinanten van) gezondheid in de sectoren buiten volksgezondheidsdomein (VGZ domein) erkend. In 1993 werd een witboek getiteld 'Challenges in Health Promotion and Prevention efforts' gepubliceerd. Hierin werd het belang van intersectoraal beleid benadrukt. In 2003 verscheen een witboek getiteld 'Prescription for a Healthy Norway'. In dit witboek werd een actieplan gepresenteerd om ongelijkheden te verminderen en om partnerships te creëren tussen de nationale overheid, provincies, gemeenten en het maatschappelijke middenveld. In 2005 verscheen een actieplan getiteld 'The Challenge of the Gradient War' dat was ontwikkeld door het ministerie voor Gezondheid en Sociale Zaken. Dit plan had tot doel een kennisbasis te ontwikkelen die nodig is voor het vaststellen van een duidelijke strategie voor het verminderen van sociale ongelijkheden. In 2005 verscheen ook het 'Action plan on Physical activity' dat ontwikkeld was door 8 verschillende ministeries. Vervolgens verscheen in 2007 de 'National Strategy to Reduce Social Inequalities in health' (White paper no. 20, 2006-2007). Deze nationale strategie is er vooral op gericht alle sectoren samen te laten werken aan het gezamenlijke doel van sociale gelijkheid (het centrale doel is dus niet gezondheid).

De 'National Strategy to Reduce Social Inequalities in health' heeft de volgende vier hoofddoelen (St. Pierre et al., 2009):

1. Het reduceren van sociale ongelijkheden die bijdragen aan gezondheidsverschillen.
2. Het reduceren van sociale ongelijkheden in gezondheidsgedrag en de verbetering van de toegang tot gezondheidsdiensten.

3. Het stimuleren van sociale inclusie.
4. Het verbeteren van de kennis en het ontwikkelen van instrumenten voor intersectorale samenwerking.

Zweden

Zweden heeft al vele jaren geleden een sociaal perspectief op gezondheid aangenomen via de gezondheidswet in 1984, geïnspireerd op de WHO publicatie 'Health for all by the year 2000'. In de jaren daarna verschenen diverse andere documenten waarin de overheid aangaf op dit pad te blijven. In 1997 werd ook een parlementaire commissie opgesteld ('National Public Health Committee') die verantwoordelijk was voor het opstellen van nationale publieke gezondheidsdoelen, waarbij een speciale focus werd gelegd op gezondheidsongelijkheden. Uiteindelijk heeft dit geleid tot de Wet Publieke Gezondheidsdoelen die in april 2003 is aangenomen door bijna alle politieke partijen die op dat moment aan de macht waren (Hogstedt et al., 2004). Het overkoepelende doel hiervan is 'om sociale condities te creëren die een goede gezondheid verzekeren, op gelijke gronden, voor de gehele populatie' (Backhans & Moberg, 2008). In juni 2008, is 'A renewed public health policy' vastgesteld. Het bevat de doelen van 2003, maar legt meer nadruk op individuele verantwoordelijkheden en vereist betrokkenheid op lokaal niveau (St. Pierre et al., 2009).

Quebec, Canada

In 1992, lanceerde de overheid van Quebec het gezondheid- en welzijnsbeleid (MSSS, 1992). Dit beleid van het ministerie van Gezondheid en Sociale Zaken was erop gericht om het accent te leggen op de determinanten van gezondheid. Hierbij moest de nadruk liggen op het verbeteren van de leefomstandigheden en een betere samenwerking tussen de verschillende departementen. Het huidige publieke gezondheidsbeleid in Quebec beslaat een periode van 10 jaar (2003-2012) en is gebaseerd op de 4 essentiële functies van publieke gezondheid (bewaking, bescherming, en bevordering van gezondheid en ziektepreventie) en heeft een ondersteunende functie. Het beleid geeft duidelijke richtlijnen voor regionale en lokale publieke gezondheidsinstellingen. Het eerste rapport van de minister van Gezondheid, benoemd in 2002, ging over de brede determinanten van gezondheid en de collectieve verantwoordelijkheden voor deze determinanten (St. Pierre et al., 2009).

Nederland

Nederland publiceerde in 1986 de 'Nota 2000', waarin voor het eerst facetbeleid (voorloper IGB) uitdrukkelijk als middel werd genoemd om gezondheidswinst te boeken. In de jaren daarna bleef dit thema deel uitmaken van het overheidsbeleid. In 1991 verschijnt de nota 'Gezondheid met Beleid'. Intersectoraal beleid wordt hier vooral gezien als iets tussen departementen van de rijksoverheid. In 1994 brengt minister Borst de kadernota 'Gezond en Wel' uit met onder andere aandacht voor het gebruik van GES. Tussen 1996-2002 zijn dan ook diverse GES-en op nationaal niveau uitgevoerd (zoals GES Nota Mensen Wensen Wonen). In de preventienota 'Kiezen voor Gezond Leven' uit 2006 wordt beschreven dat samenwerking tussen sectoren van belang is bij de aanpak van de speerpunten roken, overmatig alcoholgebruik, overgewicht, diabetes en preventie. Ook in het visiedocument 'Gezond zijn, gezond blijven' uit 2007 wordt het belang van IGB benadrukt (Storm et al., 2007). In december 2008 heeft het kabinet een 'beleidsplan aanpak gezondheidsverschillen op basis van sociaaleconomische achtergronden' aangeboden aan de Tweede Kamer. In dit plan wordt benadrukt dat het hecht aan een integrale en decentrale aanpak. Daarnaast wordt aangegeven dat de inzet van partijen die belang hebben bij en invloed hebben op gezondheid, zoals gemeenten, werkgevers en scholen, onontbeerlijk is (VWS en WWI, 2008). Hoewel in Nederland geen nationale strategie is om gezondheidsachterstanden via IGB terug te dringen heeft het

ministerie van VWS wel diverse onderzoeken uitgezet om de ontwikkeling van een dergelijke strategie te ondersteunen. Ook heeft het ministerie van VWS verschillende partijen opdracht gegeven om na te gaan hoe gezondheidsbevordering door andere sectoren en partijen gestimuleerd kan worden. Zo hebben de RVZ, SER, ROB en de onderwijsraad in mei 2009 adviezen uitgebracht over parallele belangen bij gezondheid en beleid. In deze adviezen werd ingegaan op de vraag welke belangen bedrijven, scholen en lokaal bestuur hebben bij gezonde burgers. Ook werd aangegeven hoe deze belangen kunnen worden ingezet om de gezondheid van burgers te bevorderen (RVZ, 2009).

3.2 Uitoefenen van invloed om intersectoraal samen te werken

Engeland

In Engeland is het doel om de ongelijkheden in Engeland te verminderen onderschreven door de hoogste autoriteiten van de Britse regering, het Kabinet en het ministerie van Financiën in combinatie met het ministerie van Gezondheid. Een subcommissie van het Kabinet dient ervoor te zorgen dat de verschillende departementen bijdragen aan het terugdringen van de ongelijkheden. Deze commissie is specifiek voor het tegengaan van de ongelijkheden (de Gezondheid Ongelijkheden Eenheid) en valt onder de verantwoordelijkheid van het ministerie van Gezondheid. Het probeert de verbindingen tussen organisaties, vooral op regionaal en lokaal niveau, te bevorderen.

Twee management mechanismen hebben de bestuurlijke samenhang versterkt te weten (St. Pierre et al., 2009):

- Het ministerie van Financiën (The Treasury) is verantwoordelijk voor sectoroverstijgende financieringsstromen gerelateerd aan de doelen voor de afname van de nationale ongelijkheid. De ministeries (onderwijs, veiligheid, justitie, omgeving, transport en lokaal bestuur) moeten rekening hiermee rekening houden in hun strategische plannen en te behalen resultaten.
- Het opstellen van zogenaamde Public Service Agreements. Dit zijn overeenkomsten tussen de centrale overheid, alle departementen en de lokale overheid voor het bereiken van de nationale doelen.

Finland

In Finland is het ministerie van Sociale Zaken en Gezondheid verantwoordelijk voor de implementatie en coördinatie van publieke gezondheidsprogramma's. Hierbij maken ze gebruik van 4 belangrijke overheidsinstrumenten (St. Pierre et al., 2009):

- De Advies Commissie voor Publieke Gezondheid:
 - De commissie heeft onder andere als rol om intersectorale samenwerking tussen overheid, niet overheidsorganisaties (non-government organizations) en andere partners te bevorderen.
 - De commissie bevat 17 leden die afkomstig zijn uit alle sectoren van de overheid, uit niet overheidsorganisaties en uit onderzoeksinstituten en gemeenten. Een permanent secretariaat met 4 experts ondersteunt het werk van de commissie.
 - De commissie heeft drie divisies, waarvan 1 specifiek verantwoordelijk is voor intersectorale samenwerking (Divisie voor nationale intersectorale samenwerking). De taak van deze divisie is om de integratie van de doelen van het 'Health 2015 Public Health Program' te ondersteunen in sectoren buiten de gezondheid. Acht van de twaalf ministeries zijn vertegenwoordigd in deze divisie.
- Intersectorale beleidsprogramma's:

- Het Beleidsprogramma voor Gezondheidsbevordering, gelanceerd in 2007, is een van de drie intersectorale programma's.
- De landelijke nota's Publieke Gezondheid.
- De HIA wordt breed aangemoedigd in verschillende nationale gezondheidsstrategieën en meer specifieke actieplannen. Er is geen wetgeving die HIA verplicht stelt.

Nieuw Zeeland

In Nieuw Zeeland wordt invloed uitgeoefend via het actiemodel getiteld 'Achieving health for all people'. In dit document wordt de rol van elke actor beschreven. Daarnaast wordt beschreven wat gedaan moet worden om de gezondheid van de bevolking te verbeteren. In dit programma zijn de volgende doelen geformuleerd (St. Pierre et al., 2009):

- Versterk het leiderschap van de publieke gezondheid op alle niveaus (nationaal, provinciaal en lokaal) en in alle sectoren.
- Bevorder effectieve publieke gezondheid met behulp van publieke gezondheidsdiensten en activiteiten buiten de gezondheidssector.
- Bouw gezonde gemeenschappen en gezonde omgevingen.
- Maak bij de ontwikkeling van publiek gezondheidsbeleid beter gebruik van onderzoek en evaluaties.

Noorwegen

In Noorwegen wordt invloed uitgeoefend via de richtlijnen die vermeld staan in de 'National Strategy to Reduce Social Inequalities in Health'. Bij de totstandkoming van dit witboek waren naast het ministerie van Gezondheid ook het ministerie van Financiën, het ministerie van Lokale Overheid en Regionale Ontwikkeling, het ministerie van Arbeid en Sociale Inclusie, het ministerie van Kinderen en Gelijkheid, het ministerie van Justitie en Politie, het ministerie van Cultuur en Kerkzaken en het ministerie van Onderwijs en Onderzoek betrokken. Er werd nadrukkelijk niet geprobeerd om ervoor te zorgen dat alle sectoren het gezondheidsperspectief zouden overnemen. De methode was er vooral op gericht om alle sectoren samen te laten werken aan het gezamenlijke doel van sociale gelijkheid. De implementatie van de strategie is gebaseerd op een combinatie van inspanningen vanuit verschillende sectoren. Daarnaast zijn de lange en korte termijn doelen gerelateerd aan gezondheidsdeterminanten en zijn ze zo ontworpen dat het thema in elk geval op de agenda blijft tot 2017. Deze strategie presenteert twee beleidsinstrumenten om IGB te promoten: GES (zie verder 3.4) en subsidies om intersectoraal samenwerken te stimuleren. Via subsidies worden gemeenten gestimuleerd om samen te werken. Gemeenten moeten aan twee condities voldoen om de subsidie te krijgen: ze moeten financieel bijdragen en publieke gezondheid moet onderdeel zijn van hun planningsstelsel (St. Pierre et al., 2009).

Zweden

In Zweden wordt via het Nationale Publieke Gezondheidsbeleid invloed uitgeoefend op andere sectoren. Dit beleid presenteert de belangrijkste ingrediënten die nodig zijn voor leiderschap in intersectoraal overheidsbeleid, te weten: een brede en sociale visie op gezondheid, sterke politieke steun en betrokkenheid van de stakeholders. Het doel van dit beleid kan alleen gehaald worden via intersectorale samenwerking en betrokkenheid van andere sectoren. Behalve de ondersteunende instrumenten ontwikkeld door het Zweedse Nationale Instituut van de Publieke Gezondheid waren er geen dwingende of stimulerende instrumenten om de implementatie van het beleid in 2003 te promoten (St. Pierre et al., 2009).

Canada (Quebec)

Quebec heeft verschillende instrumenten om de overheidspraktijk te beïnvloeden voor het opnemen van gezondheid in elk beleid. De nieuwe Wet Publieke Gezondheid, aangenomen in 2001, bevat Section 54 dat expliciet gewijd is aan de taak van de overheidsdepartementen en instellingen om samen te werken met het ministerie van Gezondheid en Sociale Zaken. Dit met als doel te voorkomen dat maatregelen vanuit andere sectoren en partijen negatieve gevolgen hebben voor de gezondheid van mensen.

Section 54 stelt dat de Minister van Gezondheid adviseur is. De minister geeft alle ministeries optimale adviezen over gezondheidsbevordering en zorgt ervoor dat alleen beleid wordt aangenomen dat in staat is om de gezondheid en het welzijn van de bevolking te bevorderen.

De minister wordt ook geraadpleegd wanneer maatregelen, wetten of overheidsbesluiten worden ontwikkeld die een belangrijke invloed kunnen hebben op de gezondheid van de bevolking. In dit kader werd een interdepartementale ondersteuning commissie opgezet, waarin bijna alle departementen zijn vertegenwoordigd. De departementen zijn verplicht om een GES uit te voeren als ze nieuwe wetten en maatregelen ontwikkelen (St. Pierre et al., 2009).

Nederland

Politiek draagvlak

Om intersectoraal beleid te stimuleren moet er politieke betrokkenheid zijn op hoog niveau. De minister van VWS (Klink) heeft zich in 2008 door het ondertekenen van het beleidsplan 'aanpak gezondheidsverschillen op basis van sociaaleconomische achtergronden' gecommitteerd aan een samenhangende aanpak voor gezondheidsachterstanden (VWS & WWI, 2008). Uit interviews met vertegenwoordigers van verschillende departementen kwam naar voren dat een interdepartementaal actieplan nodig is om de aanpak met verschillende departementen concreet te maken (Storm et al., 2009). Zo wordt aangegeven dat concrete doelstellingen en hieruit voortvloeiende activiteiten (gericht op de verschillende determinanten van gezondheidsachterstanden) van belang zijn. Ook dient deze aanpak een politieke keuze te zijn en rijksbrede prioriteit te hebben.

Beleidsprogramma's en actieplannen

In de afgelopen jaren zijn er naast de diverse nota's en documenten ook een aantal beleidsprogramma's en actieplannen verschenen om de gezondheid van individuen te verbeteren in samenwerking met sectoren binnen het buiten het VGZ domein.

Zo heeft de rijksoverheid roken aangepakt door een combinatie van stimulerende en beperkende maatregelen vanuit diverse departementen, zoals het instellen van rookvrije openbare ruimten, het verbod op tabaksreclame en het heffen van accijns. Tegelijk zijn gezondheid bevorderende campagnes over roken uitgevoerd (VWS, 2005a). Bij alcoholpreventiebeleid van de rijksoverheid zijn maar liefst twaalf departementen betrokken, waarbij de regie bij VWS ligt (VWS, 2005b). Het beleid omvat voorlichtingscampagnes, wettelijke verkoopverboden van alcohol, beperking van het aantal verkooppunten, beperking van reclame van alcohol en maatregelen gericht op uitgaansgelegenheden. Hiernaast hebben het ministeries van VWS en OCW in november 2009 samen met acht maatschappelijke organisaties het Convenant Gezond Gewicht ondertekend.

Vanuit het ministerie van I&M (voorheen VROM) loopt bijvoorbeeld het Nationaal Actieplan Milieu en Gezondheid. Hierin werken verschillende ministeries samen en de speerpunten zijn: het verbeteren van de kwaliteit van het binnenmilieu, het gezond ontwerpen en inrichten van de fysieke leefomgeving, het verbeteren

van de informatievoorziening over de lokale leefomgeving aan burgers en het signaleren en volgen van milieugezondheidsproblemen.

Tot slot zijn bij het Grotestedenbeleid in Nederland acht departementen betrokken. Het ministerie van VWS coördineert hierin de sociale pijler (waarin de gezondheid van mensen met een lage SES centraal staan). In de gezonde wijkaanpak werken tien departementen samen. Lokaal wordt in dit kader gewerkt aan gezonde leefstijl, gezonde leefomgeving en toegankelijkheid van zorg. Verschillende partijen, zoals woningbouwcorporaties, zorgverzekeraars en verschillende gemeentelijke diensten werken hierin samen.

Samenwerkingsmechanismen

Op dit moment werken ministeries samen via interdepartementale overleggen rondom bepaalde ambtelijke thema's, maar niet in de vorm van structurele gecoördineerde actie (Storm et al., 2009). Enkele voorbeelden zijn het Interdepartementaal Beleidsonderzoek (IBO) en het Interdepartementaal overleg van het ministerie van Infrastructuur en Milieu (I&M) en het ministerie van VWS aangaande de gezonde leefomgeving en intersectoraal gezondheidsbeleid. Er is geen overlegstructuur waarin met betrokkenen concrete beleidsprogramma's worden ontwikkeld die vergelijkbaar is met andere landen. In veel landen zijn hiervoor interdepartementale commissies of stuurgroepen ingesteld, of is de verantwoordelijkheid voor de uitvoering van IGB belegd bij een al bestaande overlegstructuur (RVZ, 2009). In Nederland werd met de programmaministeries Wonen, Werken en Integratie en Jeugd en Gezin tussen 2006 en 2010 wel op structurele basis samengewerkt.

3.3 Ondersteuning en facilitering

Engeland

In Engeland wordt IGB ondersteund met gegevens over gezondheid en ongelijkheden. Negen Public Health Observatories, verstrekken gegevens aan verschillende overheden in het land. De Londense Public Health Observatory is verantwoordelijk voor het ontwikkelen van kennis over de gezondheidsverschillen in Engeland. Daarnaast heeft het ministerie van Gezondheid ook een team van experts, het zogenaamde 'National Support Team for Health Inequalities', dat verantwoordelijk is voor het ondersteunen van de beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg (St. Pierre et al., 2009).

Finland

In Finland zijn verschillende instrumenten ontwikkeld die dienen als ondersteuning voor IGB. De instrumenten zijn ontwikkeld door het Nationale Instituut voor Gezondheid en Welzijn (KTL) en het Nationale Onderzoek en Ontwikkelings centrum voor welzijn en gezondheid (STAKES). Het gaat om de volgende instrumenten (St. Pierre et al., 2009):

- Een internet portaal met betrouwbare gezondheidsinformatie, waarop online services worden geboden aan individuen, experts en besluitvormers.
- Pilot studies.
- Onderwijsprogramma's voor diverse sectoren.
- Een databank met innovatieve praktijkvoorbeelden.
- Ontwikkeling van indicatoren die gebruikt kunnen worden door gemeenten om de gezondheid van de bewoners te monitoren.

Nieuw Zeeland

In Nieuw Zeeland wordt ondersteuning van IGB voornamelijk geboden door de Health Impact Assessment Support Unit (HIASU) (zie ook 3.4). De HIASU stimuleert projecten en programma's die tot doel hebben de gezondheid te verbeteren. Daarnaast bouwt de HIASU partnerschappen en levert expertise en

informatie aan centrale, regionale en lokale overheidsinstellingen. Op lokaal niveau is er een Learning by Doing Fund opgesteld. Deze unit biedt onder andere trainingen aan om de vaardigheden van de beleidsmakers te vergroten (St. Pierre et al., 2009).

Noorwegen

In Noorwegen speelt het ministerie van Gezondheid een centrale rol in het ondersteunen van IGB. De taken van het ministerie van Gezondheid zijn (St. Pierre et al., 2009):

- Coördineren van de ontwikkeling van nieuwe indicatoren en de productie van rapporten.
- Realiseren van een internet portaal voor de gemeenten met informatie over hoe ze onderliggende oorzaken van ongelijkheden in hun plannen kunnen aanpakken.
- Ontwikkelen van vaardigheden van actoren werkzaam in de lokale publieke gezondheid.
- Bemoedigen van samenwerking tussen de gemeentelijke overheden en de lokale publieke gezondheidsinstellingen.
- Ontwikkelen van nieuwe kennis die als ondersteuning dient voor overheden.

Zweden

In Zweden is het Zweedse Nationale Instituut van de Publieke Gezondheid (SNIPH) verantwoordelijk voor de ondersteuning van de implementatie van doelen op het gebied van de publieke gezondheid. Zij ondersteunen het integraal gezondheidsbeleid middels (St. Pierre et al., 2009):

- Het ontwikkelen en beschikbaar stellen van indicatoren voor determinanten van gezondheid waarop gemeenten kunnen monitoren.
- Het ontwikkelen van instrumenten voor het reviewen en integreren van publieke gezondheid op lokaal niveau.
- Het organiseren van trainingsactiviteiten in de gezondheidswereld.
- Het ontwikkelen van GES.

Quebec

In Quebec heeft de regering met de aanname van de Wet Publieke Gezondheid, de volgende maatregelen geïmplementeerd om IGB op nationaal niveau te ondersteunen (St. Pierre et al., 2009):

- Het opzetten en onderhouden van een website voor rijksambtenaren.
- Het financieren van onderzoeksprogramma's onder andere over HIA processen en methodes en de impact van publiek beleid op gezondheid.
- Het sluiten van een overeenkomst met het Institute de Santé Publique Quebec waarin staat dat zij adviezen geven aan verschillende departementen over volksgezondheidsthema's.
- Een trainingsprogramma voor departementale beleidsmakers en publieke gezondheids experts op centraal niveau en uiteindelijk ook op regionaal en lokaal niveau.

Nederland

In Nederland is in 1995 voor de ontwikkeling van het instrument GES, alsmede de uitvoering van de GES, en de invulling van facetbeleid (voorloper van IGB) een ondersteuningsfunctie ingesteld bij de Netherlands School of Public Health (NSPH), welke in 2003 werd ondergebracht bij het centrum Volksgezondheid Toekomst Verkenningen van het RIVM. Sindsdien is het takenpakket veranderd van een ondersteuningsfunctie in een kennisfunctie, waarmee de GES-en om gezondheidseffecten vast te stellen zijn gestopt. Het RIVM voert momenteel ter facilitering van kennis en informatie over IGB verschillende onderzoeken uit op dit terrein en produceert rapporten hierover (ten behoeve van zowel lokale als nationale overheden). Het Centrum Gezond Leven van het RIVM heeft een

handreiking gezonde gemeenten ontwikkeld om gemeenten te ondersteunen als het gaat om het ontwikkelen en het uitvoeren van (integraal) gezondheidsbeleid. De handreiking bestaat uit een algemeen deel en vijf themadelen. IGB is een belangrijke rode draad in de handreiking. In de themadelen ligt de nadruk op een samenhangende mix van maatregelen: wettelijke maatregelen, omgevingsmaatregelen (fysieke en sociale omgeving) en leefstijlinterventies. In Nederland bestaat geen aanspreekbare unit binnen het ministerie van VWS zelf die verantwoordelijk is voor het ondersteunen en faciliteren van IGB.

3.4 Gezondheidseffectschatting (HIA)

Engeland

In Engeland werd HIA formeel geïntroduceerd toen gezondheid werd opgenomen als verplicht onderdeel van de Regulatory Impact Assessment (RIA). In 2007 heeft het Kabinet RIA herzien in IA. HIA is nu een specifieke impact assessment. Dat betekent dat gezondheid en welzijn moeten worden opgenomen in al het nationaal beleid. Het ministerie van Gezondheid ondersteunt deze praktijken binnen de overheid door het opstellen van richtlijnen en advies.

Wat betreft de HIA, heeft het ministerie van Gezondheid verschillende organisaties gefinancierd om de benodigde kennis en vaardigheden te ontwikkelen. De Council for Science and Technology werd gevraagd een HIA handleiding te ontwikkelen. De Public Health Observatories spelen een belangrijke rol bij het opstellen van een website met referenties over het uitvoeren van HIA's. Trainingen worden ondermeer verzorgd door de Association of Public Health Observatories en door de Universiteit van Liverpool (St. Pierre et al., 2009).

Finland

Ook in Finland wordt de HIA als een belangrijk instrument gezien. Het gebruik wordt breed aangemoedigd in verschillende nationale gezondheidsstrategieën en in specifieke actieplannen. Er is nog geen wetgeving die HIA verplicht (St. Pierre et al., 2009).

Nieuw Zeeland

In Nieuw Zeeland wordt HIA gepresenteerd als een ondersteunend instrument voor beleidsmakers om gezondheidsaspecten te betrekken in hun besluitvorming. In het jaar 2000 is een leidraad ontwikkeld door de Public Health Advisory Committee (PHAC). Om de formalisering en institutionalisering van de HIA verder vorm te geven heeft het ministerie van Gezondheid een unit opgezet, de Health impact Assessment Support Unit (HIASU). Deze unit heeft de volmacht om de praktijk van HIA te ontwikkelen en te ondersteunen binnen en buiten het ministerie van Gezondheid. Het leiden van HIA ging dus van de PHAC naar het ministerie van Gezondheid (St. Pierre et al., 2009).

Noorwegen

In Noorwegen moet HIA volgens de laatste strategie nationaal, regionaal en lokaal ingezet worden om meer systematisch kennis te genereren over de gezondheidseffecten van beleid en strategieën. Op nationaal niveau moet HIA worden geïntegreerd in bestaande officiële processen met als doel de economische en administratieve impact van de voorgestelde overheidsbeleidsmaatregelen te analyseren (St. Pierre et al., 2009).

Zweden

In Zweden worden HIA instrumenten ontwikkeld en gebruikt. Sinds 1995, zijn er dan ook diverse HIA's uitgevoerd op nationaal niveau. Het Zweedse Nationale Instituut voor Publieke Gezondheid ontwikkelt HIA methodologie en bespreekt hoe HIA geïnstitutionaliseerd kan worden in het politieke besluitvormingsproces (St. Pierre et al., 2009).

Quebec

In Quebec zijn alle departementen verplicht om een HIA uit te voeren als ze nieuwe wetten en regels willen invoeren (St. Pierre et al., 2009).

Nederland

In 1994 wordt in de kadernota 'Gezond en Wel' aangekondigd dat een GES instrument ontwikkeld zal worden met praktische ondersteuning van het ministerie. Tussen 1996 en 2002 worden vervolgens in opdracht van het ministerie van VWS veel verschillende GES-en op nationaal niveau uitgevoerd (ongeveer 25). Voorbeelden zijn GES tabaksontmoedigingsbeleid, GES rijksbegroting 1999, 2000 en 2001, GES Nota Mensen Wensen Wonen. Er is ook een specifieke GES voor Stad en Milieu. In juni 2010 hebben het ministerie van VROM en het ministerie van VWS een nieuwe versie van de GES Stad & Milieu ontwikkeld. Het gebruik van deze GES is echter niet verplicht gesteld.

3.5 Evaluatie van IGB

Engeland

In Engeland worden de doelen van het programma 'Tackling Health Inequalities: A programme for action' regelmatig geëvalueerd door de Treasury en door een groep wetenschappers onder leiding van Sir Michael Marmot (St. Pierre et al., 2009). Daarnaast onderzoekt een groep wetenschappers in hoeverre de doelen worden bereikt, voorgezeten door Sir Michael Marmot (zie verder paragraaf 4.2).

Finland

In Finland zijn alle ministeries wettelijk verplicht om informatie te verschaffen voor een rapport dat elke vier jaar aan de overheid gepresenteerd moet worden en in het parlement besproken moet worden. In 2006 werd een intersectorale strategie gebruikt om de informatie te verzamelen die nodig was voor het 1e evaluatierapport over de Health 2015 Public Health programma. Dit was de zogenaamde 'bilateral dialogues' strategie. Concreet hield deze strategie in dat in een één op één gesprek met een vertegenwoordiger van een ander ministerie werd besproken wat er in dit ministerie voor activiteiten werden ondernomen die gezondheid zouden kunnen bevorderen. Ook werd tijdens de gesprekken ingegaan op de rol die gezondheid en sociale thema's speelde in de besluitvorming (Stahl et al., 2006; St. Pierre et al., 2009).

Nieuw Zeeland

In Nieuw Zeeland rapporteert, sinds het verschijnen van de NZ Health Strategy, het ministerie van Gezondheid jaarlijks over de voortgang (zowel op nationaal als lokaal niveau). Zo wordt de implementatie van het 'Achieving Health for All People' framework gemonitord en geëvalueerd, onder leiding van het ministerie van Gezondheid (2003) (St. Pierre et al., 2009).

Noorwegen

In Noorwegen schrijft het ministerie van Gezondheid en Sociale Zaken jaarlijks beleidsreviews in samenwerking met relevante ministeries (St. Pierre et al., 2009).

Zweden

In Zweden bepaalt de Wet Publieke Gezondheidsdoelen (dat was aangenomen in 2003) dat elke vier jaar een evaluatie rapport gepresenteerd moet worden aan het Zweedse parlement, het hoogste niveau van besluitvorming. Aangezien de gestelde doelen van het beleid meer richtlijnen zijn is de evaluatie ook meer politiek dan technisch van aard (St. Pierre et al., 2009).

Quebec

In Quebec staat in Section 54 van de wet dat alle departementen van de overheid en instellingen inschattingen moeten maken van de potentiële effecten op gezondheid van hun uit te voeren wetten en besluiten. Het rapport, dat 5 jaar na het verschijnen van de wet verscheen, was breed gedistribueerd aan alle departementen en andere partijen die uitvoering hebben gegeven aan Section 54 (St. Pierre et al., 2009).

Nederland

In Nederland worden de belangrijkste ontwikkelingen op het terrein van de volksgezondheid vierjaarlijks beschreven in de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) van het RIVM. De VTV bevat en analyseert gegevens over de gezondheid van Nederlanders en de inspanningen om die te bevorderen. Het zet op een rij wat is bereikt en wat de komende jaren verwacht mag worden. In maart 2010 is de VTV 'Van Gezond naar Beter' verschenen (van der Lucht & Polder, 2010). Bij het RIVM is sinds 2007 ook het Centrum Gezond Leven (CGL) opgericht. Dit centrum is verantwoordelijk voor het versterken van doelmatige, samenhangende en effectieve gezondheidsbevordering door onder andere leefstijlinterventies op effectiviteit te beoordelen. Aanvullend wordt gekeken hoe ze omgevingsinterventies kunnen beoordelen. Dit is van belang als het gaat om maatregelen en interventies die zowel gericht dienen te zijn op het individu als omgeving (zoals van belang bij IGB). Tot op heden is er geen specifieke aandacht voor de evaluatie van IGB in samenwerking met andere ministeries op nationaal niveau.

In het volgende hoofdstuk worden de resultaten van enkele evaluaties uit deze landen beschreven.

4 Wat is er bekend over de effectiviteit van IGB op nationaal niveau?

4.1 Effectiviteit van IGB moeilijk vast te stellen

Als we het over de effectiviteit van IGB hebben dan is er onderscheid te maken tussen effecten op outcome (gezondheidsmaten), effecten op determinanten van gezondheid (intermediaire maten), of effecten van processen zoals het realiseren van management steun of gemeenschappelijke belangen (procesmaten). Uit de literatuur is al bekend dat het lastig is om de effectiviteit van integraal gezondheidsbeleid (IGB) op het verbeteren van gezondheid en/of terugdringen van gezondheidsachterstanden wetenschappelijk aan te tonen. Dit heeft de volgende redenen:

- Tijdsfactor: er gaat een tijd overheen voordat effecten van beleid te detecteren zijn aan de hand van de gezondheidsindicatoren (Blakely et al., 2000);
- Multifactoriële oorzaken van (on)gezondheid: door de verschillende oorzaken die van invloed kunnen zijn op (on)gezondheid is het lastig te bepalen welke gezondheidseffecten zijn toe te schrijven aan de verschillende beleidsinitiatieven (denk aan economische crisis);
- Palet aan maatregelen: bij IGB gaat het om een palet aan maatregelen zowel gericht op individu als omgeving. Maatregelen zijn misschien wel afzonderlijk op hun effectiviteit te onderzoeken, het evalueren van het totale pakket is echter een stuk lastiger (Schuit en Storm, 2007);
- Geen gouden standaard: er bestaat geen gouden standaard voor de evaluatie van beleidsmethoden en –instrumenten (RVZ, 2009). Er zijn ook geen goede methoden beschikbaar om effecten van IGB te bepalen (Storm et al., 2007);
- Begrip IGB: effectiviteit wordt in zijn algemeenheid bemoeilijkt doordat in de praktijk geen eenduidig gebruik is van het begrip IGB (Storm et al., 2007).

In dit briefrapport is met verkennende zoekactie (wetenschappelijke en grijze literatuur) geprobeerd meer informatie over de effectiviteit van IGB in andere landen te verkrijgen. Hoewel in Pubmed met het invullen van de zoektermen (zie paragraaf 1.3) in totaal 85 publicaties waren gevonden, bleken deze geen relevante informatie over effectiviteit van IGB op nationaal niveau te bevatten. Via de grijze literatuur zijn wel vijf relevante Engelstalige publicaties naar voren gekomen. Deze zijn alleen gevonden voor de landen Engeland, Noorwegen en Finland en zeer wisselend wat betreft inhoud (waardoor ongelijksoortige informatie over effecten beschikbaar is en hier vooral exemplarisch is bedoeld).

4.2 Kennis over effectiviteit in de verschillende landen

Engeland

In 2005 verscheen het eerste evaluatie rapport van het ministerie van Gezondheid over het programma 'Tackling Health Inequalities'. Deze evaluatie liet weinig verbetering in de afname van ongelijkheden zien. Dit werd voornamelijk verklaard doordat het programma pas net was opgestart (namelijk in 2003). Wat betreft de procesmatige effecten van IGB bleek wel verbetering zichtbaar te zijn in de gezamenlijke inspanningen van de overheid.

In 2007 verscheen het tweede evaluatierapport over dit programma. Uit dit rapport bleek ook dat de gezondheidsverschillen aanhouden, maar het rapport toonde wel positieve resultaten wat betreft de mortaliteit van kanker en cardiovasculaire ziekten. Ook heeft volgens dit rapport het beleid dat in 1997 was gestart bijgedragen aan het verminderen van kinderarmoede. Het rapport liet ook zien dat de intersectorale strategie effectief is, omdat bijna alle verplichtingen die in het programma zijn opgesteld geheel of voor een substantieel deel zijn uitgevoerd. Het bleek nog wel lastig het bijbehorende uitvoeringsprogramma lokaal goed te implementeren, waarop de wetenschappelijke commissie heeft geadviseerd de strategie hierop aan te passen (Department of Health, 2007; St. Pierre et al., 2009).

Noorwegen

Uit een evaluatie (Strand et al., 2009), dat is uitgevoerd 2 jaar na het verschijnen van het witboek 'National Strategy to Reduce Social Inequalities in health', bleken de volgende succesfactoren van belang voor het ontwikkelen dit beleid:

- Specifiek onderzoek gericht op zowel de prevalentie en oorzaken van gezondheidsongelijkheden, als op de daaraan gerelateerde beleidsinterventies.
- Het opzetten van een forum met experts uit de onderzoeks- en de beleidswereld en uit de praktijk. Via dit forum kan een brug worden geslagen tussen onderzoek, beleid en praktijk en krijgen alle betrokken partijen een gevoel van eigenaarschap.
- Consistentie in het uitdenken van de beleidsuitdaging. Hierbij is het van belang dat het probleem en de beleidsoplossingen voor dit probleem duidelijk worden ingekaderd.
- Het creëren van een sterk netwerk van mensen die over het probleem naar buiten communiceren en die een brug kunnen slaan tussen de doelen omtrent de gezondheidsongelijkheden en de andere sectoren.
- De beleidsdoelen op een lijn brengen met andere delen van de overheidssystemen.
- Een infrastructuur die erop gericht is om intersectorale samenwerking te laten voortduren voorbij de beleidsformuleringsfase.
- Een doorlopende verplichting om gezondheidsongelijkheden op de politieke agenda te houden onafhankelijk van het politieke bestuur.

Evaluatie Inhoud

De effectiviteit van het beleid is nog wat moeilijk in te schatten omdat het beleid pas in 2007 van start is gegaan. Toch wordt wel aangegeven wat de impact van het beleid was op de verschillende betrokken beleidsterreinen. Hieronder worden enkele voorbeelden beschreven:

- *Inkomen*: De herverdeling van het inkomen via inkomensbelasting is versterkt door Nationale Budgetten van 2006 en 2007. De inkomensbelasting voor mensen met een laag inkomen is gedaald, terwijl de belastingen voor hoge inkomsten vanuit spaargeld en investeringen zijn toegenomen. Het netto niveau van de belastinginkomsten is stabiel gehouden om het sociale welvaartssysteem te ondersteunen.
- *Omstandigheden in de kindertijd*: Volledige dekking van kleuterscholen (m.a.w. plaats voor alle aanmeldingen) aan het einde van 2007 is een nationaal doel. Er zijn pilot projecten opgezet waarbij kinderen tussen de 4 en 5 jaar oud uit achterstandswijken gratis gebruik mogen maken van de kleuterschool. Vanaf 2007 wil men geleidelijk de materialen voor het middelbaar onderwijs gratis gaan verstrekken.

- *Werk en werkomgeving*: Het Nationale Budget voor het financieren van arbeidsmarktinitiatieven gericht op mensen die nauwelijks tot geen banden hebben met de arbeidsmarkt was aanzienlijk verbeterd.
- *Gezond gedrag*: Vanuit het ministerie van Gezondheid en Zorgdiensten zijn er verschillende intersectorale actieplannen verschenen op het gebied van bewegen, voeding, tabak controle en mishandeling.
- *Gezondheidszorg*: Door de komst van de strategie is er een sterkere focus op potentiële ongelijkheden in zorgdiensten. Het ministerie van Gezondheid verzoekt voor het eerst om informatie over de sociale verdeling van health services in Noorwegen.
- *Sociale inclusie van kwetsbare groepen*: Initiatieven gericht op de inclusie van immigranten en de rehabilitatie van gedetineerde werden geïntensifieerd.
- *Jaarlijks overzicht van relevant beleid*: Een belangrijk instrument om de impact van de strategieën gericht op het tegengaan van ongelijkheden jaarlijks te beschrijven. Dat geldt voor de ontwikkelingen en resultaten in alle relevante sectoren op dit gebied.

Evaluatie Proces

In het evaluatierapport wordt verder nog gedetailleerd beschreven welke elementen van belang zijn bij het succesvol opzetten van integraal gezondheidsbeleid. De volgende institutionele structuren voor het uitzetten en implementeren van IGB bleken van belang te zijn:

- Het opzetten van een intersectorale commissie waarin zeven relevante ministeries zitting hadden en die regelmatig samenkwamen om voortgang te bespreken.
- Nieuwe initiatieven van verschillende ministeries op het gebied van sociaal beleid werden niet geïntegreerd in de nationale strategie maar gefinancierd door het nationale budget.
- Het samenstellen van een coördinerend team waarin mensen zitting hadden die academische competenties hadden en vaardigheden in leiderschap, onderhandelen, communiceren.
- De methode was erop gericht om alle sectoren samen te laten werken aan het gezamenlijke doel van sociale gelijkheid. Er werd nadrukkelijk niet geprobeerd om ervoor te zorgen dat alle sectoren het gezondheidsperspectief zouden overnemen.
- Een jaarlijkse review en rapportages waarin de belangrijkste ontwikkelingen worden beschreven en een overzicht wordt gegeven van de activiteiten. Het ministerie van Gezondheid is verantwoordelijk voor de jaarlijkse rapportage. De eerste rapportage is verschenen in 2009.

Finland

In 1972 ging een project getiteld 'The North Karelia Project' van start in Finland. Het doel van dit project was gericht op het voorkomen van cardiovasculaire ziekten (CVD) door een multi sectorale strategie. Het centrale idee was dat preventie van CVD bereikt moest worden door zowel de sociale en de fysieke als de politieke omgeving in North Karelia te veranderen. Nadat vijf jaar lang diverse interventies waren uitgevoerd in North Karelia werd besloten het programma op nationaal niveau in te zetten.

Het programma heeft uiteindelijk geleid tot een sterk verbeterde vetkwaliteit van het dieet van de Finse bevolking. In 1972 gebruikte meer dan 90% van de Finse bevolking boter op hun brood, in 2009 was dit minder dan 5%. Het gebruik van olijfolie voor het koken is gestegen van 0% in 1970 tot 50% in 2009. De inname van fruit en groente is toegenomen en de inname van zout is verminderd. Als resultaat van deze grote veranderingen in het dieet is de totale

vetconsumptie als percentage van de totale inname van calorieën afgenomen van ongeveer 40% tot 30%. De veranderingen in het dieet hebben geleid tot een afname van 80% in de CVD mortaliteit onder de bevolking met de werkleeftijd. De levensverwachting is gestegen met 10 jaar en er waren grote verbeteringen zichtbaar in de functionele capaciteit en gezondheid. Verschillende studies toonden ook aan dat cholesterolverlaging te verklaren was door de veranderingen in het dieet, en de grootste impact hadden op veranderingen in de gezondheid in positieve zin (Ståhl et al., 2006; Puska en Ståhl 2010).

Bilateral Dialogues

In Finland zijn alle departementen wettelijk verplicht om de benodigde informatie te geven voor het opstellen van het nationale gezondheidsrapport. Tot en met het verschijnen van het gezondheidsrapport van 2002 werd aan alle ministeries gevraagd of zij een kort document konden aanleveren waarin werd aangegeven welke relevante beleidsstukken en acties waren ontwikkeld met een mogelijke invloed op de gezondheid van de Finse bevolking. In 2006 heeft Finland voor een andere aanpak gekozen, namelijk voor het schrijven van het nationaal gezondheidsrapport.

Bij het tot stand komen van het rapport is gebruik gemaakt van 'bilateral dialogues' tussen het ministerie van Gezondheid en de andere ministeries. De onderliggende reden hiervoor was dat men de zichtbaarheid en de rol van andere sectoren wilden versterken. De bilaterale dialogen hadden als doel:

- de intersectorale dialoog te ondersteunen;
- andere sectoren te helpen in het herkennen van de relevantie van hun acties voor de gezondheid;
- ervoor te zorgen dat andere sectoren rekening houden met gezondheid bij hun besluitvorming.

Uiteindelijk bleek dat de bilaterale dialogen als erg nuttig en succesvol werden ervaren, en wel om de volgende redenen:

- het was een efficiënte manier van werken;
- ze promoten een gemeenschappelijk begrip van de manieren waarop de gezondheid wordt waargenomen;
- ze onthulde relevant thema's waarmee verdere samenwerking kon worden versterkt (Ståhl et al., 2006).

Nederland

In Nederland is preventiebeleid gericht op roken effectief gebleken (VWS, 2005). Bij dit beleid werden 'stoppen met roken' campagnes gecombineerd met maatregelen op het gebied van rookvrije openbare ruimten, de rookvrije werkplek, het reclameverbod en het heffen van accijns. Diverse sectoren buiten het volksgezondheidsdomein hebben bijgedragen aan dit beleid. Een ander voorbeeld van effectief IGB is de grote gezondheidswinst die in het verleden is gerealiseerd door goede behuizing en bescherming van werknemers (Storm et al., 2007; Van der Wilk et al., 2007). Ook is in de afgelopen decennia veel gezondheidswinst geboekt met verkeersveiligheidsbeleid. Zo is de afname van het aantal verkeersslachtoffers sinds de jaren zeventig te danken aan wetgeving, handhaving, infrastructurele maatregelen, veiligheid van auto's en verbeteren van rijgedrag (Van der Lucht en Polder, 2010).

5 Wat valt er te leren van de beschikbare kennis over IGB op nationaal niveau?

In de bestudeerde bronnen is veel informatie beschikbaar over integraal gezondheidsbeleid (IGB) op nationaal niveau. Om te leren van andere landen is in dit briefrapport gekeken naar de landen Engeland, Finland, Nieuw-Zeeland, Noorwegen, Zweden en Quebec. Het is echter niet eenvoudig om op basis hiervan aan te geven hoe IGB op nationaal niveau in Nederland meer vorm kan krijgen. De informatie is immers vooral beschikbaar over de aanpak van IGB in deze landen en minder over effecten van IGB op het verbeteren van gezondheid en/of terugdringen van gezondheidsachterstanden. Hieronder staat beschreven wat er mogelijk nog te leren valt op dit terrein aan de hand van de sleutelementen voor een 'whole of government' aanpak.

5.1 Aanwezigheid van een nationale visie en strategie

Veel landen hebben gedetailleerde nationale strategieën, actieplannen en regie, tezamen met lokale samenwerking en uitvoering op maat. Dit is meestal gericht op specifieke thema's. IGB in alle geselecteerde landen richt zich voornamelijk op het terugdringen van gezondheidsachterstanden. De lessen die op dit gebied vooral zijn te leren van andere landen zijn:

Lange adem nodig

Het kost tijd om IGB van de grond te krijgen. In de meeste landen zijn er verschillende jaren overheen gegaan voordat dit beleid echt van de grond kwam op het hoogste overheidsniveau. Zo verscheen in Noorwegen bijvoorbeeld in 1987 een eerste witboek waarin het belang van IGB werd aangestipt. Later verschenen de eerste intersectorale beleidsprogramma's. Pas in 2007 is een breed gedragen nationale strategie verschenen welke erop gericht is alle sectoren te laten samenwerken aan een gezamenlijke doelstelling van sociale ongelijkheid (waarbij het centrale doel niet gezondheid is).

Agendasetting

Het is van belang dat de noodzaak van IGB te benadrukken in een zogenaamd witboek of een strategisch document. Dit met als doel om te beschrijven hoe overheidsbeleid een specifiek probleem kan oplossen. In Noorwegen en Engeland is een witboek opgesteld waarin wordt beschreven hoe gezondheidsongelijkheden kunnen worden tegengegaan. Met dergelijke documenten kan een IGB strategie rond bepaalde thema's voor een langere tijd op de agenda blijven. Hoewel dat in Nederland tot op zekere hoogte al is gebeurd kan het van belang zijn dit pad verder te vervolgen en te verdiepen.

Vaststellen van een concreet doel

Enkele jaren na het verschijnen van een witboek of een strategisch document zijn programma's, beleidsstukken of wetten ontwikkeld. Kenmerk hiervan was dat er een concreet doel werd vastgesteld. Een concreet doel in Engeland is bijvoorbeeld om de gezondheidsverschillen met 10% te verminderen in de periode van 2003 tot 2010. Hiermee kunnen ook onderliggende doelen duidelijk worden gemaakt en afstemming met beleidssectoren buiten het volksgezondheidsdomein (VGZ domein) worden gestimuleerd.

Breed gedragen documenten

Voor de ontwikkeling van programma's, beleidsstukken of wetten is het van belang dat deze documenten breed worden gedragen. Deze documenten moet ook niet alleen worden ondersteund door verschillende ministeries en de politiek,

maar ook door verschillende stakeholders binnen of buiten het terrein van de gezondheidszorg en het maatschappelijke middenveld. Daarom werden bij de totstandkoming van deze programma's, beleidsstukken of wetten veelal zowel actoren binnen als buiten het VGZ domein betrokken. Een manier om verschillende partijen te betrekken is het voorleggen van een nationale visie en strategie en dan te kijken of de verschillende betrokken sectoren en partijen zich in een dergelijke brede visie kunnen vinden. Zo is dat bijvoorbeeld in Finland gedaan.

5.2 Uitoefenen van invloed op andere sectoren

Een belangrijk sleutelement voor het bevorderen van IGB is het uitoefenen van invloed op andere sectoren om hen aan te moedigen een bijdrage te leveren aan het bevorderen en/of beschermen van gezondheid. De lessen die op dit gebied vooral zijn te leren van andere landen zijn:

Commitment van hoogste autoriteit

Voor het uitoefenen van invloed is het ten eerste van belang dat er commitment is op het hoogste overheidsniveau. Andere sectoren zullen eerder meewerken als de aanpak een politieke keuze is en een rijksbrede prioriteit heeft gekregen. Zo is in Engeland de verplichting om de ongelijkheden te bestrijden bekrachtigd door de hoogste autoriteit van de Britse regering, het Kabinet en het ministerie van Financiën in combinatie met het ministerie van Gezondheid.

Verantwoordelijke commissie voor IGB

Veel landen oefenen invloed uit via een commissie die verantwoordelijk is voor het stimuleren van IGB. Zo is in Finland een adviescommissie voor Publieke Gezondheid verantwoordelijk voor IGB. In Engeland is een subcommissie van het Kabinet verantwoordelijk om ervoor te zorgen dat de verschillende departementen bijdragen aan de doelen op het gebied van het terugdringen van de gezondheidsongelijkheden. In Quebec bestaat er een interdepartementale ondersteuningscommissie om IGB vorm te geven.

Meer verplichtingen

Involed kan ook worden uitgeoefend via wetten en regels. Dit gebeurt overigens alleen expliciet in Quebec. Daar heeft men een wet die aangeeft dat het de taak is van de verschillende departementen binnen de overheid om samen te werken met het departement van Gezondheid en Sociale zaken. De reden hiervan is om er zeker van te zijn dat de maatregelen die door de verschillende sectoren worden uitgevoerd echt geen negatieve gevolgen hebben voor de gezondheid van mensen.

Interdepartementale actieplannen

In verschillende landen zijn specifieke beleidsprogramma's en actieplannen opgezet om invloed uit te oefenen op IGB. Finland heeft bijvoorbeeld interdepartementale beleidsprogramma's opgezet. In Nieuw-Zeeland is een actiemodel ontwikkeld met specifieke doelen en een leidraad waarin voor elke actor wordt beschreven wat ze kunnen doen om de gezondheid van de populatie te verbeteren. In Nederland is al een aantal beleidsprogramma's en actieplannen aanwezig waarin sprake is van samenwerking tussen verschillende sectoren en actoren (zoals convenant Overgewicht). Om vorm te geven aan IGB op nationaal niveau zouden deze verdiept en de samenhang ertussen versterkt kunnen worden.

Gezamenlijke doelstelling niet per se gezondheid

Voor het slagen van IGB is het van belang om aan te sluiten bij de doelen en belangen van de andere sectoren. In Noorwegen was een succesfactor van de invoering van de 'National Strategy to Reduce Social Inequalities in health' dat

er nadrukkelijk niet werd geprobeerd om ervoor te zorgen dat alle sectoren het gezondheidsperspectief zouden overnemen. De methode was er vooral op gericht om alle sectoren samen te laten werken aan het gezamenlijke doel van sociale gelijkheid. In Nederland betekent dat ook meeliften op doelen van andere ministeries waarbij gezondheid zijdelings een rol speelt of aansluiten bij overkoepelende doelen (bijvoorbeeld participatie, duurzaamheid).

5.3 Ondersteuning en facilitering op het terrein van IGB

Uit de studie van het European Observatory on health systems and policies blijkt dat bijna alle landen een unit hebben op het terrein van IGB. De lessen die op dit gebied vooral zijn te leren van andere landen zijn:

Zichtbaar faciliteren van kennis en deskundigheid

Er is vaak een zichtbare en aanspreekbare unit binnen het ministerie van Gezondheid (met capaciteit en middelen) om IGB te ondersteunen en te faciliteren (ook richting lokaal en regionaal). De benaming en positionering kunnen verschillen, zowel binnen de ministeriële verantwoordelijkheid als binnen het ambtelijke apparaat, maar zichtbaarheid en aanspreekbaarheid lijken de constante factoren (St. Pierre et al., 2009).

De unit is veelal voor verschillende zaken verantwoordelijk, te weten:

- het verstrekken van betrouwbare gezondheidsinformatie;
- het trainen en adviseren van ambtenaren;
- het ontwikkelen van instrumenten, zoals HIA's;
- het verstrekken van kennis en informatie over de effecten op gezondheid van beleid buiten het VGZ domein.

De hierboven genoemde elementen zijn ook in Nederland relevant om het werken vanuit een integraal perspectief op zowel nationaal als lokaal niveau te versterken (al dan niet via een unit).

5.4 Het gebruik van gezondheidseffectschatting (HIA)

In de meeste landen wordt HIA ingezet als ondersteunend instrument om IGB te ontwikkelen en uit te voeren. HIA wordt ingezet als verplicht onderdeel van alle nieuwe wetten, maar ook als instrument om systematisch kennis te genereren over de gezondheidseffecten van beleid. De lessen die op dit gebied vooral zijn te leren van andere landen zijn:

Commitment op hoog niveau voor GES

Belangrijk is dat er voor de invoering en het brede gebruik van de HIA er wel commitment op hoog niveau is (politiek en bestuurlijk). Zo heeft de overheid in Nieuw Zeeland het brede gebruik van HIA gepresenteerd als een ondersteunend instrument voor beleidsmakers uit diverse beleidssectoren, dat ten goede komt aan de uitvoering van de gezondheidsstrategie. Hoewel Nederland een aantal jaren voorop liep (tussen 1996-2002) met het uitvoeren van HIA's heeft de toepassing hiervan zijn aandacht 'verloren'.

Ontwikkelen van kennis en vaardigheden

Ook is het belangrijk dat het ministerie van Gezondheid ondersteuning biedt door het verschaffen van richtlijnen en advies met betrekking tot het uitvoeren van GES. In Engeland financiert het ministerie van Gezondheid verschillende organisaties om kennis en vaardigheden rondom GES te ontwikkelen en worden ook trainingen op dit gebied aangeboden. In Nieuw-Zeeland is een unit benoemd die het mandaat heeft om de praktijk van GES te ontwikkelen en te ondersteunen. Ook in Zweden is een unit verantwoordelijk voor het ontwikkelen

van methoden en het evalueren van het gebruik van de Gezondheidseffectedatting.

5.5 Evaluatie van effecten

Het is lastig is om de effectiviteit van IGB op het behalen van gezondheidswinst wetenschappelijk aan te tonen, maar in een tijd waar veel nadruk wordt gelegd op 'evidence-based' werken is het natuurlijk ook belangrijk te onderzoeken dat het werkt. De lessen die op dit gebied vooral zijn te leren van andere landen zijn:

Evalueren integrale gezondheidsprogramma's

In andere landen wordt belang gehecht aan het evalueren van de integrale gezondheidsprogramma's, samen met andere betrokken ministeries. In de meeste landen gebeurt dit eens in de vier jaar. In Nieuw Zeeland rapporteert men zelfs jaarlijks over de voortgang. In Engeland voert een groep wetenschappers (onder leiding van Sir Michael Marmot) een onafhankelijk onderzoek uit naar het bereiken van de doelen van IGB. De evaluatie wordt in veel gevallen uitgevoerd door de ministeries zelf, maar dit kan ook worden uitbesteed aan wetenschappers (ten behoeve van een onafhankelijk oordeel).

Zoeken naar parallelle belangen en opzetten van commissies succesvol

Uit de gevonden evaluatiestudies komt naar voren dat IGB op een aantal punten effectief is geweest. De meeste evaluaties gingen in op het proces en geven eigenlijk een extra bevestiging voor het belang van de eerder genoemde sleutelementen. Zo laat een evaluatie studie uit Noorwegen zien dat het zoeken naar parallelle belangen erg belangrijk is voor het succesvol inzetten van IGB. Ook het opzetten van een intersectorale commissie waarin experts zitten van betrokken sectoren lijkt belangrijk te zijn. In Engeland laat de integrale strategie zien dat bijna alle verplichtingen door andere sectoren zijn uitgevoerd.

Geringe gezondheidseffecten

De evaluatiestudies gaan echter niet of nauwelijks in op de effectiviteit van IGB wat betreft het bereiken van de gezondheidsdoelen van het oorspronkelijke programma. Alleen in Engeland en Finland wordt hierop ingegaan. Uit de evaluatie van het integrale uitvoeringsprogramma in Engeland kan worden afgeleid dat de gezondheidsverschillen hardnekkig zijn, maar dat met IGB zeker wel een, hetzij klein, verschil gemaakt kan worden. Uit de evaluatie van het North Karelia Project (in Finland) blijkt dat tien jaar na het starten van dit programma grote verbeteringen te zien waren, zowel wat betreft de functionele capaciteit als de algemene gezondheid van de bevolking.

Verdieping effectiviteitsonderzoek IGB

Over de effectiviteit van het IGB in andere landen blijkt nog weinig literatuur beschikbaar te zijn (op basis van de verkennende zoekactie). Het is daarom niet goed mogelijk om op basis hiervan een eenduidige conclusie te trekken over de effectiviteit van IGB. Ten eerste is er weinig wetenschappelijke literatuur beschikbaar specifiek voor IGB op nationaal niveau (via Pubmed) en ten tweede is er weinig bekend over specifieke gezondheidseffecten. Verdiepen van effectiviteitsonderzoek op dit gebied is dan ook van belang. Dat betekent dat vooral aandacht moet worden besteed aan andere onderzoeksmethode dan het RCT. Observatieel onderzoek of onderzoek van 'natuurlijke experimenten' kan ook waardevol zijn in het verkrijgen van 'evidence', waarbij het kan zowel gaan om effecten op gezondheid als op het niveau van determinanten van gezondheid. Ook is het belangrijk onderzoek te blijven doen naar processen die succesvol zijn om IGB op nationaal niveau vorm te geven (zoals politieke context, ondersteuning). Om beleidsprocessen te evalueren is het van belang aansluiting te zoeken bij methoden uit de beleidwetenschap en bestuurskunde.

Literatuurlijst

Association of Public Health Observatories. The HIA Gateway. <http://www.apho.org.uk/default.aspx?RID=40141>. APHO, 2007.

Backhans M, Moberg H (Ed). Health for all? A critical analysis of public health in eight European countries (pp. 293-331). Swedish National Institute of Public Health, 2008.

Blakely TA, Kennedy BP, Glass R, Kawachi I. What is the lag time between income inequality and health status?. *J Epidemiol Community Health* 2000; 54: 318-319.

Centrum Gezond Leven. Handreiking gezonde gemeente. <http://www.loketgezondleven.nl/settings/gezonde-gemeente/> Bilthoven: RIVM, 2010.

Department of Health. Tackling health inequalities: 2007 Status Report on the Programme for Action . Londen: Department of Health, 2007

Puska P, Ståhl T. Health in all policies – The Finnish Initiative: Background, principles and current issues. *Annual Review of Public Health*: 31:315-328, 2010.

RVZ, Onderwijsraad, Rob. Buiten de gebaande paden. Advies over intersectoraal gezondheidsbeleid, uitgebracht door de Raad voor Volksgezondheid en Zorg, de Onderwijsraad en de Raad voor het openbaar bestuur. Zoetermeer: RVZ, 2009.

Ståhl T, Wismar M, Ollila E, Lahtinen E, Leppo K (Eds.). Health in All Policies: Prospects and potentials, Ministry of Social Affairs and Health: Helsinki, 2006. http://www.euro.who.int/observatory/Publications/20060915_2

Schrijvers CTM, Storm I. Naar een integrale aanpak van gezondheidsachterstanden. RIVM rapport: 270171001/2009. Bilthoven, RIVM, 2009.

Schuit J, Storm I. Successen en valkuilen van integraal gezondheidsbeleid. *Tijdschr. Gezondheidswetenschappen* 2007, 85: 415-416, 2007.

Storm I, Savelkoul M, Busch M, Maas J, Schuit J. Intersectoraal samenwerken in de aanpak van gezondheidsachterstanden. Een onderzoek onder zestien gemeenten. RIVM: Bilthoven, 2010.

Storm I, Maas J en Schuit AJ. Interdepartementale aanpak van gezondheidsachterstanden. Een inventarisatie van samenwerkingsmogelijkheden. RIVM rapport 270161001. RIVM: Bilthoven, 2009.

Storm I, van Zoest F, den Broeder L. Integraal gezondheidsbeleid: theorie en toepassing. RIVM-rapport 270851003. Bilthoven: RIVM, 2007.

Storm I (RIVM), Verweij A (RIVM). Integraal gezondheidsbeleid samengevat. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Preventie\Thema's\Integraal gezondheidsbeleid, 10 december 2010a.

Storm I (RIVM), Verweij A (RIVM). Redenen om integraal gezondheidsbeleid te voeren. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Preventie\Thema's\Integraal gezondheidsbeleid, 7 december 2010b.

Storm I, Verweij A, Van der Lucht F. Integraal gezondheidsbeleid op lokaal niveau. *Wat weten we en hoe nu verder?* Bilthoven: RIVM (in press).

St. Pierre L, Hamel G, Lapointe G, Mc Queen D, Wismar M. Governance tools and framework for health in all policies. European Observatory on health systems and policies. Quebec, 2009.

Strand M, Brown C, Torgersen TP, Giaever O. Setting the political agenda to tackle health inequity in Norway. WHO: Kopenhagen, 2009.

Torgerson TP, Giaever O, Stigen OT. Developing an intersectoral national strategy to reduce social inequalities in health, 2007.

Van der Lucht F, Polder JJ. VTV 2010. Van Gezond naar beter. RIVM, Bilthoven, 2010.

Van der Wilk EA, Melse JM, den Broeder JM, Achterberg PW. (red.). Leren van de burens. Beleid publieke gezondheid internationaal bezien: roken, alcohol, overgewicht, depressie, gezondheidsachterstanden, jeugd, screening. RIVM-rapport nr. 270051010. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2007

VWS. Evaluatie tabaksontmoedingsbeleid. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2005a.

VWS. Alcoholbeleid. Brief van minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan de Tweede kamer (27565.29). Den Haag: Sdu Uitgevers, 2005b.

VWS, WWI. Naar een weerbare samenleving; beleidsplan aanpak gezondheidsverschillen op basis van sociaaleconomische achtergronden Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport & Ministerie van Wonen, Wijken en Integratie, 2008.

Bijlage I Referenten

Met dank aan interne referenten (RIVM):

- Drs. Lea den Broeder, V&Z
- Dr. Jeanne van Loon, VTV
- Dr. Frank den Hertog, VTV
- Dr. Fons van der Lucht, VTV

Dit is een uitgave van:

**Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu**

Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl