



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

Kennisbeeld “Health in All Policies”: verkenning vanuit internationaal, nationaal en lokaal perspectief

Dit rapport bevat een erratum d.d. 11-01-2024 op pagina 45

**Kennisbeeld "Health in All Policies": verkenning
vanuit internationaal, nationaal en lokaal
perspectief**

RIVM-briefrapport 2023-0401

**Dit rapport bevat een erratum
d.d. 11-01-2024 op pagina 45**

Colofon

© RIVM 2023

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.

Het RIVM hecht veel waarde aan toegankelijkheid van zijn producten. Op dit moment is het echter nog niet mogelijk om dit document volledig toegankelijk aan te bieden. Als een onderdeel niet toegankelijk is, wordt dit vermeld. Zie ook www.rivm.nl/toegankelijkheid.

DOI 10.21945/RIVM-2023-0401

T. Jansen-van Eijndt (auteur), RIVM
A.F. Gorter (auteur), RIVM
D. Schokker (auteur), RIVM
L.H. Dekker (auteur), RIVM

Contact:
Louise Dekker
Toekomstverkennen Volksgezondheid
Louise.dekker@rivm.nl

Dit onderzoek werd verricht in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in het kader van V/060454 - Kennisbeeld HIAP.

Dit is een uitgave van:
**Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu**
Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven
Nederland
www.rivm.nl

Publiekssamenvatting

Kennisbeeld "Health in All Policies" – verkenning vanuit internationaal, nationaal en lokaal perspectief

Onze gezondheid wordt niet alleen bepaald door leefstijl, genen of toegang tot zorg, maar ook door bijvoorbeeld leefomgeving, woonomgeving en inkomen. Door in beleid hiermee rekening te houden, kunnen gezondheidsverschillen kleiner worden. Dat wordt ook wel *Health in All Policies* (HiAP) genoemd.

Het RIVM onderzocht in 2011 hoe het ministerie van VWS en gemeenten dit soort integraal gezondheidsbeleid het beste kunnen uitvoeren. Sindsdien zijn in Nederland en in het buitenland veel nieuwe initiatieven ontwikkeld. VWS wil nu weten of er inmiddels nieuwe inzichten zijn om HiAP goed uit te voeren. Het RIVM heeft daarvan een overzicht op hoofdlijnen gemaakt. Hierin staat beschreven wat HiAP inhoudt en hoe het zich de afgelopen jaren regionaal, nationaal en internationaal heeft ontwikkeld.

In landelijk beleid krijgt HiAP steeds meer aandacht. Dat wat nodig is om het van de grond te krijgen, is bijna niet veranderd sinds 2011. Voorbeelden zijn: alle betrokken deelnemers vinden het belangrijk gezondheid te verbeteren, de doelgroep wordt erbij betrokken, en blijvende financiering.

Duidelijk is dat het tijd kost om HiAP op te zetten en dat structureel samenwerken lastig is. Dat komt onder andere doordat er verschillende ideeën zijn over wat HiAP inhoudt. Belangrijk is om te kijken naar het proces van samenwerking in plaats van effecten op de korte termijn.

Aanbevolen wordt om HiAP te starten vanuit een gezamenlijk doel waar iedereen achter staat. Ook is het belangrijk om samen af te spreken wat je precies bedoelt met 'gezondheid', zodat iedereen het over hetzelfde heeft. Ook in andere landen werkt de overheid aan HiAP. Van deze ervaringen kan de Nederlandse overheid leren.

Kernwoorden: HiAP, gezondheid, sociale determinanten, gezondheidsachterstanden, integrale samenwerking, integraal gezondheidsbeleid

Synopsis

Health in All Policies knowledge overview – an exploration from an international, national and local perspective

Our health is not just determined by our lifestyle, genes or access to care, but also by such factors as our living environment, residential environment and income. Policymakers can reduce health differences by taking these factors into account. The resulting policy is referred to as Health in All Policies (HiAP).

In 2011, RIVM looked into the best way for the Ministry of Health, Welfare and Sport and municipal authorities to implement this type of integrated health policy. Since that time, many new initiatives have been developed in both the Netherlands and abroad. The Ministry of Health, Welfare and Sport would now like to know whether there are any new insights that might improve the implementation of HiAP. To that end, RIVM has compiled a general overview. This describes what HiAP involves and how the approach has developed at the regional, national and international levels over the past years.

HiAP is increasingly a point for attention in national policy. The preconditions for getting HiAP off the ground have remained largely unchanged since 2011. For example, all parties involved must believe it is important to improve health, the target audience must be engaged and long-term funding must be ensured.

What has become clear is that it takes a long time to set up HiAP and sustainable cooperation is difficult to achieve. Among other things, this is due to differences of opinion about what HiAP involves. It is vital to focus on the process of cooperation rather than on short-term effects.

The recommendation is to launch HiAP on the basis of a common goal that all parties can get behind. Another important consideration is that the parties should agree on what they mean by 'health', so that everyone is on the same page. Governments in other countries are working on HiAP as well. The Dutch government can learn from their experiences.

Keywords: HiAP, health, social determinants, health disadvantages, integrated cooperation, integrated health policy

Inhoudsopgave

Samenvatting — 9

1 Aanleiding Kennisbeeld Health in All Policies — 11

- 1.1 Doel en vraagstelling — 11
- 1.2 Waarom Health in All Policies — 11
- 1.3 Scope van het rapport — 13
- 1.4 Uitwerking onderzoeksvragen — 14
- 1.5 Leeswijzer — 14
- 1.6 Dankwoord — 14

2 Health in All Policies in beleid en praktijk — 15

- 2.1 Internationale voorbeelden — 15
 - 2.1.1 Healthy Together Victoria — 15
 - 2.1.2 Healthy Cities — 15
 - 2.1.3 Voorbeelden uit Wales en Finland — 16
- 2.2 Voorbeelden van nationaal HiAP in Nederland — 16
 - 2.2.1 Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) — 16
 - 2.2.2 Programma Gezonde Leefomgeving — 17
 - 2.2.3 Nationaal Programma Leefbaarheid en Veiligheid — 17
- 2.3 Voorbeelden van lokaal/regionaal Health in All Policies in Nederland — 17
 - 2.3.1 GezondIn — 17
 - 2.3.2 Trendbreuk Zuid-Limburg — 18
 - 2.3.3 Gezondheid voor iedereen (gemeente Utrecht) — 18
 - 2.3.4 Provincie Noord-Brabant: Beleidskader Gezondheid 2021-2030 — 18
 - 2.3.5 Kans voor de Veenkoloniën — 18

3 Elementen voor het slagen van Health in All Policies — 19

- 3.1 Randvoorwaarden — 19
 - 3.1.1 Wet- en regelgeving, nationale strategie — 19
 - 3.1.2 Mate van beleidsprioriteit — 20
 - 3.1.3 Leiderschap — 20
 - 3.1.4 Financiering en capaciteit — 20
 - 3.1.5 Eenduidige terminologie — 20
- 3.2 Evalueren van Health in All Policies — 21
 - 3.2.1 Gebruik van een Health Impact Assessment — 21
 - 3.2.2 Meetbare prestaties — 21
- 3.3 Samenwerking binnen en buiten de organisatie — 21
 - 3.3.1 Domeinoverstijgende samenwerking — 21
 - 3.3.2 Rol voor de gemeente — 22
 - 3.3.3 Betrekken van inwoners — 22
- 3.4 Elementen die Health in All Policies bevorderen niet veranderd — 22

4 Evalueren van Health in All Policies — 25

- 4.1 Effectiviteit is lastig vast te stellen — 25
- 4.2 Ondersteunende instrumenten voor Health in All Policies — 25
 - 4.2.1 Health Impact Assessment — 26
 - 4.2.2 Volwassenheidsmodel — 26
 - 4.2.3 Gebruik van erkende interventies — 26

4.2.4	Logische modellen, theoretische onderbouwing hoe beleid kan werken — 26
4.3	Methode voor evalueren: Lerende evaluatie — 27
5	Beschouwing — 29
5.1	Health in All Policies nog altijd actueel — 29
5.2	Integrale aanpak of integraal beleid? — 30
5.3	Ontwikkeling van Health in All Policies naar Brede Welvaart — 30
5.3.1	Terminologie voor gezondheid vanuit een integraal perspectief — 30
5.3.2	Van gezondheid als eenrichtingsverkeer naar Brede Welvaart — 31
5.4	Langetermijnblik en herwaardering van bewijs voor werking beleid — 32
6	Aanbevelingen om Health in All Policies op rijksniveau sterker vorm te geven — 35
6.1	Stel gezamenlijke maatschappelijke opgaven centraal — 35
6.2	Start met laag hangend fruit voor vormgeven integrale samenwerking — 36
6.3	Gebruik terminologie en concepten die aansluiten bij andere domeinen — 36
6.4	Openstaande vragen — 36
	Literatuurlijst — 39
	Erratum — 45

Samenvatting

Gezondheid wordt beïnvloed door diverse factoren die zich grotendeels buiten het domein van gezondheid en zorg bevinden. Voor het oplossen van actuele gezondheidsvraagstukken, zoals het verminderen van gezondheidsachterstanden of het inrichten van een gezonde leefomgeving, spelen maatschappelijke determinanten van gezondheid een sleutelrol. Het gaat dan bijvoorbeeld om voldoende en stabiel inkomen, passende scholing of een goed geïsoleerd huis. Dit gegeven vraagt om (samenhangend) beleid waarin doelstellingen op het gebied van gezondheid en doelstellingen van andere domeinen elkaar versterken. In 2011 heeft het RIVM in opdracht van VWS in twee rapporten de stand van zaken met betrekking tot integraal gezondheidsbeleid (IGB) in respectievelijk Nederland en internationaal perspectief beschreven. Sindsdien is de terminologie rondom integraal beleid verbreed met onder andere Health in All Policies (HiAP), en meer recent, Health for All Policies (HfAP).

In het licht van de huidige ontwikkelingen en maatschappelijke opgaven verzocht VWS het RIVM om een actueel kennisbeeld rondom IGB, HiAP en HfAP te schetsen. Het doel hiervan was het laten zien wat er internationaal, in Nederland en binnen gemeenten zoal gebeurt onder de noemer van deze beleidsvormen, wat elementen zijn om IGB, HiAP en HfAP succesvol vorm te geven en wat er bekend is over effectiviteit ervan. Op basis hiervan zijn handelingsopties en openstaande vragen geformuleerd die het vormgeven van HiAP op rijksniveau kunnen ondersteunen. Dit rapport gaat over IGB, HiAP en HfAP, maar de focus ligt met name bij HiAP vanuit de invalshoek domeinoverstijgende samenwerking.

Om een antwoord te geven op deze vragen is er een literatuurverkenning uitgevoerd voor de periode 2011-2023, met de focus op reviews en grijze literatuur. Deze resultaten zijn beschreven en voorgelegd aan drie externe experts, met een focus op respectievelijk internationaal, nationaal en lokaal/regionaal niveau. Hun feedback is verwerkt in de voorliggende versie.

Op internationaal, nationaal en lokaal niveau wordt er op verschillende manieren invulling gegeven aan HiAP in beleid en praktijk. Soms is het gezondheidsdomein aanjager van aandacht voor gezondheid in beleid van andere domeinen, soms komt dat vanuit domeinen zelf. Een voorbeeld is het Nationaal Programma Leefbaarheid en Veiligheid gecoördineerd door het Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties door de minister voor Volkshuisvesting en Ruimtelijke Ordening (VRO). Daarin wordt naast andere thema's aandacht besteed aan gezondheid en gezondheidsachterstanden.

De mate waarin HiAP succesvol is, wordt beïnvloed door diverse elementen. Belangrijke bevorderende elementen zijn onder andere de mate van beleidsprioriteit, betrekken van burgers, sterk leiderschap, wet- en regelgeving, het voeren van een nationale strategie en duidelijke prestatie-indicatoren. Dit brede scala aan elementen hangt samen met de

complexiteit van het beleidsproces: goede sturing op al deze elementen is van belang voor het slagen van HiAP.

Evaluaties van HiAP, veelal internationaal, zijn vooral gericht op de impact op randvoorwaarden voor integrale samenwerking en op inzicht en bijsturen van het proces. Effectiviteit van HiAP gericht op het terugdringen van gezondheidsachterstanden is moeilijk vast te stellen. In de praktijk zien we dat logische modellen worden ingezet om inzicht in succes te geven, bij te sturen en te verantwoorden. Deze modellen beschrijven de manier waarop op basis van theorie en ervaring verwacht wordt dat beleid werkt op het behalen van gezondheidsdoelen. Recent komen daar lerende evaluaties bij als instrument om met alle betrokkenen te komen tot succesvolle uitvoering. Voor het evalueren van specifieke onderdelen of elementen van HiAP zijn er overzichten met beschikbare tools en instrumenten.

Vanuit het gezondheidsdomein is er een beweging te zien waarbij er ook aandacht is voor de bijdrage van gezondheid aan de doelen van andere beleidsdomeinen. Daarvoor wordt de term 'Health for All Policies' (HfAP) gebruikt. Ook zorgden maatschappelijke ontwikkelingen voor een bredere blik op welvaart en gezondheid en de samenhang daartussen. Hierbij hoort het begrip brede welvaart (in de internationale literatuur *wellbeing economy*), dat concreet vorm krijgt in samenhang met het behalen van de Sustainable Development Goals. In landen zoals Finland en Wales zijn voorbeelden te vinden voor het vormgeven van beleid vanuit deze bredere blik op welbevinden vanuit een langetermijnperspectief.

Gezien de complexiteit van de opgaven waar we voor staan, is domeinoverstijgende samenwerking onmisbaar. Deze domeinoverstijgende samenwerking zou moeten starten met een gezamenlijke visie en doelstellingen tussen domeinen, waarin een gemeenschappelijke taal wordt gesproken. Als dit op nationaal niveau goed is uitgewerkt, draagt dat bij aan het slagen van integraal beleid op lokaal en regionaal niveau. Het inrichten van HiAP op nationaal niveau kost tijd. Daarvoor is een groeimodel met een heldere visie op de langere termijn aan te raden. Door te starten met samenwerken aan onderwerpen waarop vanuit verschillende domeinen de urgentie gevoeld wordt en overeenstemming is over de oplossingsrichting wordt een basis gelegd om op voort te bouwen. De overheid zou daarbij idealiter op kunnen sturen door gebruik te maken van de beschikbare kennis over elementen die HiAP bevorderen en belemmeren. Het is belangrijk om bij samenwerking te leren van de eigen aanpak, bijvoorbeeld middels inzet van lerende evaluaties en ondersteunende instrumenten zoals het HIA. Goede voorbeelden uit andere beleidsdomeinen en uit andere landen, regio's en gemeenten kunnen daarbij ter inspiratie dienen.

In het kort: het gedachtegoed van HiAP is zeer actueel. Het is van belang om beleidsdomeinen in samenhang te bezien en vanuit een gedeelde visie te werken op nationaal niveau én lokaal/regionaal. Ontwikkelkansen liggen in het goed inbedden van gezondheid en aansluiten bij maatschappelijke ontwikkelingen als brede welvaart en bijbehorende afwegingskaders. Hierbij kan worden voortgebouwd op de kennisbasis (die onder andere door evaluaties is opgebouwd), instrumenten en modellen die er zijn voor succesvol HiAP.

1 Aanleiding Kennisbeeld Health in All Policies

1.1 Doel en vraagstelling

Het ministerie van VWS heeft het RIVM gevraagd om een actueel overzicht te geven van de kennis over Integraal Gezondheidsbeleid (IGB), Health in All Policies (HiAP) en Health for All Policies (HfAP).

IGB is beleid waarbij de belangrijkste relevante sectoren binnen en buiten het volksgezondheidsdomein samenwerken aan het aspect gezondheid, waarbij het gemeenschappelijke doel is het bevorderen of beschermen van de gezondheid (1). Het gebruik van een HiAP-benadering is erop gericht om beleid dat van invloed is op vervoer, huisvesting en stadsplanning, het milieu, onderwijs, landbouw, financiën, belastingen en/of economische ontwikkeling zo aan te pakken dat het de algehele gezondheid en gezondheidsgelijkheid bevordert (2). De term HfAP wordt gebruikt voor een recente ontwikkeling die aandacht besteedt aan wederzijdse voordelen van aandacht voor gezondheid in beleid en hoe gezondheid kan helpen bij het behalen van doelen in andere beleidsdomeinen (3-5). Een voorbeeld is een hogere arbeidsparticipatie van mensen met een goede gezondheid.

Aangezien de ontwikkeling naar HfAP nog heel recent is en nog niet, of beperkt, terug te vinden is in bestaand beleid, hebben wij ons in deze verkenning gericht op IGB en HiAP. Daarbij richten we ons specifiek op domeinoverstijgende samenwerking als belangrijk element van IGB en HiAP (zie ook paragraaf 1.3). In het kader van leesbaarheid is ervoor gekozen om de term HiAP centraal te zetten bij deze verkenning.

In dit rapport worden de volgende vier onderzoeksvragen beantwoord:

1. Wat gebeurt er in andere landen en gemeenten onder de noemer HiAP in beleid en praktijk?
2. Welke elementen zijn volgens andere landen en Nederlandse gemeenten van belang voor het slagen van HiAP?
3. Wat is er bekend over de effectiviteit van HiAP op internationaal, nationaal en lokaal niveau voor zowel het zorgdomein als andere domeinen?
4. Welke aanbevelingen leveren de beschikbare kennis en ervaring (zoals welke sturingsmogelijkheden en tools) uit andere landen en gemeenten op om HiAP op rijksniveau sterker vorm te geven?

Dit briefrapport sluit aan bij de Vooruitblik Volksgezondheid Toekomstverkenning 2024 (VTV)¹ en de in 2024 te verschijnen VTV 2024 van het RIVM. In de VTV worden een aantal grote opgaven voor de toekomst van de volksgezondheid beschreven, waarbij HiAP cruciaal is.

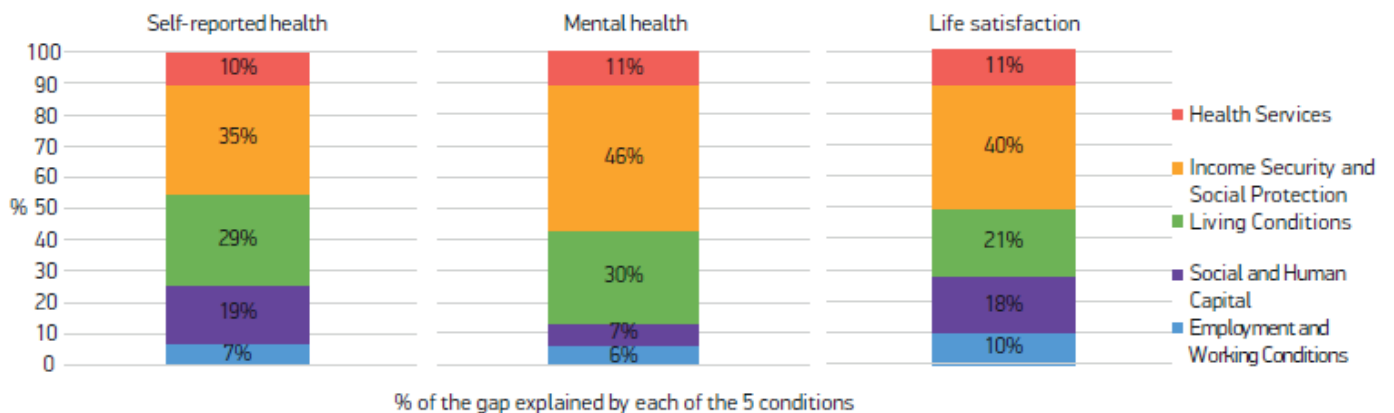
1.2 Waarom Health in All Policies

In 2011 schreef het RIVM in opdracht van het ministerie van VWS twee rapporten over IGB. Deze gaven een overzicht van IGB op nationaal niveau in andere landen en van lokale uitwerking van IGB door

¹ <https://www.rivm.nl/nieuws/rivm-ziet-3-grote-uitdagingen-voor-volksgezondheid-en-zorg-in-2050>

gemeenten (6). In de jaren voor 2011 was er veel aandacht voor kennisontwikkeling om domeinoverstijgende samenwerking vorm te geven en het nut te laten zien. Sindsdien hebben de ontwikkelingen rondom HiAP niet stilgestaan. De nadruk ligt nu meer op de implementatie van HiAP en het concretiseren hiervan. Recent heeft HiAP concreter vorm gekregen in een aantal akkoorden: Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO), Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) en het Integraal Zorg Akkoord (IZA). De nadruk ligt bij deze akkoorden op regionale samenwerking en lokale invulling van integraal beleid, in samenspraak met maatschappelijke organisaties en inwoners (7).

Bij veel gezondheidsthema's, zoals gezondheidsachterstanden en (on)gezonde leefomgeving en (on)gezonde leefstijl, spelen determinanten een rol die voor een groot deel buiten het (beleids)domein van gezondheid liggen. Een voorbeeld van de WHO laat zien dat het gezondheidszorgdomein maar een beperkt aandeel heeft in het bestaan van gezondheidsachterstanden, terwijl dit veel groter is voor bijvoorbeeld sociale zekerheid (inkomen) (figuur 1). Dit betekent dat oplossingen voor gezondheidsvraagstukken ook in andere domeinen gezocht moeten worden, onder andere door aandacht voor gezondheid in beleid van deze andere domeinen in te brengen.



Notes. The estimated contribution of each condition in this analysis takes into account differences the other conditions as well as differences in age and sex. Data points controlled for age and sex.

Source: authors' own compilation, based on 2003–2016 data from the EQLS.

Figuur 1 De bijdrage van gezondheidszorg, sociale zekerheid, leefomstandigheden, sociaal kapitaal en werkomstandigheden op uitkomstmaten van gezondheid (8).

Het besef dat gezondheid wordt beïnvloed door uiteenlopende factoren (determinanten), die zich vaak buiten het domein van gezondheid en zorg bevinden bestaat al lange tijd. In 1991 kwamen Dahlgren en Whitehead met een model (figuur 2) waarin 'maatschappelijke determinanten' (bestaande uit sociaal-economische, culturele en omgevingsdeterminanten) staan die van invloed zijn op de volksgezondheid, zoals inkomen, scholing, kwaliteit van huisvesting en arbeidsomstandigheden. In de Engelstalige literatuur wordt er gesproken van 'social determinants', wat in het Nederlands wisselend

wordt vertaald met sociale of maatschappelijke determinanten. In dit rapport spreken wij van maatschappelijke determinanten. Het 'regenboogmodel' (9) wordt nog altijd veelvuldig gebruikt om te laten welke factoren van invloed zijn op gezondheid en bijdragen aan het ontstaan van of in stand houden van gezondheidsachterstanden. Een vergelijkbaar model dat gebaseerd is op Nederlandse gezondheidsdata is te vinden in de factsheet Impactvolle determinanten (10). Het belang van aandacht voor en verbeteren van maatschappelijke determinanten werd recent weer onder de aandacht gebracht door de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (11). In het rapport "Op onze Gezondheid" worden verstrekkender voorstellen gedaan, zoals het wettelijk vastleggen van gezondheidsdoelen en het benoemen van een regeringscommissaris, gericht op het bieden van een stevig fundament van publieke gezondheidszorg (11).

Meer recent is er aandacht voor 'commerciële determinanten' van gezondheid. Dit zijn systemen, werkwijzen en wegen waarbinnen commerciële partijen producten verkopen die de gezondheid kunnen beschadigen of bevorderen (12) en zouden in het model van Dahlgren en Whitehead passen (12). Deze determinanten laten de invloed zien op de volksgezondheid van de handelingswijzen en producten van commerciële organisaties vanuit het uitgangspunt van winstmaximalisatie (13). Voorbeelden hiervan zijn de tabaksindustrie en de levensmiddelenindustrie. In hoofdstuk 5 gaan wij verder in op de rol van commerciële determinanten en hoe deze verband houden met HiAP.



Figuur 2 Het 'regenboogmodel' van Dahlgren en Whitehead met maatschappelijke determinanten van gezondheid (9, 14).

1.3 Scope van het rapport

In de rapporten uit 2011 werd er gesproken van integraal gezondheidsbeleid (IGB). Deze term wordt in Nederland nog altijd gebruikt, hoewel er een veelheid aan termen in omloop is. Ook wordt er niet altijd hetzelfde verstaan onder deze verschillende termen en worden termen uitwisselbaar gebruikt. Dat geldt ook voor de

internationaal gangbare term 'Health in All Policies' (15, 16). Naast genoemde termen zijn er in de afgelopen jaren ook een aantal nieuwe begrippen geïntroduceerd. In dit rapport gebruiken we specifiek de term HiAP en niet IGB. Dit past ook bij de vraagstelling om naast lokaal en nationaal ook het brede internationale perspectief mee te nemen. De ontwikkeling en verbreding in het denken over HiAP en de daarmee gepaard gaande terminologie komen aan bod in hoofdstuk 5. In dit rapport ligt de focus met name bij IGB en HiAP vanuit de invalshoek van domeinoverstijgende samenwerking. De bevindingen uit deze verkenning zijn bedoeld als ondersteuning voor het vormgeven van HiAP op rijksniveau, door te laten zien wat bekend is en welke ontwikkelingen en vragen er spelen.

1.4 Uitwerking onderzoeksvragen

Voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen beschreven in hoofdstuk 3, 4 en 5 is een verkenning van literatuur gedaan op basis van wetenschappelijke reviewstudies, rapporten van (inter)nationale kennisinstituten en planbureaus en een vraag naar relevante literatuur aan het netwerk van de auteurs (onder andere EuroHealthNet). Aanvullend is het rapport voorgelegd aan vier interne en drie externe referenten. Ook hebben wij de interne en externe referenten gevraagd om relevante literatuur en voorbeelden aan te leveren, voor zover nog niet aanwezig in de eerste versie van het rapport.

1.5 Leeswijzer

Dit rapport is opgebouwd aan de hand van de gestelde onderzoeksvragen:

- Hoofdstuk 2 beschrijft wat er gebeurt onder de noemer HiAP in andere landen en op landelijk en lokaal niveau in Nederland aan de hand van een aantal voorbeelden.
- In hoofdstuk 3 worden de elementen die van belang zijn voor het slagen van HiAP beschreven.
- Hoofdstuk 4 gaat in op het evalueren van HiAP: wat we weten over de effectiviteit van HiAP en welke instrumenten en ontwikkelingen zijn er om te leren, bijsturen en verantwoorden.
- Hoofdstuk 5 bevat een beschouwing naar aanleiding van de beantwoording van de deelvragen in hoofdstuk 2 t/m 4 en is een opmaat naar hoofdstuk 6.
- In hoofdstuk 6 worden aanbevelingen gedaan, bestaande uit handelingsopties en openstaande vragen naar aanleiding van dit briefrapport.

1.6 Dankwoord

Wij willen hierbij de externe en interne referenten hartelijk bedanken voor hun bijdrage aan dit rapport:

- Dr. Luc Hagenaars (Amsterdam UMC)
- Prof. dr. Evelyne de Leeuw (University of Montreal)
- Dr. Marja de Jong (GGD IJsselland)
- Dr. Djoeke van Dale (RIVM)
- Dr. Antonia Verweij (RIVM)
- Dr. Ilse Storm (RIVM)
- Dr. Ellen Uiters (RIVM)

2 Health in All Policies in beleid en praktijk

In dit hoofdstuk beschrijven wij hoe HiAP zoal wordt vormgegeven in beleid en praktijk. Aan de hand van voorbeelden laten wij zien wat er in andere landen en in Nederland op landelijk en lokaal niveau wordt gedaan om aandacht te geven aan gezondheid in beleid. Een aantal voorbeelden laat zien hoe er vanuit het gezondheidsdomein andere beleidsdomeinen worden betrokken bij het behalen van gezondheidsdoelen. Andere voorbeelden laten juist zien hoe er vanuit andere beleidsdomeinen, zoals de fysieke leefomgeving, aandacht is voor gezondheid.

De voorbeelden in dit hoofdstuk dienen ter illustratie en zijn een greep uit de vele HiAP-voorbeelden die er zijn. Het is dan ook geen blauwdruk voor hoe HiAP zou moeten zijn. Een vervolgstap zou kunnen zijn om voorbeelden te vergelijken om daar lessen uit te leren. Zie hiervoor ook de aanbevelingen in hoofdstuk 6.

2.1 Internationale voorbeelden

Er zijn talloze voorbeelden van uitwerkingen van HiAP in internationale context. Wij beschrijven hier een aantal voorbeelden en verwijzen naar andere rapporten voor uitgebreidere beschrijvingen van voorbeelden (17, 18).

2.1.1 *Healthy Together Victoria*

Healthy Together Victoria (19) is een Australische systeemaanpak die liep van 2011 tot 2016. Het doel was het verbeteren van de gezondheid van de inwoners daar waar zij leven: in de wijk, op school of werk en in de vrije tijd. Ook werd ingezet op het versterken van het preventiesysteem van de staat Victoria. De 14 gemeenten hadden een belangrijke rol in de coördinatie van lokale samenwerkingsverbanden en het verbinden van lokale behoeften met de aanpak als geheel. Speciale aandacht ging uit naar een nieuwe vorm van leiderschap met een focus op het betrekken van diverse stakeholders en het leren van successen en tegenslagen bij het realiseren van de gewenste systeemverandering in preventie. Voor het evalueren van de voortgang is gebruik gemaakt van een logisch model (een model dat beschrijft hoe beleid theoretisch of uit eerdere ervaring zou moeten werken in het behalen van gezondheidsdoelen). Daarbij werd zowel op implementatie als op gezondheidsuitkomsten gemeten. De geleerde lessen zijn onder andere beschreven voor het beleidsproces, systeemdenken en evaluatie hiervan (19).

2.1.2 *Healthy Cities*

Het concept 'Healthy Cities' duidt op een wereldwijde beweging van steden die de gezondheid van inwoners bevorderen en beschermen. Daartoe zetten zij in op sociale, economische en politieke determinanten van gezondheid in een veilige en prettige groene leefomgeving. Healthy Cities zijn op alle continenten te vinden. Voorbeelden zijn Toronto, Ottawa en Kopenhagen. In lokale coalities werken het ruimtelijke domein, publieke gezondheid, private partijen en inwoners nauw samen

om dit te realiseren. Ook hier speelt monitoring en evaluatie een belangrijke rol in het leren over wat werkt, waar en voor wie. Hiervoor worden theoretische (logische) modellen gebruikt over de verwachte mechanismen die programma's succesvol of niet maken (20). Zie voor evaluatie aan de hand van logische modellen en lerende evaluatie hoofdstuk 4.

2.1.3 *Voorbeelden uit Wales en Finland*

De COVID-19 pandemie heeft nog eens onderstreept dat er kansen liggen in ruimtelijke ordening voor gezondheid en welzijn en onderstreept het belang van een gezonde leefomgeving. Daarom zet de overheid in Wales in op het integreren van gezondheid en welzijn in het nationale ruimtelijke ordeningsbeleid. Planning en inrichting van de leefomgeving moeten bijdragen aan het bereiken van zeven welzijnsdoelen, die uiteen gezet zijn in de Wellbeing of Future Generations Act (21). Het nationale beleid ondersteunt en stimuleert de nauwe samenhang tussen ruimtelijke ordening en gezondheid en welzijn en is leidend voor alle niveaus (nationaal, regionaal en lokaal).

Finland lanceerde in maart 2023 het 'Action Plan for the Economy of Wellbeing' voor 2023–2025, een actieplan om brede welvaart te integreren in zowel nationale, regionale als lokale besluitvorming. In het actieplan staan enerzijds aanbevelingen om brede welvaart te bevorderen, waaronder onderzoeken hoe monitoren van welzijn meer onderdeel kan worden van nationale, regionale en lokale besluitvormingsprocessen en het ontwikkelen van Health Impact Assessments (HIA, zie verder paragraaf 4.2.1). Daarnaast worden voorbeelden gegeven hoe brede welvaart kan worden geïmplementeerd in besluitvormings- en bestuursprocessen. (22, 23)

In hoofdstuk 5 gaan we nader in op de term "brede welvaart".

2.2 **Voorbeelden van nationaal HiAP in Nederland**

In Nederland zijn er een aantal akkoorden en programma's die via integrale samenwerking inzetten op het verbeteren van de gezondheid en verminderen van gezondheidsachterstanden. Wij beschrijven een aantal voorbeelden waarbij verbeteren van gezondheid ofwel het uitgangspunt is, ofwel als aandachtsgebied is opgenomen vanuit een ander domein. Akkoorden en programma's leggen ambities en intenties vast en stellen vaak randvoorwaarden voor integrale samenwerking. Dat betekent nog niet dat dit leidt tot concrete maatregelen en daadwerkelijke samenwerking. Andersom kan het ook zo zijn dat er wel integraal wordt samengewerkt aan gezondheidsdoelen zonder dat daar HiAP aan voorafgaat, of dat maatregelen in een ander domein gezondheidsuitkomsten hebben zonder integrale samenwerking (20).

2.2.1 *Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA)*

Het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) biedt een fundament voor samenhangend gezondheidsbeleid op nationaal, regionaal en lokaal niveau. Doel is het verbeteren van gezondheid en verkleinen van gezondheidsachterstanden. In het GALA hebben het ministerie van VWS, gemeenten en zorgverzekeraars begin 2023 afspraken gemaakt over samenwerken aan gezondheid, sport en bewegen en sociale basis. Op

basis van dit akkoord en de bijbehorende financiële regeling (SPUK) ontwikkelen gemeenten een samenhangende lokale aanpak die inzet op onder meer het terugdringen van gezondheidsachterstanden, een gezonde leefomgeving die uitnodigt tot bewegen en ontmoeten en een gezonde leefstijl. Domeinoverstijgende samenwerking krijgt vorm in een regionale preventie-infrastructuur en wordt concreet ingezet voor de realisatie van vijf ketenaanpakken. De verschillende onderdelen en overkoepelende doelstellingen van GALA worden gemonitord door het RIVM (7)

2.2.2 *Programma Gezonde Leefomgeving*

Een gezonde leefomgeving voor iedereen, dat is het doel van het Programma Gezonde Leefomgeving² (PGLO) dat in 2023 van start ging (24). Een gezonde omgeving is schoon en veilig, beschermt tegen gezondheidsrisico's en stimuleert beweging en ontmoeting. RIVM en ZonMw brengen in opdracht van VWS kennis over de gezonde leefomgeving samen en maken deze toegankelijk voor lokale professionals uit de diverse domeinen die betrokken zijn bij de leefomgeving. Subsidiemogelijkheden zorgen voor de ontwikkeling van nieuwe kennis. Op deze manier wordt een brede afweging voor een gezonde leefomgeving gefaciliteerd.

2.2.3 *Nationaal Programma Leefbaarheid en Veiligheid*

Met het Nationaal Programma Leefbaarheid en Veiligheid wordt er vanuit verschillende ministeries ingezet op twintig stedelijke gebieden waar de leefbaarheid onder druk staat. Het programma wordt gecoördineerd vanuit Volksgezondheid en Ruimtelijke Ordening (VRO), daarnaast zijn diverse andere ministeries op onderdelen betrokken. Lokale allianties van gemeente, maatschappelijke en private partners formuleren, met inwoners, doelen en ambities die worden uitgewerkt in een langjarig programma. Doelen zijn een betere fysieke leefomgeving, beter perspectief bieden en vergroten van de veiligheid, die integraal worden aangepakt. Vanuit gezondheid is een aantal elementen terug te vinden in de actielijn 'Meedoen' die integraal worden ingezet, zoals Kansrijke Start, versterken van veerkracht, terugdringen gezondheidsachterstanden, mentale gezondheid, leefstijl, sport en bewegen, regiodeals voor brede welvaart. Het geheel wordt ondersteund middels (lerende) monitoring van uitvoering en resultaten (25).

2.3 **Voorbeelden van lokaal/regionaal Health in All Policies in Nederland**

Ook op lokaal en regionaal niveau in Nederland zijn er tal van voorbeelden van HiAP te vinden (zoals in (26, 27)). We lichten er hier een aantal uit. Op Loket Gezond Leven³ zijn nog meer voorbeelden te vinden, bijvoorbeeld over de aanpak van schulden.

2.3.1 *GezondIn*

Het programma GezondIn van Pharos en Platform31 is bedoeld voor het verminderen van gezondheidsverschillen door een integrale aanpak. In 150 gemeenten (GIDS-gemeenten) werd er vanuit vijf 'sporen' gewerkt: de fysieke omgeving, sociale omgeving, preventie en zorg, participatie

² [Gezonde Leefomgeving Integrale Aanpak | ZonMw](#)

³ <https://www.loketgezondleven.nl/>

en gedrag en vaardigheden. Het landelijke programma werkte als brug tussen de rijksoverheid en de gemeenten en was bedoeld om kennis tussen de deelnemende gemeenten te delen. De lessen die uit de aanpak van GezondIn zijn geleerd komen overeen met de succesvolle elementen die in hoofdstuk 3 worden beschreven (27).

2.3.2 *Trendbreuk Zuid-Limburg*

Zuid-Limburg kampt met hardnekkige gezondheidsachterstanden. In 2018 is Trendbreuk Zuid-Limburg⁴ gestart, een gezamenlijke ambitie om de gezondheidsachterstanden in 2030 deels te hebben ingelopen. Vele partijen uit diverse domeinen, zoals onderwijs en kinderopvang, welzijn, arbeid, ruimtelijke ordening en milieu, werken samen. De aanpak bestaat uit het realiseren van een effectief basisaanbod preventie en goede afstemming tussen regionale en nationale programma's. Monitoring en evaluatie is in handen van de Academische Werkplaats. Dit maakt voortgang zichtbaar en biedt input voor bijsturing.

2.3.3 *Gezondheid voor iedereen (gemeente Utrecht)*

Gemeente Utrecht heeft een brede omgevingsvisie uitgewerkt⁵, waarin diverse thema's in samenhang worden beschreven (28). Gezondheid is één van deze thema's. In de nota Gezondheid voor iedereen wordt gezondheid breed en positief benaderd. Doel is alle inwoners gelijke kansen bieden op gezond stedelijk leven, door rekening te houden met hun persoonlijke omstandigheden en vaardigheden. Hiertoe zetten diverse domeinen zich in: ruimtelijke ordening, sociale maatregelen en economische omstandigheden, veiligheid, werk en activering. Waardering en sturing krijgt vorm middels het Utrechtse sturingsmodel. Er zijn zeven speerpunten vastgesteld waar het volksgezondheidsbeleid op is gericht, waaronder inzetten op kansengelijkheid. Een concrete uitwerking hiervan is het bouwen van scholen op plaatsen waar de luchtkwaliteit goed is, dus op voldoende afstand van drukke wegen.

2.3.4 *Provincie Noord-Brabant: Beleidskader Gezondheid 2021-2030*

In het Beleidskader Gezondheid beschrijft de provincie Noord-Brabant een gezamenlijke aanpak met als doel: drie gezonde levensjaren voor iedere Brabander erbij in 2030. Voor elk provinciaal beleidsdomein is beschreven welke 'meekoppelkansen' er zijn voor gezondheid en welke effectindicatoren op het gebied van (positieve) gezondheid in deze programma's zijn opgenomen. Hieruit blijkt de toegevoegde waarde die de provincie kan hebben bij het bevorderen van een gezonde leefomgeving en het verkleinen van gezondheidsachterstanden (29).

2.3.5 *Kans voor de Veenkoloniën*

Het programma Kans voor de Veenkoloniën⁶ is gericht op het duurzaam verbeteren van de gezondheidssituatie van inwoners van de regio en het reduceren van gezondheidsachterstanden. Onder de vlag van het programma worden diverse projecten uitgevoerd. Door met inwoners, organisaties en zorgverzekeraars in de regio een beweging in gang te zetten, hopen de elf gemeenten er voor te zorgen dat deze ook na de looptijd (2015-2024) doorgang vindt (30).

⁴ Home | Trendbreuk Zuid-Limburg (trendbreukzuidlimburg.nl)

⁵ [Omgevingsvisie | Gemeente Utrecht - Omgevingsvisie](#)

⁶ [Over KvdVK - Kans voor de Veenkoloniën](#)

3 Elementen voor het slagen van Health in All Policies

Kernbevindingen

- Er is een breed scala aan elementen van invloed op het doen slagen van HiAP op lokaal niveau, die zijn onder te brengen in drie hoofdclusters, randvoorwaarden, evalueren van HiAP en samenwerking binnen en buiten de organisatie
- Randvoorwaarden zijn het hebben van wet- en regelgeving/ nationale strategie, mate van beleidsprioriteit, leiderschap, financiering en capaciteit en het hanteren van eenduidige terminologie. Ook evaluatie en monitoring is van positieve invloed op HiAP, evenals de rol van de gemeente en het betrekken van inwoners. Voor wat betreft domeinoverstijgende samenwerking is er vaak nog winst te behalen.
- De meeste elementen die HiAP bevorderen en belemmeren zijn de afgelopen tien jaar hetzelfde gebleven.

In dit hoofdstuk beschrijven we welke elementen van belang zijn voor het slagen van integraal gezondheidsbeleid, op zowel lokaal als nationaal niveau. Het gaat bij elementen die het proces van integraal werken bevorderen of belemmeren vaak over dezelfde elementen. Sommige elementen hebben bij aanwezigheid ervan een positieve invloed, maar ditzelfde element kan bij afwezigheid een negatieve invloed hebben en zo belemmerend werken.

Uit de literatuur komt naar voren dat elementen die van invloed zijn op HiAP zijn onder te brengen zijn in drie hoofdclusters⁷: randvoorwaarden, evalueren van HiAP en samenwerking binnen en buiten de organisatie.

3.1 Randvoorwaarden

3.1.1 *Wet- en regelgeving, nationale strategie*

Het hebben van landelijke wet- en regelgeving kan een positieve invloed hebben op HiAP op lokaal niveau (16, 31, 32). Zo stimuleert en faciliteert wet- en regelgeving en/of een nationale HiAP-strategie ook de lokale implementatie en uitwerking.

GALA is een voorbeeld van een nationale strategie met bestuurlijke akkoorden tussen relevante partijen en middelen die zijn gericht op integrale beleidsvorming. Ook wetgeving is helpend voor HiAP. In de verkenning van Gorter werd bijvoorbeeld genoemd dat de omgevingsvisie samenwerking met het fysiek domein en integraal werken heeft bevorderd (*"De omgevingsvisie is echt het vehikel geweest voor leefbaarheid en gezondheid met de 'hardere' sectoren binnen de gemeente"*). Een nationale strategie om gezondheidsachterstanden tegen te gaan faciliteert ook samenwerking tussen departementen (naast domeinoverstijgend werken op regionaal/lokaal niveau), zo blijkt uit een rapport met geleerde lessen uit buitenlandse casestudies (17). Het hebben van een gedeelde visie (bijvoorbeeld een brede kijk op gezondheid zoals bij Positieve Gezondheid uitgangspunt is) en een

⁷ Deze clusters zijn gebaseerd op een checklist met achttien succes- en faalfactoren voor implementatie van zorginnovaties van het RIVM. [Zorginnovaties. Een checklist voor succesvolle implementatie | RIVM](#)

gemeenschappelijk doel en plan (vastgelegd in overkoepelend beleid) is op meerdere niveaus belangrijk, lokaal en nationaal (33-39).

3.1.2 *Mate van beleidsprioriteit*

Een hoge mate van beleidsprioriteit evenals politieke prioriteit om gezondheid te bevorderen en gezondheidsachterstanden te verkleinen werkt vanzelfsprekend in het voordeel van HiAP. De mate van beleidsprioriteit speelt zowel op nationaal als op lokaal niveau een rol, maar is niet altijd (makkelijk) beïnvloedbaar. Als het gezondheidsdoel dat door HiAP nagestreefd wordt doorkruist wordt door vraagstukken die op dat moment urgenter van aard zijn, dan is het lastig om de aandacht voor gezondheid en gezondheidsachterstanden als doel vast te houden (4).

In een recente kwalitatieve verkenning naar integraal werken aan gezondheid onder dertien Nederlandse gemeenten wordt gebrek aan beleidsprioriteit of 'andere prioriteiten' als belemmering aangegeven (35). Het gaat bijvoorbeeld om de impact van verschillende crises op het werk van gemeenten in de afgelopen jaren (Covid, Oekraïne oorlog, energieprijzen en inflatie (11), waardoor er minder ruimte is voor HiAP.

3.1.3 *Leiderschap*

Waar sterk leiderschap als belangrijk element voor het slagen van HiAP naar voren komt, blijkt afwezigheid van leiderschap belemmerend te werken. Leiderschap houdt onder andere in het betrekken van belanghebbenden, coördineren van afdelingen en acties, het belang van het te behalen doel verdedigen en sturen van gedragsverandering (40). Voor de lokale uitwerking van HiAP is niet alleen lokaal sterk leiderschap nodig, maar ook politiek leiderschap op nationaal niveau, vanwege de impact van keuzes op nationaal niveau op lokale acties (36).

Bovengenoemde drie elementen komen neer op het vaststellen van politiek gedragen integrale gezondheidsdoelen.

3.1.4 *Financiering en capaciteit*

Financiering en capaciteit kwamen in 2011 al naar voren als belangrijke voorwaarde scheppende elementen voor het slagen van HiAP en dat is nu niet anders (16, 31-36). Versnipperde financiering of een 'losse zak geld' werkt niet bevorderend. Beter is het als de gemeente financieringsstromen integreert vanuit een gedeelde visie op bijvoorbeeld het armoedegezondheidsbeleid of integrale financiering verankert in de begrotingscyclus. Een voorbeeld hierbij is ook GALA, met één brede financiële regeling voor meerdere gezondheidsthema's. In de komende zal blijken of dit inderdaad werkt. Aanwezig van de juiste expertise van personeel kan HiAP bevorderen, het ontbreken ervan werkt belemmerend (39).

3.1.5 *Eenduidige terminologie*

In de briefrapporten van 2011 werd al opgemerkt dat er diverse termen in omloop zijn die afwisselend gebruikt worden om HiAP aan te duiden en er een grote verscheidenheid aan invullingen van HiAP was. Als leerpunt kwam dan ook naar voren dat een eenduidig begrippenkader essentieel is voor het systematisch vergaren en verspreiden van kennis. Uit de huidige literatuur blijkt dat een gebrek aan eenduidige

terminologie rondom HiAP en het gevoelde eigenaarschap van het thema gezondheid een belangrijke rol speelt bij het succesvol vormgeven van HiAP (16, 38, 41, 42). Zowel tussen domeinen als binnen het gezondheidsdomein kan over de betekenis van termen onduidelijkheid ontstaan in de samenwerking. Dat kan komen door het gebruik van verschillende termen voor dezelfde betekenis, maar ook verschillende betekenissen die worden verstaan onder één term. Gedeelde taal verbindt en verduidelijkt de bedoelingen van alle betrokken partijen (16, 41). In hoofdstuk 5 gaan wij verder in op ontwikkelingen in terminologie rondom gezondheid en HiAP.

3.2 Evalueren van Health in All Policies

3.2.1 Gebruik van een Health Impact Assessment

In veel landen wordt de Health Impact Assessment (HIA) ingezet ter ondersteuning van het ontwikkelen en uitvoeren van HiAP. HIA bestaat uit een combinatie van instrumenten en methoden om de mogelijke effecten van beleid voor gezondheid te beoordelen. Uit de literatuur komt dit dan ook naar voren als belangrijk element voor de mate van succes van HiAP (16). Nederland liep een aantal jaren voorop met het uitvoeren van HIA's, maar omstreeks 2014 kwam de nadruk steeds meer op implementatie in de praktijk te liggen in plaats van op onderzoek naar (onderbouwde) effecten (1). In paragraaf 4.2.1 gaan wij verder in op HIA bij het evalueren van HiAP.

3.2.2 Meetbare prestaties

Het hebben van meetbare prestatie-indicatoren (niet alleen op gezondheid, maar ook op de achterliggende determinanten van gezondheid), die relevant zijn bij monitoring en evalueren werkt bevorderend voor HiAP, een gebrek eraan werkt juist belemmerend (16, 33). Het is van belang om niet alleen indicatoren over gezondheid maar juist ook over de hiermee samenhangende determinanten te ontwikkelen. In hoofdstuk 4 gaan we hier verder op in.

3.3 Samenwerking binnen en buiten de organisatie

3.3.1 Domeinoverstijgende samenwerking

Net als in 2011 is er ook nu nog winst te behalen als het gaat om domeinoverstijgende samenwerking (16, 35). Uit de verkenning van het RIVM onder Nederlandse gemeenten (35) komt naar voren dat de meeste kansen worden gezien voor interne samenwerking tussen beleidsambtenaren binnen de gemeente zelf. De focus ligt op collega's beter leren kennen ("*Interne samenwerking – binnen het gemeentehuis – is vaak lastiger dan externe samenwerking met partners eromheen*"). Als medewerkers binnen de gemeentelijke organisatie niet op zowel strategisch (bestuurders), tactisch (managers) als operationeel niveau (uitvoerend) optimaal betrokken zijn dan werkt dit niet bevorderend voor domeinoverstijgende samenwerking (16, 35, 43). Bij de implementatie van HiAP is het opbouwen van langdurige en betrouwbare samenwerking belangrijk (34, 42).

Wanneer domeinoverstijgende samenwerking wordt gezien als een extra taak die 'erbij' komt, vormt dit een barrière voor HiAP. Er is geen eenduidige overeenstemming over wat de ideale organisatiestructuur is, maar het is duidelijk dat deze van invloed is op samenwerking tussen

domeinen (16). Een verkokerde organisatiestructuur werkt belemmerend voor domeinoverstijgende samenwerking (32, 42).

3.3.2 *Rol voor de gemeente*

In de rapportage uit 2011 bleek dat de rol van de gemeente, en meer specifiek de regierol, kan bijdragen aan succes (6). In de recente verkenning van het RIVM wordt niet alleen de regierol van de gemeente als succesvol bestempeld in de samenwerking met partners buiten het gemeentehuis. Sommige gemeenten zien juist een meer faciliterende rol/ het loslaten van de regie als succes (35).

3.3.3 *Betrekken van inwoners*

Uit de literatuur die sinds 2011 is verschenen zien we ook dat bewonersparticipatie/ samenwerking met inwoners van belang is als het gaat om HiAP (16, 17, 42, 44). Ook lijkt het aannemelijk dat Citizen Science, burgerwetenschap, een rol heeft in HiAP en kan bijdragen aan de kennisbasis hiervoor en ook draagvlak kan bevorderen (45).

3.4 **Elementen die Health in All Policies bevorderen niet veranderd**

Als alle bevindingen naast die uit 2011 worden gelegd, kan worden geconcludeerd dat elementen die HiAP bevorderen over het algemeen niet veranderd zijn.

Op *lokaal niveau* werd in het briefrapport van 2011 met name samenwerking tussen sectoren binnen en buiten Volksgezondheid als belangrijke voorwaarde gezien voor het tot stand komen van HiAP (6). Ook de rol van de gemeente (met name voeren van regierol) werd genoemd als bevorderend. Belemmerende elementen voor HiAP die naar voren kwamen waren dat niet alle bestuursniveaus optimaal betrokken zijn, parallelle belangen (ook andere domeinen hebben belang bij gezondere bevolking) vanuit relevante domeinen nog niet vanzelfsprekend benut worden, er binnen gemeenten vaak geen gezamenlijke doelen over sectoren heen worden gesteld en financieringsstromen nog niet zijn afgestemd op HiAP (verantwoordingsmechanismen op gemeentelijk niveau vaak nog in 'hokjes'). Ook met betrekking tot terminologie werd toen al opgemerkt dat dit niet eenduidig was en er heel verschillend invulling werd gegeven aan HiAP.

Voor HiAP op *nationaal niveau* werden in het briefrapport van 2011 vijf sleutelementen genoemd die passen binnen een whole-of-government aanpak: aanwezigheid van een nationale visie en strategie, het uitoefenen van invloed om beleidsdomeinen buiten VG te stimuleren bij te dragen aan gezondheid (bijvoorbeeld door middel van interdepartementale actieplannen/samenwerking), het gebruik van een gezondheidseffectenschatting (Health Impact Assessment/ HIA), het faciliteren van capaciteit/ middelen/ kennis/ goede voorbeelden en het evalueren van HiAP (15).

Bovengenoemde elementen komen ook naar voren uit onze recente literatuursearch. Aanvullend daarop zien we dat het betrekken van inwoners steeds meer aandacht heeft gekregen.

Vanuit de literatuur zijn er al met al veel inzichten over welke elementen bevorderend dan wel belemmerend werken. Waar echter minder over bekend is, is hoe deze elementen beïnvloed kunnen worden om succesvol HiAP tot stand te brengen en hier geleerde lessen uit te halen en op bij te sturen.

4 Evalueren van Health in All Policies

Kernbevindingen

- Evaluatiestudies naar HiAP gaan veelal over randvoorwaarden die nodig zijn om samen te werken en bijsturing van beleid en uitvoering, maar nauwelijks over de impact op gezondheidsuitkomsten.
- In de praktijk wordt gebruik gemaakt van (logische) modellen die de werking van beleid op gezondheidsdoelen onderbouwen. Deze modellen geven inzicht in succesvolle elementen en ondersteunen bijsturing en verantwoording.
- Er komt steeds meer aandacht voor lerende evaluaties om tijdens HiAP bij te kunnen sturen.

In dit hoofdstuk beschrijven wij de mogelijkheden en beperkingen rondom het evalueren van HiAP. Wij beschrijven hoe het waarden van HiAP in termen van effectiviteit lastig is en welke andere instrumenten er zijn om zicht te krijgen op de meerwaarde.

4.1 Effectiviteit is lastig vast te stellen

Effectiviteit van HiAP gericht op het terugdringen van gezondheidsachterstanden is moeilijk vast te stellen. Er is goed vast te stellen dat er veel gezondheidswinst is behaald door preventie, waaronder een aanzienlijk aandeel in andere domeinen (46). Om gezondheidseffecten direct te relateren aan HiAP is echter veel moeilijker. Dat werd al geconstateerd in de rapportages uit 2011 (6, 15). In brede zin draagt beleid bij aan bijvoorbeeld gezondheid en creëert randvoorwaarden (47). Een totaalpakket van maatregelen gericht op individu en omgeving is lastig te evalueren (48). De verschillende verschijningsvormen en kenmerken van HiAP en het ontbreken van eenduidige terminologie bemoeilijken het monitoren en evalueren (48). Daarnaast gaat er veel tijd overheen voordat de impact van integraal beleid zichtbaar wordt in verbetering van gezondheidsuitkomsten op populatieniveau. In lijn met de aard van HiAP vraagt ook monitoring en evaluatie om goede samenwerking tussen beleidsterreinen en samenwerking met en tussen stakeholders. Goed om te realiseren is dat in verschillende beleidsdomeinen verschillend wordt aangekeken tegen effectiviteit. In het domein ruimtelijke ordening is het gangbaar om vanuit praktijkervaring te kijken wat werkt (26).

4.2 Ondersteunende instrumenten voor Health in All Policies

Een focus vanuit effectiviteit van beleid is dus te eenzijdig en kan ervoor zorgen dat er te beperkt wordt ingezet op wat nodig is om beleid te kunnen laten werken. In een verkenning concludeerden Storm en collega's (5) dat HiAP te omvattend is om in zijn geheel te onderzoeken. Het kan helpen HiAP op te delen in kleinere onderdelen, waarbij bundeling van en samenhang tussen die onderdelen wel van belang is. Voor HiAP is daarom een aantal instrumenten beschikbaar die kunnen ondersteunen in het vormgeven ervan. Wij beschrijven hier een aantal voorbeelden.

De recent verschenen Inspiratiewijzer Monitoring & Evaluatie⁸ is gericht op integraal gezondheidsbeleid- en aanpakken en biedt een overzicht van deze instrumenten. Bijvoorbeeld de checklist 'Waar staat onze gemeente met de integrale aanpak' van Pharos en Gezondin⁹.

Ook op Loket Gezond Leven van het RIVM¹⁰ zijn diverse instrumenten gebundeld die ingezet kunnen worden in de fasen van planmatig, integraal werken. Ook staan er instrumenten die gebruikt kunnen worden om inzicht te krijgen in elementen die HiAP doen slagen.

4.2.1 *Health Impact Assessment*

In veel landen wordt een zogenaamde Health Impact Assessment (HIA), gezondheidseffectenschatting (GES) in het Nederlands (49), ingezet als ondersteunend instrument om de gezondheidseffecten van beleid in kaart te brengen. Het biedt tevens de mogelijkheid om de gezondheidseffecten, zowel positief als negatief, van beleidsvoorstellen te voorspellen. Daarmee wordt het ook mogelijk om verschillende alternatieven met elkaar te vergelijken. Een HIA kan worden uitgevoerd met kwalitatieve methoden, door vooral gebruik te maken van bestaande theorie. Een kwantitatieve toepassing van HIA rekent de verwachte effecten van beleid door (50). Belangrijk bij het kiezen van een methode is onder andere dat er vooraf helderheid is welke vraag de HIA moet beantwoorden, wie de gebruikers van de resultaten zijn, welke data er beschikbaar zijn en hoeveel tijd en middelen beschikbaar zijn (49).

4.2.2 *Volwassenheidsmodel*

Het volwassenheidsmodel, of maturity model maakt de mate van 'volwassenheid' van HiAP op lokaal niveau inzichtelijk (van 'niet herkennen' van het probleem en het belang van een HiAP-aanpak naar 'herkennen' en 'erkennen', via 'realiseren' en 'integreren' naar uiteindelijk 'harmoniseren'). Het model maakt inzichtelijk welke randvoorwaarden nodig zijn om HiAP op een hoger plan te tillen en wat nodig is voor HiAP in de ideale situatie, maar zegt niets over de effectiviteit. Een voorbeeld van een praktische uitwerking hiervan is de groeimatrix Armoede en Gezondheid¹¹.

4.2.3 *Gebruik van erkende interventies*

Binnen een integrale aanpak wordt aangeraden om voor specifieke pijlers, doelen of doelgroepen gebruik te maken van (een mix van) interventies. Bij voorkeur gaat het dan om erkende interventies, waarvan de uitvoerbaarheid, kwaliteit en effectiviteit zijn getoetst door een onafhankelijke commissie. Deze erkende interventies zijn opgenomen in een database van het Loket Gezond Leven¹².

4.2.4 *Logische modellen, theoretische onderbouwing hoe beleid kan werken*

In de praktijk wordt gebruik gemaakt van logische modellen om grip te krijgen op de mate van succes van beleid, te kunnen bijsturen en verantwoorden. Deze logische modellen vormen de theoretische basis

⁸ Inspiratiewijzer Monitoren en Evalueren (2023) | [Loketgezondleven.nl](https://loketgezondleven.nl)

⁹ <https://checklistgemeente.pharos.nl/>

¹⁰ <https://www.loketgezondleven.nl/aanpak-gezonde-gemeente>

¹¹ <https://www.loketgezondleven.nl/documenten/groeimatrix-armoede-en-gezondheid>

¹² <https://www.loketgezondleven.nl/leefstijlinterventies>

waarin wordt beschreven in welke context, welke veronderstelde mechanismen leiden tot een verwachte uitkomst. De theorie laat zien waarom een programma, interventie of beleid wel of niet kan werken in een bepaalde situatie (20). In een logisch model wordt in keten een aantal stappen onderscheiden die uiteindelijk leiden tot de gewenste impact van beleid. Op hoofdlijnen gaat het om de context, input, processen en output/impact. Afhankelijk van het basisdoel van de monitoring en evaluatie (verantwoorden, leren of enthousiasmeren) wordt een keuze gemaakt voor het niveau uit het logisch model waarop gegevens verzameld worden (51). Indicatoren kunnen gericht zijn op throughput (activiteiten), output (directe resultaten) en/of outcome (meetbaar effect). Daarnaast is kwalitatieve informatie, bijvoorbeeld uit gesprekken, interviews of observaties, van belang om de kwantitatieve gegevens te kunnen duiden. Het programma GezondIn maakte bijvoorbeeld gebruik van deze aanpak bij het vormgeven van monitoring & evaluatie bij deelnemende gemeenten (27), en ook JOGG en de Amsterdamse Aanpak Gezond Gewicht zijn geëvalueerd aan de hand van logische modellen (51, 52).

4.3 Methode voor evalueren: Lerende evaluatie

Recent wordt er in Nederland steeds meer gebruik gemaakt van 'lerend evalueren' (of realist review) als methode om complexe maatschappelijke opgaven te evalueren en verder te brengen. Het Planbureau voor de Leefomgeving omschrijft dit als volgt: "Lerend evalueren is een participatieve evaluatiemethode waarbij beleidsonderzoekers en beleidsbetrokkenen gezamenlijk optrekken tijdens het evaluatieonderzoek om die inzichten te ontsluiten die nodig zijn om de kwaliteit van het beleid te verbeteren." Ook stellen zij: "Het doel van een lerende evaluatie is het versterken van het lerend vermogen van beleidsactoren – strategen, makers, uitvoerders – zodat zij beter in staat zijn om complexe maatschappelijke opgaven het hoofd te bieden." (53)

Ook vanuit het gezondheidsveld is ervaring opgedaan met lerende evaluaties. Bij de Healthy Cities aanpak die werd beschreven in paragraaf 2.1.2 is veel ervaring opgedaan met 'realist evaluation' (20). En ook in Nederland zijn er voorbeelden van deze vorm van evalueren, zoals de lerende evaluatie van de 'Juiste Zorg Op de Juiste Plek' (JZOJP) (54, 55), en 'Kansrijke Start' (56). Voor Kansrijke Start worden gemeenten ondersteund bij het volgen van lokale ontwikkelingen in de vorm van een dashboard. Daarop staat een selectie van indicatoren die inzicht geven in het aantal mensen dat mogelijk baat zou hebben bij deelname aan Kansrijke Start, determinanten van gezondheid zoals het hebben van schulden en gezondheidsgedrag. Op landelijk niveau wordt daarnaast gekeken hoeveel gemeenten een onderdeel van het programma hebben ingevoerd en samenwerking hebben vormgegeven. De cijfers worden aangevuld met ervaringen van betrokken partijen in de uitvoering van Kansrijke Start. Op deze manier is het doel om op tijd bij te sturen en aan te passen waar nodig. Zo blijkt dat een aantal indicatoren niet goed aansluit bij de uitvoering van het programma en daarom worden aangepast.

5 Beschouwing

Kernbevindingen

- Het belang van HiAP wordt op lokaal, nationaal en internationaal onderkend. Doordat de gehanteerde terminologie afhankelijk van de beleidscontext varieert, is echter soms onduidelijk dat het om HiAP gaat. In de samenwerking met andere domeinen kan deze variatie in terminologie helpend zijn om domeinoverstijgende samenwerking vorm te geven. De beleidsaandacht voor Brede Welvaart buiten de public health sector is hier een voorbeeld van.
- HiAP in de vorm van integrale samenwerking is niet altijd de beste aanpak. De invloed van commerciële determinanten op het ontstaan van gezondheidsproblemen en -achterstanden vraagt bijvoorbeeld ook om regulering.
- Integrale samenwerking en beleid vragen een langetermijnblik en bijbehorende langetermijndoelstellingen, eventueel ondersteund door een Health Impact Assessment vooraf. De voortgang van HiAP kan aan de hand van tussendoelstellingen op proces en inhoud in beeld worden gebracht. Effectiviteit van HiAP zal vooral mogelijk zijn op het niveau van het identificeren van werkzame elementen in de praktijk.

In de voorgaande hoofdstukken hebben wij op basis van een literatuuronderzoek op hoofdlijnen beschreven:

1. wat er vanuit internationaal, nationaal en lokaal perspectief gebeurt onder de noemer van HiAP;
2. welke elementen van belang zijn voor het slagen van HiAP, en;
3. wat er bekend is over het bepalen van de impact van HiAP.

Om te komen tot aanbevelingen voor het vormgeven van HiAP op het niveau van de rijksoverheid (in hoofdstuk 6) beschouwen wij de bevindingen in hoofdstuk 2, 3 en 4 vanuit bredere ontwikkelingen die raken aan HiAP.

5.1 Health in All Policies nog altijd actueel

Wij constateerden na onze literatuurverkenning dat de inzichten over elementen voor succesvol HiAP grotendeels vergelijkbaar zijn met de inzichten die de rapporten uit 2011 lieten zien. Enerzijds is dat volgens verwachting. De dynamiek in integraal beleid en samenwerking is niet iets dat snel verandert, ook dezelfde randvoorwaarden gelden nog steeds. Voorbeelden hiervan zijn het hebben van een gemeenschappelijk en duidelijk doel en structurele financiering. Anderzijds is het potentieel ontmoedigend dat de praktijk weerbarstig is en er nog steeds dezelfde barrières bestaan. Ook is het mogelijk dat kennis over succesvol HiAP nog geen gemeengoed is geworden, of dat de beschikbare kennis lastig in de praktijk te brengen is. Volgens de RVS zou HiAP en HfAP het nieuwe uitgangspunt moeten zijn. In het rapport "Op onze Gezondheid" onderstreept de Raad het belang om beleid in samenhang te bezien, te beoordelen op (te verwachten) effecten op de volksgezondheid, bij te stellen indien de volksgezondheid daarom vraagt en doet zij verstrekkende voorstellen, zoals het wettelijk vastleggen van

gezondheidsdoelen en het benoemen van een regeringscommissaris (11).

5.2 Integrale aanpak of integraal beleid?

In hoofdstuk 3 werden elementen voor succesvol HiAP beschreven. Daaronder ligt echter nog een vraag wat integraal beleid precies inhoudt. Er zijn twee verschillende manieren om integraal te werken. Enerzijds is er de integrale benadering van 'whole-of-government' samenwerking. Daarbij wordt samenwerking in de publieke sector versterkt om kwetsbare groepen te bereiken via overleg(tafels) en subsidies. Anderzijds is er de benadering van 'policy integration', waarbij integrale doelen worden gesteld voor private sectoren, zoals de voedingsindustrie. Deze doelen worden dan nagestreefd door bijvoorbeeld beprijzing (belasting) en regulering (wet- en regelgeving). (57). Een deel van de gezondheidsproblemen hangt samen met commerciële determinanten, zoals in hoofdstuk 1 al werd aangestipt. De vraag is of integraal gezondheidsbeleid in de vorm van een 'whole-of-government' samenwerking dan voldoende bijdraagt aan het behalen van een gezondheidsdoelen, zoals het verminderen van gezondheidsachterstanden.

De invloed van private bedrijven op gezondheid en gezondheidsachterstanden is namelijk groot. Met name de tabaksindustrie, de voedingsindustrie als het gaat om sterk bewerkte producten, de fossiele energie-industrie en de alcoholindustrie dragen sterk bij aan het ontstaan van gezondheidsproblemen (13). In de voorbeelden en de succesvolle elementen van HiAP die wij hebben beschreven, is er weinig aandacht voor de invloed van deze commerciële determinanten. Van VWS en de politiek vraagt dit een (gedeeltelijke) verschuiving in het vormgeven van HiAP naar meer inzet op integraal beleid waarbij beprijzing en regulering de belangrijke instrumenten zijn. Dat vraagt om politieke keuzes en vervolgens domeinoverstijgende samenwerking met bijvoorbeeld de Ministeries van Economische Zaken en Financiën.

5.3 Ontwikkeling van Health in All Policies naar Brede Welvaart

Zoals wij al in de inleiding beschreven zijn er veel termen in omloop als het gaat om integrale samenwerking en beleid voor het verbeteren van de gezondheid.

5.3.1 Terminologie voor gezondheid vanuit een integraal perspectief

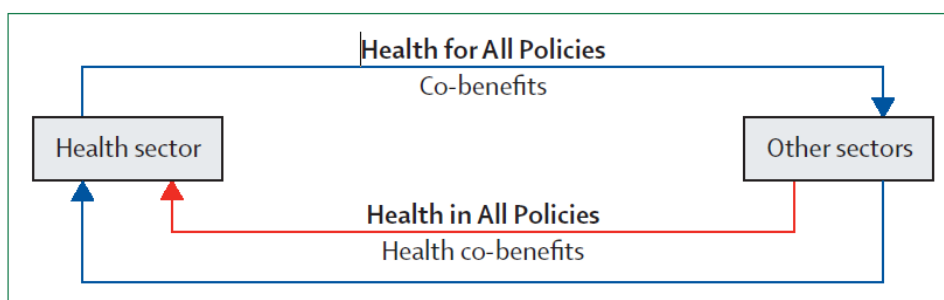
In Nederlands beleid wordt vaak gerefereerd naar het begrip 'positieve gezondheid'. Positieve gezondheid gaat uit van een brede benadering van gezondheid in samenhang met andere levensdomeinen, waarbij gezondheid meer is dan de afwezigheid van ziekte (58). Het begrip positieve gezondheid vindt zijn oorsprong in toepassing binnen de individuele patiëntenzorg en wordt de afgelopen jaren ook gebruikt om op macroniveau naar gezondheid te kijken (59). Het begrip positieve gezondheid wordt veel gebruikt door gemeenten om bijvoorbeeld de verbinding te leggen tussen de gezondheidszorg en het sociaal domein, in interventies die gericht zijn op individuele personen. Voorbeelden daarvan zijn 'Welzijn op recept' en 'Krachtige basiszorg' (60).

In de internationale context zijn er drie termen die veelvuldig worden gebruikt en relevant zijn in het kader van integraal gezondheidsbeleid. De term '*Global Health*' verwijst naar het verbeteren van de gezondheid en streven naar bereiken van gelijkheid in het gebruik van gezondheidszorg voor alle mensen, wereldwijd (61). Door de pandemie kwam de term '*One health*' (weer) onder de aandacht. Dit is een term die de samenhang tussen alles wat leeft en de invloed daarop, zoals nano-plastics en toxische stoffen. In het verband van de pandemie beschrijft deze term de benadering van gezondheid vanuit de interactie tussen mensen, dieren, hun omgeving en gerelateerde sectoren (62). Een nog bredere blik wordt gevangen in het begrip '*Planetary Health*', dat verwijst naar de samenhang tussen klimaatverandering en biodiversiteitsverlies en gezondheid voor al het leven op aarde (63, 64).

5.3.2

Van gezondheid als eenrichtingsverkeer naar Brede Welvaart

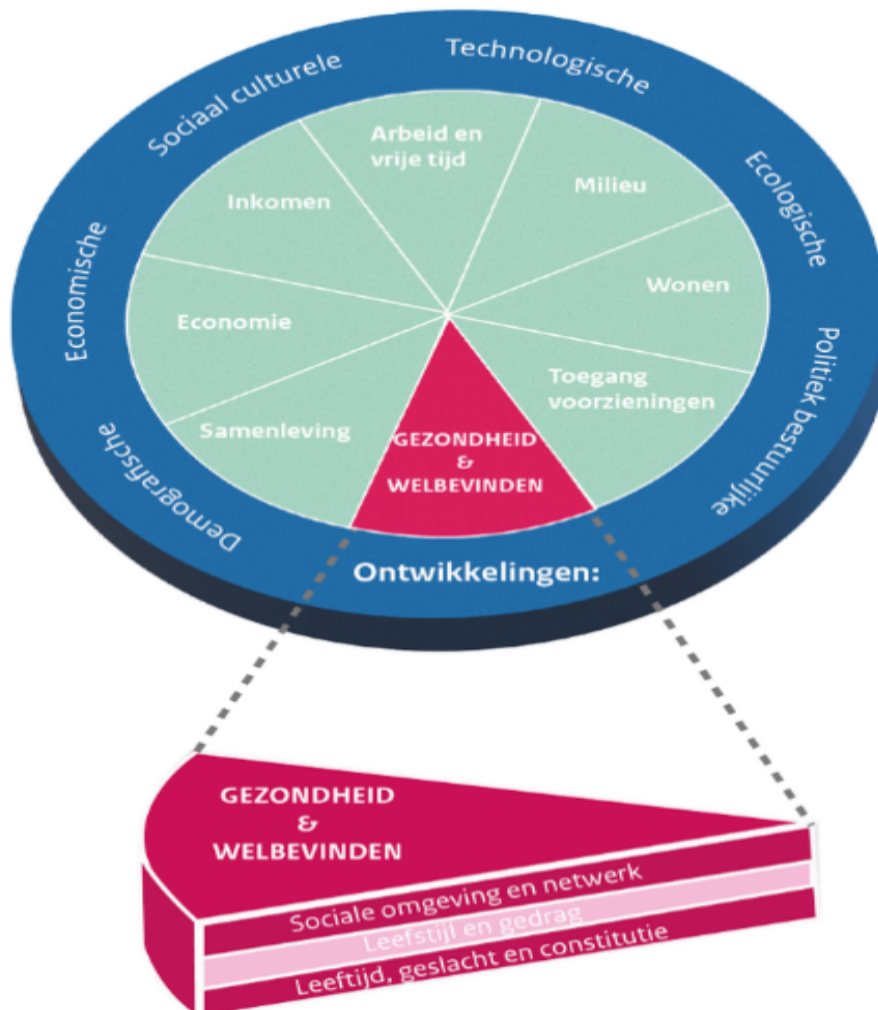
De afgelopen jaren is er meer aandacht voor het bestaan van een tweerichtingsverkeer: gezondheid wordt beïnvloed door andere beleidsdomeinen en een betere gezondheid hangt samen met bijvoorbeeld meer arbeidsparticipatie, betere schoolprestaties, et cetera. Er is ook meer aandacht voor het bredere welbevinden (of wellbeing) (22, 65). Daarbij wordt er niet alleen gekeken hoe andere beleidsdomeinen bij kunnen dragen aan gezondheid (*Health in All Policies*), maar ook andersom. Voor andere sectoren is niet altijd evident waarom gezondheidsdoelen voorop zouden moeten staan. Bovendien kan het nastreven van gezondheidsdoelen conflicteren met andere beleidsdoelen. Door meer uit te gaan van wederzijdse voordelen, 'co-benefits', zal samenwerking naar verwachting veel beter van de grond komen (3, 4). De term die daarbij gebruikt wordt is 'Health for all policies' (HfAP) (4). Figuur 3 laat zien hoe het denken vanuit HfAP en HiAP zich tot elkaar verhouden. De rode lijn laat zien dat HiAP uitgaat van eenrichtingsverkeer in de samenhang met andere domeinen op het gezondheidsdomein. De blauwe lijnen laten zien dat er wederzijdse voordelen kunnen worden behaald tussen het gezondheidsdomein en andere domeinen.



Figuur 3 De samenhang tussen gezondheid en andere domeinen (3)

Een hieraan gerelateerde ontwikkeling is om bij de uitruil tussen beleidsdomeinen te kijken naar de impact op brede welvaart. Brede welvaart, of 'wellbeing economy' in Engelstalige literatuur, gaat uit van wat van waarde is voor mensen en de maatschappij, op dit moment en in de toekomst, binnen de grenzen van de planeet (22, 66, 67). In de VTV policy brief wordt gezondheid ook als onderdeel van brede welvaart gezien, zie figuur 4. Vanuit het uitgangspunt van een 'wellbeing

economy' worden door integrale samenwerking het welbevinden en de gezondheid verbeterd (68). De nadruk ligt daarbij op het voorkomen van ziekte en het verkleinen van gezondheidsachterstanden door het behalen van doelen in andere beleidsdomeinen, bijvoorbeeld gerelateerd aan de Sustainable Development Goals (22), die ook positief doorwerken op gezondheid.



Figuur 4 Gezondheid als onderdeel van Brede Welvaart (69).

5.4 Langetermijnblik en herwaardering van bewijs voor werking beleid

Voor succesvolle aanpakken van complexe gezondheidsopgaven door integrale samenwerking en beleid is het noodzakelijk om een langetermijnvisie te hebben (11). Het genoemde voorbeeld uit Wales in hoofdstuk 2 laat zien hoe langetermijnsamenwerking een stevig fundament heeft gekregen in de 'Well-being of Future Generations Act'. Deze wet verankert langetermijnsamenwerking en gemeenschappelijk belang op basis van zeven doelen voor welbevinden op landelijk, regionaal en lokaal niveau. Van publieke instellingen wordt hierbij nadrukkelijk gevraagd om in hun besluitvorming rekening houden met

de langetermijneffecten van beleid, goed samen te werken met burgers en lokale gemeenschappen en met elkaar. Daarbij wordt ingezet op preventie van hardnekkige maatschappelijke vraagstukken zoals armoede, sociale ongelijkheid en klimaat. Er is een staatssecretaris aangesteld die verantwoordelijk is voor het waarborgen dat er in de beleidsontwikkeling voldoende rekening wordt gehouden met de belangen van toekomstige generaties (21, 68). Wettelijke verankering zou een manier kunnen zijn om maatschappelijke opgaven een steviger en minder vrijblijvend fundament te geven. Specifiek gericht op de volksgezondheidsopgaven sluit het advies van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving om gezondheidsdoelen te verankeren in wetgeving (11) hier bij aan.

Een langetermijnbeleid vraagt ook om een herwaardering van 'bewijs' wat beleid werkzaam maakt. Hoe meer er wordt ingezet op contextuele factoren, verder weg van het individu in het regenboogmodel (figuur 2, (14)), hoe groter het bereik in een populatie. Om gezondheidsuitkomsten op individueel niveau vervolgens direct aan de inzet van integraal beleid te relateren is lastig en vaak niet goed mogelijk. Daar waar het gaat om effectiviteit van beleid versmalt de aandacht daarom in de praktijk al gauw naar interventies en beleid die zijn gericht op determinanten die op korte termijn veranderbaar zijn zoals gezondheidsgedrag (roken, bewegen) en uitkomsten op individueel niveau (overgewicht) (9, 70).

Hoewel het lastig is om de bijdrage van integraal beleid aan het bereiken van langetermijndoelen te identificeren, is het voor het verkrijgen en behouden van voldoende draagvlak wel belangrijk om inzichtelijk te maken of beleid doelmatig is. Het vooraf uitvoeren van een Health Impact Assessment (HIA) kan daarbij ondersteunend zijn.

Doelmatigheid van beleid kan verder worden versterkt door in het beleidsontwikkelingsproces gebruik te maken van goed onderbouwde beleidstheorie over de randvoorwaarden voor werking van beleid op tussenliggende factoren. Deze randvoorwaarden en tussenliggende factoren, zoals bereik van de doelgroep en zorggebruik, kunnen vervolgens ook als indicatoren worden gebruikt voor lerende evaluaties (of realist evaluation) (54, 71). Deze methode gaat ervan uit dat een zelfde interventie of beleid niet overal en voor iedereen werkt. In plaats daarvan kijkt het naar onderliggende mechanismen van wat kan werken voor wie in welke omstandigheden (71). Het evalueren van integraal beleid vraagt om de realisatie dat lang niet alles kwantificeerbaar is en om de waardering van evaluatie op basis van kwalitatieve informatie (56). Hierbij kan ook enige tolerantie voor het bestaan van onzekerheid niet ontbreken evenals het loslaten van de gedachte dat de complexe werkelijkheid (volledig) te vatten is in een indicatorenset (56, 72, 73).

6 Aanbevelingen om Health in All Policies op rijksniveau sterker vorm te geven

Het vormgeven van Health in All Policies kan bevorderd worden door de volgende elementen:

- Richt beleidsontwikkeling in vanuit maatschappelijke opgaven en organiseer de randvoorwaarden vanuit deze opgaven in plaats vanuit (sub)domeinen.
- Samenwerking komt het makkelijkst tot stand voor doelen waar overeenstemming over is en er geen politieke tegenstellingen zijn. Maak hiervan gebruik als aanzet tot langdurige integrale samenwerking.
- Sluit in het vormgeven van integrale samenwerking met andere domeinen aan bij terminologieën en concepten die aanspreken binnen die domeinen. Een vervolgstap is het streven naar gemeenschappelijke terminologie en concepten.
- Leer van ervaringen van andere landen en van andere domeinen.
- Inzetten HIA als ondersteunend instrument om de gezondheidseffecten van beleid in kaart te brengen.

Vanuit de beantwoording van onderzoeksvragen 1 tot en met 3 en de beschouwing in hoofdstuk 5, formuleren wij in dit hoofdstuk (richtingen voor) handelingsopties. Daarnaast benoemen wij een aantal vragen die deze studie onbeantwoord heeft gelaten of heeft opgeroepen.

6.1 Stel gezamenlijke maatschappelijke opgaven centraal

De eerste vraag bij het vormgeven van integraal beleid is wie het eigenaarschap heeft van de opgave. Als gezondheid als uitgangspunt wordt genomen is er een veelvoorkomende aanname dat het eigenaarschap dan ook bij het gezondheidsdomein hoort (41). Een heldere afbakening is nodig over wanneer een opgave primair de verantwoordelijkheid is van het gezondheidsdomein en welke (deel)verantwoordelijkheid andere domeinen hebben.

Het organiseren van de bevorderlijke randvoorwaarden is lastig als het eigenaarschap niet duidelijk is. Het kan daarom behulpzaam zijn te denken in maatschappelijke opgaven en de randvoorwaarden, zoals financiering, ook langs die lijnen te organiseren. Het denken vanuit maatschappelijke opgaven vanuit een gezondheidsperspectief komt ook terug in de VTV (69). Een voorbeeld van een maatschappelijke opgave die in de VTV wordt genoemd is: hoe creëren we, in een veranderend klimaat, een leefomgeving die bijdraagt aan gezondheid? De aanpak van commerciële determinanten is een voorbeeld hiervan 'Op weg naar een rookvrije generatie in 2040' in het Nationaal Preventie Akkoord (74). Het formuleren van een maatschappelijke opgave biedt een gemeenschappelijk doel en kan richting geven bij afspraken over bij welke domein welke verantwoordelijkheid ligt.

6.2 Start met laag hangend fruit voor vormgeven integrale samenwerking

Om integrale samenwerking van de grond te krijgen, is het behulpzaam om in te zetten op 'laaghangend fruit', maatschappelijke opgaven waar op kortere termijn positieve effecten van te verwachten zijn. Kenmerken hiervan zijn dat er een hoge urgentie of wil is om het probleem op te lossen en dat er overeenstemming is over de oplossingsrichting tussen betrokken partijen (4). Terwijl er integraal samengewerkt wordt aan deze relatief 'eenvoudige' problemen kan er worden gewerkt aan het vormgeven van een samenwerkingscoalitie. Die structuur bestaat dan al voor het in een later stadium aanpakken van meer complexe problemen (4). Door steeds breder in te zetten op andere determinanten wordt de samenwerking dan steeds integraler.

6.3 Gebruik terminologie en concepten die aansluiten bij andere domeinen

Voor betrokkenheid van andere beleidsdomeinen moet eigenaarschap worden gevoeld en daarvoor kan gezondheid als uitgangspunt tegenwerken (3, 41). Ook zien wij dat HiAP in smallere zin wordt toegepast, zoals "Mental Health in All Policies" (22) en "Bewegen in All Policies". Het besef dat onderliggende oorzaken leiden tot problematiek en ongelijkheid in verschillende levensdomeinen biedt de ruimte voor het vinden van een gemeenschappelijk belang en een zelfde denkkader. Als relevante actoren in beleidsdomeinen zich bewust zijn van verschillen in taal, mensbeelden en taakopvatting kan het zoeken naar dit gemeenschappelijk belang helpen om ondanks deze verschillen samen op te trekken in beleid.

In hoofdstuk 5 beschreven wij al de ontwikkeling van denken vanuit gezondheid naar wellbeing of brede welvaart. Dit concept krijgt buiten de publieke gezondheidssector veel aandacht en zou dus goed als gemeenschappelijk denkkader kunnen dienen om gezondheid en welzijn concreet in de beleidsontwikkeling van andere domeinen mee te nemen. Dit voorkomt ook het risico dat brede welvaart een containerbegrip wordt (75). De Sustainable Development Goals bieden hierbij richting omdat zij kunnen worden gezien als een concretisering van doelen nauw aansluitend bij het concept brede welvaart (3, 4).

Een voorbeeld van het inzichtelijk maken van de invloed van beleid op verschillende domeinen biedt het afwegingskader van TNO. De WISE Cube laat zien hoe verschillende beleidsopties invloed hebben op elementen van brede welvaart voor verschillende bevolkingsgroepen¹³ (76).

6.4 Openstaande vragen

Een aantal openstaande vragen en denkrichtingen zou verder kunnen worden verkend. Hierbij kan gedacht worden aan:

- Leren van de aanpak in onder andere Finland, Wales en Nieuw-Zeeland. In deze landen is al veel ervaring met langdurig beleid gestoeld op de Wellbeing Economy. Hoewel uitwerking

¹³ <https://www.tno.nl/nl/over-tno/organisatie/samenwerken/sturen-brede-welvaart-wise-policy-making/#h55c3eaf4-fc1b-4522-9487-91204e25ec46>

afhankelijk is van de context, kunnen deze ervaringen wellicht richting geven aan keuzes voor werken vanuit maatschappelijke opgaven en langetermijnbeleid. Zo is er in een aantal landen wet- en regelgeving om gezondheidsdoelen te behalen (o.a. in Wales). In hoofdstuk 3.1 kwam het hebben van wet- en regelgeving/ nationale strategie ook als belangrijk sleutelement voor HiAP naar voren. Een nationale HiAP-strategie werkt ook positief door in de uitwerking ervan op lokaal niveau. Ook wordt, zoals genoemd in hoofdstuk 3.2, in veel landen de HIA ingezet ter ondersteuning van het ontwikkelen en uitvoeren van HiAP en blijkt dit een belangrijk element voor de mate van succes van HiAP. Nederland liep tot omstreeks 2014 voorop met het uitvoeren van HIA's, maar daarna kwam de nadruk te liggen op implementatie in de praktijk.

- Goede voorbeelden kunnen behulpzaam zijn, maar ook voorbeelden waarbij geen rekening werd gehouden met gezondheidsdoelen (plaatsen van windmolens bijvoorbeeld) kunnen inzicht geven.
- Leer van beleidsvorming en evaluatie vanuit andere domeinen en andere wetenschappelijke disciplines dan het (biomedische) perspectief van het gezondheidsdomein.

Literatuurlijst

1. Storm I. Towards a HiAP cycle: Health in All Policies as a practice-based improvement process. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam; 2016.
2. WHO. Promoting Health in All Policies and intersectoral action capacities: World Health Organization; 2023 [Available from: <https://www.who.int/activities/promoting-health-in-all-policies-and-intersectoral-action-capacities>].
3. Greer SL, Falkenbach M, Siciliani L, McKee M, Wismar M, Figueras J. From Health in All Policies to Health for All Policies. *Lancet Public Health*. 2022;7(8):e718-e20.
4. Greer SL, Falkenbach M, Siciliani L, McKee M, Wismar M, Vissapragada P, et al. Making Health for All Policies: Harnessing the co-benefits of health. *European Observatory Policy Briefs*. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies, World Health Organization 2023; 2023.
5. Storm I, Harting J, Stronks K, Schuit AJ. Measuring stages of health in all policies on a local level: the applicability of a maturity model. *Health policy*. 2014;114(2-3):183-91.
6. Storm I, Verweij A, Van der Lucht F. Integraal gezondheidsbeleid op lokaal niveau: Wat weten we en hoe nu verder? Bilthoven: RIVM; 2011.
7. Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. GALA. Gezond en Actief Leven Akkoord. Gemeenten en GGD'en, zorgverzekeraars en VWS zetten gezamenlijk in op een gezond en actief leven met een stevige sociale basis. Den Haag: Ministerie van VWS; 2023.
8. World Health Organization. Regional Office for Europe, European Observatory on Health Systems and Policies, Greer SL, Vasev N, Jarman H, et al. It's the governance, stupid! TAPIC: a governance framework to strengthen decision making and implementation. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe; 2019.
9. Dahlgren G, Whitehead M. The Dahlgren-Whitehead model of health determinants: 30 years on and still chasing rainbows. *Public Health*. 2021;199:20-4.
10. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Impactvolle Determinanten van gezondheid. Bilthoven: RIVM; 2021.
11. Raad voor Volksgezondheid & Samenleving. Op onze gezondheid. De noodzaak van een sterkere publieke gezondheidszorg. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving; 2023.
12. Maani N, Collin J, Friel S, Gilmore AB, McCambridge J, Robertson L, Petticrew MP. Bringing the commercial determinants of health out of the shadows: a review of how the commercial determinants are represented in conceptual frameworks. *European Journal of Public Health*. 2020;30(4):660-4.
13. Gilmore AB, Fabbri A, Baum F, Bertscher A, Bondy K, Chang H-J, et al. Defining and conceptualising the commercial determinants of health. *The Lancet*. 2023;401(10383):1194-213.
14. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Future Studies. Oxford University Press; 1991.

15. Maas J, Storm I. Integraal gezondheidsbeleid op nationaal niveau: Wat kunnen we leren van de ervaringen uit andere landen? Bilthoven: RIVM; 2011.
16. Lilly K, Kean B, Hallett J, Robinson S, Selvey LA. Factors of the policy process influencing Health in All Policies in local government: A scoping review. *Frontiers in Public Health*. 2023;11:1010335.
17. Greszczuk C, (red). Implementing health in all policies. Londen: Health Foundation; 2019.
18. World Health Organization. Key learning on Health in All Policies implementation from around the world: information brochure. Geneva: World Health Organization; 2018.
19. Clarke B, Kwon J, Swinburn B, Sacks G. Understanding the dynamics of obesity prevention policy decision-making using a systems perspective: A case study of Healthy Together Victoria. *PLoS One*. 2021;16(1):e0245535.
20. de Leeuw E. Healthy cities. The Theory, Policy, and Practice of Value-Based Urban Planning. New York: Springer; 2017.
21. Welsh Government. Well-being of Future Generations (Wales) Act 2015. Essentials guide. Cardiff: Welsh Government; 2021.
22. EuroHealthNet. An economy of wellbeing for health equity. Fostering a transition towards healthier, more inclusive, and sustainable societies. Policy précis. Brussel: EuroHealthNet; 2022.
23. Finish Government. Action Plan to integrate the economy of wellbeing into decision-making and sustainability assessment 2023 [Available from: <https://valtioneuvosto.fi/en/-/1271139/action-plan-to-integrate-the-economy-of-wellbeing-into-decision-making-and-sustainability-assessment#:~:text=Finland%E2%80%99s%20Action%20Plan%20for%20the%20Economy%20of%20Wellbeing,on%20the%20definition%20and%20to%20develop%20impact%20assessments>].
24. Hoorn M, Acda A, Cliteur H, Hosper K, Lenkens M, Nagelhout G, Poole N. Gezonde leefomgeving in kwetsbare wijken. Verkenning kennisbehoeften en mogelijkheden. Den Haag, Utrecht: Platform31, Pharos, Onderzoeksinstituut IVO; 2023.
25. Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties. Nationaal programma leefbaarheid en veiligheid. Den Haag: Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties; 2022.
26. Staatsen B, van Alphen T, Houweling D, van den Broek I, Kruize H. Gezonde leefomgeving, gezonde mensen. Bilthoven: RIVM; 2017.
27. Wilzing H, Slinkman E, Strum M, Abdel Wahed R. De kracht van de lokale aanpak. Acht jaar werken aan gezondheidsverschillen. Utrecht, Den Haag: Pharos, GezondIn, Platform31; 2021.
28. Gemeente Utrecht. Gezondheid voor iedereen. Volksgezondheidsbeleid Utrecht 2019-2023. Utrecht: Gemeente Utrecht; 2019.
29. van Steensel K, Cloudt S, Orbon Y, Verhagen M. Een gezond Brabant voor iedereen. 's-Hertogenbosch: Brabant Advies; 2021.
30. Visser A, van der Most R, Bakker J, Brongers J, Dubbelboer N, Wolters P, Tuinstra J. Anders denken over en werken aan gezondheid van mensen in kwetsbare leefomstandigheden. Balanceren tussen leef-en systeemwerelden in de veenkoloniën. *Journal of Social Intervention: Theory & Practice*. 2023;32(3):4-24.

31. Shankardass K, Muntaner C, Kokkinen L, Shahidi FV, Freiler A, Oneka G, et al. The implementation of Health in All Policies initiatives: a systems framework for government action. *Health research policy and systems*. 2018;16(1):1-10.
32. Van Vliet-Brown CE, Shahram S, Oelke ND. Health in All Policies utilization by municipal governments: scoping review. *Health promotion international*. 2018;33(4):713-22.
33. Amri M, Chatur A, O'Campo P. An umbrella review of intersectoral and multisectoral approaches to health policy. *Social Science and Medicine*. 2022;315:115469.
34. Corbin JH, Jones J, Barry MM. What makes intersectoral partnerships for health promotion work? A review of the international literature. *Health Promotion International*. 2018;33(1):4-26.
35. Gorter A. Integraal werken aan gezondheidsvraagstukken bij gemeenten. Een kwalitatieve verkenning onder dertien beleidsmedewerkers. (intern document). 2023.
36. Guglielmin M, Muntaner C, O'Campo P, Shankardass K. A scoping review of the implementation of health in all policies at the local level. *Health policy*. 2018;122(3):284-92.
37. Guglielmin M, Shankardass K, Bayoumi A, O'campo P, Kokkinen L, Muntaner C. A realist explanatory case study investigating how common goals, leadership, and committed staff facilitate Health in All Policies implementation in the municipality of Kuopio, Finland. *International journal of health policy and management*. 2022;11(11):2651.
38. Harting J, Peters D, Stronks K. Wat bevordert de deelname van niet-volksgezondheidssectoren aan intersectorale beleidsnetwerken? Een analyse van 34 Gezonde Slagkracht-projecten. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*. 2016;94:217-26.
39. van Dale D, Lemmens L, Hendriksen M, Savolainen N, Nagy P, Marosi E, et al. Recommendations for Effective Intersectoral Collaboration in Health Promotion Interventions: Results from Joint Action CHRODIS-PLUS Work Package 5 Activities. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(18).
40. Mondal S, Van Belle S, Maioni A. Learning from intersectoral action beyond health: a meta-narrative review. *Health Policy and Planning*. 2021;36(4):552-71.
41. de Leeuw E. Engagement of Sectors Other than Health in Integrated Health Governance, Policy, and Action. *Annu Rev Public Health*. 2017;38:329-49.
42. Mundo W, Manetta P, Fort MP, Sauaia A. A qualitative study of health in all policies at the local level. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*. 2019;56:0046958019874153.
43. Steenbakkens WHL. Lokaal integraal gezondheidsbeleid: realistische uitdaging of utopie?: Een onderzoek binnen gemeenten naar mogelijkheden tot intersectorale samenwerking. 2012.
44. De Jong M. Voorstad on the move to better health: Evaluation of a community health promotion programme in a socioeconomically deprived city district in the Netherlands: Wageningen University; 2022.

45. den Broeder L. Citizen Science for Health in all policies: engaging communities in knowledge development. 2017.
46. Mackenbach JP, gezondheidszorg EMaM, Kamphuis C. Successen van preventie: 1970-2010: Erasmus Publishing Rotterdam; 2011.
47. Vlioger d, Wickeren v. Benut 'brede welvaart' voor beter beleid. *ESB* 2023;108(4825):440-1.
48. Storm I, van Koperen M, van der Lucht F, van Oers J, Schuit A. Monitoren en evalueren van integraal gezondheidsbeleid: Een practice-based verkenning. *Beleidsonderzoek Online*. 2014(september).
49. Bekker M, Veerman L. Gezondheidseffectschatting voor Gezond Beleid: teamsport op projectbasis. *Gezondheidskundige en bestuurskundige inzichten en methoden voor GES*. Rotterdam: Erasmus MC; 2007.
50. Mueller N, Anderle R, Brachowicz N, Graziadei H, Lloyd SJ, de Sampaio Morais G, et al. Model Choice for Quantitative Health Impact Assessment and Modelling: An Expert Consultation and Narrative Literature Review. *Int J Health Policy Manag*. 2023;12:7103.
51. Sawyer A, den Hertog K, Verhoeff AP, Busch V, Stronks K. Developing the logic framework underpinning a whole-systems approach to childhood overweight and obesity prevention: Amsterdam Healthy Weight Approach. *Obesity Science & Practice*. 2021;7(5):591-605.
52. van Koperen MT, van der Kleij RM, Renders CC, Crone MM, Hendriks A-MA, Jansen MM, et al. Design of CIAO, a research program to support the development of an integrated approach to prevent overweight and obesity in the Netherlands. *BMC obesity*. 2014;1:1-12.
53. Verwoerd L, Brouwers H, de Hoop E. Professionaliseren van lerend evalueren: lessen uit de praktijk van het Planbureau voor de Leefomgeving. Den Haag: Planbureau voor de Leefomgeving; 2022.
54. Drewes H, Baan C, Bos C, de Bruin J, Klein PP, Struijs J. *Lerende evaluatie Juiste Zorg Op de Juiste Plek*. Plan van aanpak op hoofdlijnen. Bilthoven: RIVM; 2020.
55. Vugts MAP, Klein PPF, de Weger E, Keij BM, Struijs JN. Indicatoren om de verandering naar de Juiste Zorg Op de Juiste Plek te volgen: een Delphi-studie. Bilthoven: RIVM; 2023.
56. van Lunteren A, Boesveld I, Molenaar J, Leemhuis M, Prusak A, Hendrikx R, Struijs J. *Monitor Kansrijke Start 2022*. Bilthoven: RIVM; 2023.
57. Trein P, Meyer I, Maggetti M. The Integration and Coordination of Public Policies: A Systematic Comparative Review. *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice*. 2019;21(4):332-49.
58. Huber M, Knottnerus JA, Green L, Horst Hvd, Jadad AR, Kromhout D, et al. How should we define health? *BMJ*. 2011;343:d4163.
59. Schermer MH, van der Horst HE. Het concept 'positieve gezondheid' nader bekeken. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*. 2021;165.

60. Lemmens L, Beijer M, de Bekker A, de Klijne A. Het toepassen van brede gezondheidsconcepten: inspirerend en uitdagend voor de praktijk. Ervaringen uit drie regio's. Bilthoven: RIVM; 2022 2022-04-25.
61. Beaglehole R, Bonita R. What is global health? Glob Health Action. 2010;3.
62. Abbas SS, Shorten T, Rushton J. Meanings and mechanisms of One Health partnerships: insights from a critical review of literature on cross-government collaborations. Health Policy Plan. 2022;37(3):385-99.
63. KNAW. Planetary Health. An emerging field to be developed. Amsterdam: Koninklijke Nederlandse Akademie van Wetenschappen; 2023.
64. Mackenbach JP. Planetary health: a new field of research, education and practice. Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde. 2023;167:D7428-D.
65. EU Wellbeing Economy Coalition. Discussion Paper on EU Wellbeing Economy. 2023.
66. van der Haar M, Meijdam L, Schoots M, Wilthagen T, (red.). Werk maken van brede welvaart. Tilburg: Tilburg University; 2023.
67. Williams C, Smith JA, Valentine N, Baum F, Friel S, Williams J, Schmitt D. The well - being economy and health in all policies: Fostering action for change. Wiley Online Library; 2023. p. 623-5.
68. Kickbusch I, Demaio S, Grimes A, Williams C, de Leeuw E, Herriot M. The Wellbeing Economy is within reach—let's grasp it for better health. Health Promotion International. 2022;37(4).
69. den Broeder L, Couwenbergh C, Hilderink H, Polder J. Vooruitblik Volksgezondheid Toekomstverkenning 2024. Bilthoven: RIVM; 2023.
70. Holt DH, Frohlich KL, Tjørnhøj-Thomsen T, Clavier C. Intersectorality in Danish municipalities: corrupting the social determinants of health? Health Promotion International. 2017;32(5):881-90.
71. Public Health England. A brief introduction to realist evaluation. Londen: Public Health England; 2021.
72. Raad voor Volksgezondheid & Samenleving. Kwaliteitsdenken in de zorg: verleden, heden en toekomst. Een verkennend essay over de noodzaak voor een dynamische kijk op kwaliteit. Den Haag: RVS; 2023.
73. Raad voor Volksgezondheid & Samenleving. Is dit wel verantwoord? Hoe de zorg betekenisvol rekenschap kan afleggen in tijden van transitie. Den Haag: RVS; 2023.
74. Boer J, Kuijpers T, Edens J, Ekelboom M, Nawijn E, Koopman N, et al. Voortgangsrapportage Nationaal Preventieakkoord 2021. NPA progress report 2021: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2022.
75. Putters K. Maak vaart met brede welvaart! Lezing tijdens de week van de Brede Welvaart Tilburg: Tilburg University; 2023.
76. Bakri T. Discrete choice models for wellbeing oriented policy making. Soesterberg: TNO; 2022.

Erratum

Briefrapport 2023-0401

Kennisbeeld "Health in All Policies": verkenning vanuit internationaal, nationaal en lokaal perspectief

Bilthoven: 10-01-2024

Onderwerp: Erratum bij rapport 2023-0401

In het RIVM rapport 2023-0401 getiteld *Kennisbeeld "Health in All Policies": verkenning vanuit internationaal, nationaal en lokaal perspectief* staat helaas een fout.

Op pagina 17, paragraaf 2.2.3. staat de volgende zin: ".....Het programma wordt gecoördineerd vanuit Volksgezondheid en Ruimtelijke Ordening (VRO),". In deze zin zou "Volkshuisvesting" moeten staan in plaats van "Volksgezondheid".

L.H.Dekker

Dit is een uitgave van:

**Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu**

Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven

Nederland

www.rivm.nl

december 2023

De zorg voor morgen
begint vandaag