



rivm

Rapport 270161002/2010
I. Storm et al.

Intersectoraal samenwerken in de aanpak van gezondheidsachterstanden

Een onderzoek onder zestien gemeenten in Nederland

RIVM Rapport 270161002/2010

Intersectoraal samenwerken in de aanpak van gezondheidsachterstanden

Een onderzoek onder zestien gemeenten in Nederland

I. Storm
M. Savelkoul
M.C.M. Busch
J. Maas
A.J. Schuit

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

Dit onderzoek werd verricht in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, in het kader van Programma 1, kennisvraag 1.8 en 1.9.

© RIVM 2010

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'.

Rapport in het kort

Intersectoraal samenwerken in de aanpak van gezondheidsachterstanden

Een onderzoek onder zestien gemeenten in Nederland

Het aantal gemeenten dat aandacht besteedt aan integraal gezondheidsbeleid om de gezondheid van burgers te verbeteren of gezondheidsachterstanden terug te dringen is in de afgelopen jaren gestegen. De manier waarop sectoren binnen en buiten de volksgezondheidssector samenwerken om gezondheidsachterstanden aan te pakken verschilt echter per gemeente. In gemeenten zijn er wel mogelijkheden om de samenwerking te verbreden en intensiveren. Dit blijkt uit onderzoek van het RIVM naar de manier waarop zestien Nederlandse gemeenten gezondheidsachterstanden intersectoraal aanpakken. De bevindingen uit dit onderzoek kunnen gemeenten hierin ondersteunen.

Betere intersectorale samenwerking is een belangrijke voorwaarde om integraal gezondheidsbeleid uit te voeren. Dit is van belang om gezondheidsachterstanden terug te dringen, omdat deze nauw samenhangen met achterstanden op tal van andere terreinen. Denk daarbij aan een laag inkomen, werkloosheid, laag opleidingsniveau, ongunstige woon- en werkomstandigheden en ongezonde leefstijl. Om deze achterstanden te verbeteren is niet alleen de inzet van de volksgezondheidssector nodig, maar ook van daarbuiten, zoals onderwijs, ruimtelijke ordening en sport.

De aanpak van gezondheidsachterstanden is nu nog vooral gericht op het tegengaan van een ongezonde leefstijl (waaronder overgewicht) en sociale uitsluiting, en het vergroten van de kwaliteit van zorg. De volksgezondheidssector werkt vooral samen met de sociale sectoren (jeugd, onderwijs, sport, sociale zaken) en minder met de fysieke sectoren (ruimte, wonen, milieu). In het onderzoek zijn verbeterpunten geformuleerd om intersectoraal samenwerken te bevorderen. Voorbeelden zijn: gezondheid laten aansluiten bij gemeentelijke prioriteiten (zoals participatie), de samenwerking met de fysieke sectoren uitbreiden, politiek en bestuurlijk draagvlak creëren, en stapsgewijs te werk gaan.

Trefwoorden:

integraal gezondheidsbeleid, integrale aanpak, intersectoraal samenwerken, gezondheidsachterstanden, gemeentelijk beleid

Abstract

Intersectoral collaboration in tackling health inequalities

A study of sixteen municipalities in the Netherlands

The number of municipalities that are focusing on developing an integrated approach (health in all policies) to improve the health or reduce any health inequalities of their residents has risen in recent years. However, the manner and degree in which sectors both outside and inside the public health domain collaborate to address the problem of health inequalities differs per municipality. On the local level there are opportunities to broaden and intensify collaboration among the various sectors. This was the conclusion drawn from a study on intersectoral collaboration to tackle health inequalities carried out by the National Institute for Public Health and the Environment (RIVM) in sixteen Dutch municipalities. The results of this study could provide support to policy officers at the local level for developing health in all policies.

Improved intersectoral collaboration is an important condition for providing health in all policies. Health in all policies is important for reducing health inequalities and is also closely related to inequalities in other aspects, such as low income, unemployment, low educational level, poor living and working conditions and an unhealthy life style. Any attempt to reduce these inequalities demands a serious commitment not only from the public health sector, but also from other sectors (i.e., education, sports, spatial planning).

The current local approach to tackle health inequalities appears to be focused on reducing an unhealthy lifestyle (i.e., overweight) and social exclusion and improving the quality of care. The public health sector primarily collaborates with social sectors (i.e., youth, education, sports, social affairs) and less with physical ones (i.e., spatial planning, housing, environments). This study identifies potential improvement points which could improve intersectoral collaboration, including alignment of health with local priorities (such as participation), the improvement of the alignment with physical sectors, the establishment of political and administrative support, and the gradual stepwise implementation of an integrated approach.

Key words:

health in all policies (HIAP), integrated approach, intersectoral collaboration, health inequalities, local policy

Inhoud

Samenvatting	11
1 Inleiding	15
1.1 Aanleiding	15
1.2 Vraagstelling	15
1.3 Gezondheidsachterstanden	16
1.4 Integraal gezondheidsbeleid	16
1.5 Landelijke beleidsontwikkelingen	17
1.6 Afbakening	18
1.7 Doelgroep rapport	18
1.8 Leeswijzer	18
2 Werkwijze	19
2.1 Inleiding	19
2.2 Screening nota's en selectie gemeenten (stap 1 en 2)	19
2.3 Werving deelnemende gemeenten (stap 3)	20
2.4 Digitale vragenlijsten en verdiepende interviews (stap 4 en 5)	20
2.5 Organiseren van een werkconferentie (stap 6)	21
2.6 Dataverzameling en analyse	21
3 Deelnemende gemeenten	23
3.1 Kenmerken deelnemende gemeenten	23
3.2 Digitale vragenlijsten beleidsambtenaren	23
3.3 Verdiepende interviews beleidsambtenaren	24
4 Gezondheidsachterstandenbeleid in gemeenten	25
4.1 Doelstellingen voor gezondheidsachterstanden	25
4.2 Gezondheid(sachterstanden) als onderwerp in beleid	26
4.2.1 Beleidssectoren werken vaker aan gezondheid dan expliciet aan gezondheidsachterstanden	26
4.2.2 Sociale beleidssectoren dragen vaker bij aan terugdringen gezondheidsachterstanden	26
4.2.3 Verschillen tussen gemeenten in het werken aan gezondheidsachterstanden	27
4.3 Aandacht oorzaken gezondheidsachterstanden in beleid	28
4.3.1 Sociaaleconomische positie en ongunstige werkomstandigheden krijgen minder aandacht	28
4.3.2 Gemeenten verschillen sterk in het werken aan ongunstige omstandigheden	29
4.4 Uitvoerende activiteiten vanuit verschillende beleidssectoren	30
4.4.1 Veel activiteiten beschikbaar, maar niet altijd specifiek voor gezondheidsachterstanden	30
4.4.2 Integraliteit van de gemeentelijke activiteiten kan beter	30
4.5 Aandacht voor doelgroepen in het beleid	31
4.6 Monitoring en evaluatie van activiteiten	32
4.6.1 Gezondheidssituatie en wijksituatie zijn bepalend voor activiteiten	32
4.6.2 Activiteiten worden geëvalueerd, maar evaluatie is lastig bij IGB-aanpak	32
4.6.3 Monitoring en evaluatie van maatregelen en interventies wisselen	32
4.7 Samenvattende resultaten beleidsinhoud	33

5	Intersectoraal samenwerken in de aanpak van gezondheidsachterstanden	35
5.1	Betrokken actoren in de intersectorale samenwerking	35
5.1.1	Vooraf sociale beleidssectoren betrokken in intersectorale samenwerking	35
5.1.2	Beleidsambtenaren willen meer samenwerken met fysieke sectoren en externe partijen	36
5.2	Concrete afspraken tussen beleidssectoren	37
5.2.1	Samenwerkingsafspraken vooral gericht op inhoud en weinig op proces	37
5.3	Structuur en vorm van samenwerken	38
5.3.1	De samenwerkingsstructuur binnen gemeenten is zeer wisselend	38
5.3.2	Gemeenten kijken verschillend aan tegen wenselijke samenwerkingsstructuur	39
5.3.3	In het begin van de samenwerking vooral informatie uitwisselen en activiteiten op elkaar afstemmen	39
5.4	Belang van intersectoraal samenwerken	40
5.4.1	Beleidsambtenaren VGZ erkennen het belang van intersectorale samenwerking	40
5.4.2	Ook andere beleidssectoren zien het belang van lokale intersectorale samenwerking	41
5.5	Rol van actoren	41
5.5.1	Beleidsambtenaar VGZ vervult verschillende rollen in intersectorale samenwerking	41
5.5.2	Regierol in aanpak van gezondheidsachterstanden niet vanzelfsprekend	42
5.5.3	Rol van andere beleidssectoren over het algemeen duidelijk	42
5.6	Resultaten en ervaringen	42
5.6.1	Effecten op gezondheidsachterstanden moeilijk aan te geven	43
5.6.2	Resultaten worden vooral op procesniveau genoemd	43
5.6.3	Invloed van gezondheid op het beleid in andere beleidssectoren niet altijd duidelijk	43
5.6.4	Ervaringen van sectoren buiten VGZ in het intersectoraal samenwerken	44
5.7	Samenvattende resultaten beleidsproces	45
6	Bevorderende en belemmerende factoren	47
6.1	Factoren met positieve en negatieve invloed op samenwerking	47
6.1.1	Belangrijke positieve factoren zijn het bestaan van goede relaties en gemeenschappelijk belang	47
6.1.2	Grote variatie in gemeenten voor individuele en organisatorische factoren	48
6.1.3	Onvoldoende beschikbaarheid van middelen belangrijkste factor met negatieve invloed	49
6.2	Politieke factoren en context	49
6.2.1	Voldoende draagvlak voor gezondheidsachterstanden blijkt positief	49
6.2.2	Politiek en bestuurlijk draagvlak voor IGB als werkwijze is nog onvoldoende	50
6.2.3	Een aantal gemeenten scoort positief op meer dan de helft van de politieke factoren	50
6.3	Voor- en nadelen van intersectorale samenwerking	51
6.3.1	Voordelen wegen volgens VGZ op tegen de nadelen in de samenwerking	51

6.3.2	Sectoren buiten VGZ zien ook de voordelen van het intersectoraal samenwerken	52
6.4	Overige randvoorwaarden	53
6.4.1	Voldoende kennis is nodig over wat beleidssectoren voor elkaar kunnen betekenen	53
6.4.2	Intersectoraal samenwerken vereist andere deskundigheid van beleidsambtenaren	53
6.4.3	Ondersteuning vanuit nationale niveau aan gemeenten is nodig	54
6.5	Samenvattende resultaten bevorderende en belemmerende factoren	54
7	Relevante elementen voor een succesvolle samenwerking rond IGB	57
7.1	Formuleren concrete doelen in aanpak gezondheidsachterstanden	57
7.2	Inventariseren activiteiten en meer in samenhang toepassen	57
7.3	Aansluiten met gezondheid bij gemeentelijke thema's	57
7.4	Verbinden van beleid en versterken parallelle belangen	58
7.5	Aanwijzen van een IGB-trekker (probleemhouder)	58
7.6	Zicht op netwerk en samenwerking daar waar mogelijk uitbreiden	58
7.7	Investeren in relaties met andere sectoren en partijen	59
7.8	Oplossingen zoeken voor tekort aan menskracht en geld	59
7.9	Inzetten op politiek en bestuurlijk draagvlak	59
7.10	Stapsgewijs werken en ontwikkelen IGB-visie passend bij gemeente	60
8	Algemene conclusies en discussie	61
8.1	Conclusies	61
8.2	Discussie	62
8.2.1	Verder uitwerken van IGB-aanpak met relevante elementen	62
8.2.2	Verbreden onderzoek naar andere sectoren en niveaus	62
8.2.3	Faciliteren van kennisbeleid en deskundigheidsbevordering	62
8.2.4	Versterken wisselwerking tussen landelijk en lokaal niveau	63
	Dankwoord	65
	Begrippenlijst	67
	Afkortingenlijst	71
	Literatuur	73
	Bijlage I Besluitvormig integraal gezondheidsbeleid	77
	Bijlage II Betrokkenen in onderzoek	79
	Bijlage III Informatie IGB-onderzoek aan gemeenten	81
	Bijlage IV Theoretische achtergronden	83
	Bijlage V Achtergrond onderzoeksvragen	89
	Bijlage VI Achtergrond deelnemende gemeenten	93

Bijlage VII Nadere informatie beleidsinhoud	95
Bijlage VIII Nadere informatie beleidsproces	99
Bijlage IX Belemmerende en bevorderende factoren	101

Samenvatting

Inleiding

De gezondheid van mensen met een lage sociaaleconomische status (SES) is bijna op alle fronten slechter dan die van mensen met een hoge SES. Mensen met een lage opleiding leven zes tot zeven jaar korter en veertien jaar in minder goede gezondheid dan mensen met een hoge opleiding. Gezondheidsachterstanden kunnen worden verklaard uit het feit dat allerlei oorzaken van ongezondheid vaker voorkomen in deze groepen, zoals laag inkomen, werkloosheid, laag opleidingsniveau, ongunstige woon- en werkomstandigheden en ongezonde leefstijl. Voor het gunstig beïnvloeden van deze oorzaken is inzet nodig van zowel sectoren binnen als buiten het volksgezondheidsdomein (VGZ-domein). Met andere woorden: er dient uitvoering gegeven te worden aan integraal gezondheidsbeleid (IGB). Hoewel IGB in gemeenten steeds meer vorm en inhoud krijgt, zijn gemeenten ook nog zoekende naar een goede uitvoering hiervan. Om gemeenten te ondersteunen met meer kennis op dit gebied heeft het RIVM in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) onderzoek gedaan naar processen die een rol spelen bij het toepassen en formuleren van IGB, met als doel zicht te krijgen op zowel de beleidsinhoud als de beleidssamenwerking om gezondheidsachterstanden terug te dringen.

Voor het onderzoek zijn de volgende onderzoeksvragen geformuleerd:

1. Op welke manier wordt inhoudelijk gewerkt door beleidssectoren binnen en buiten het VGZ-domein om de gezondheidsachterstanden van burgers terug te dringen?
2. Op welke manier wordt samengewerkt tussen beleidssectoren om de gezondheidsachterstanden van burgers terug te dringen?
3. Wat zijn de bevorderende en belemmerende factoren in de intersectorale samenwerking op gemeentelijk niveau om gezondheidsachterstanden terug te dringen?
4. Wat zijn voor de beleidsambtenaren relevante elementen voor een succesvolle intersectorale samenwerking om gezondheidsachterstanden terug te dringen?

Werkwijze

Het onderzoek is uitgevoerd bij beleidsambtenaren van zestien gemeenten in Nederland. In totaal zijn 155 digitale vragenlijsten verstuurd naar beleidsambtenaren binnen en buiten de VGZ-sector. Hiervan zijn 123 vragenlijsten geretourneerd. Dat betekent een respons van 79%. Daarnaast zijn in deze gemeenten 32 semigestructureerde interviews afgenomen: zestien interviews binnen en zestien interviews buiten de VGZ-sector. In de interviews buiten de VGZ-sector zijn de sectoren onderwijs/jeugd, sport, sociale zaken en ruimte/wonen betrokken. Voor de dataverzameling en analyse is vooral gebruikgemaakt van de elementen uit Figuur S.1.

Beleidsinhoud (onderzoeksvraag 1)	Beleidsproces (onderzoeksvraag 2)	Belemmerende en bevorderende factoren (onderzoeksvraag 3)
Doelstelling Prioriteit/onderwerp in beleid - gezondheid(sachterstanden) - oorzaken gezondheidsachterstanden Uitvoerende activiteiten Aandacht doelgroepen Monitoring en evaluatie	Betrokken actoren Concrete afspraken Structuur en vorm samenwerking Belang van samenwerking Rol van actoren Resultaten en ervaringen	Factoren met positieve en negatieve invloed Politieke factoren en context Voor- en nadelen Overige randvoorwaarden, zoals deskundigheid, kennis en informatie, ondersteuning
↓		
Relevante elementen voor een succesvolle IGB-aanpak (onderzoeksvraag 4)		

Figuur S.1: Intersectoraal samenwerken in aanpak gezondheidsachterstanden

Resultaten

Beleidsinhoud

Met betrekking tot het inhoudelijke werk om gezondheidsachterstanden terug te dringen levert het onderzoek de volgende resultaten:

- Doelstellingen rond het terugdringen van gezondheidsachterstanden zijn nog abstract, maar vaak concreter op het niveau van de speerpunten (overgewicht, alcohol en depressie). Zo ontstaat er een verschil in het niveau van de doelstellingen.
- Doordat (oorzaken van) gezondheidsachterstanden zeer divers zijn, verschilt het werken hieraan sterk per gemeente. De sociale beleidssectoren werken wel vaker aan het terugdringen van gezondheidsachterstanden dan de fysieke beleidssectoren.
- Gemeentelijk beleid om gezondheidsachterstanden te verminderen is het vaakst gericht op de determinanten leefstijl, sociale uitsluiting en kwaliteit van zorg.
- Binnen gemeenten zijn veel activiteiten (maatregelen en interventies) beschikbaar om gezondheidsachterstanden terug te dringen. Deze activiteiten worden echter niet altijd in samenhang aangeboden (er is dus vaak geen integrale aanpak rond gezondheidsachterstanden).
- Gezondheidsachterstandenbeleid richt zich in gelijke mate op mensen met een lage SES, allochtonen en bewoners van achterstandswijken. Er zit ook veel overlap in deze groepen.
- De (gezondheids)situatie van burgers en activiteiten worden gemonitord. In de meeste gemeenten zijn evaluaties van activiteiten echter niet diepgaand en nog vooral gericht op het bereik. Evaluatie van IGB wordt als lastig ervaren.

Beleidsproces

Met betrekking tot het intersectoraal samenwerken levert het onderzoek de volgende resultaten:

- Om gezondheidsachterstanden terug te dringen werkt de sector VGZ vooral samen met de sectoren jeugd, onderwijs, sport en sociale zaken. De sector VGZ wil meer samenwerken met de fysieke sectoren (ruimte, wonen) en externe partijen (publiek-privaat).
- Samenwerkingsafspraken tussen sectoren hebben vooral betrekking op inhoud. Het gaat dan vaker om projectmatig intersectoraal samenwerken dan om structureel samenwerken rond beleid. Procesafspraken (onder andere werkwijze IGB, rol) worden niet altijd gemaakt.
- De samenwerkingsstructuren wisselen sterk per gemeente en zijn afhankelijk van onderwerp en/of partners. Samenwerking krijgt in het begin vooral vorm door het uitwisselen van informatie en het op elkaar afstemmen van activiteiten, in een later stadium ook door het werken aan een gezamenlijke doelstelling (vooral rond gezondheidsthema's).
- Verschillende beleidssectoren zien het belang van intersectorale samenwerking als er zicht is op resultaat en vinden een breed gedragen visie op IGB belangrijk. Er dient wel te worden aangesloten bij de voorkeurswerkwijze en organisatie van de gemeente.
- De beleidsambtenaar VGZ vervult verschillende rollen, maar de regierol voor een IGB-aanpak op het gebied van gezondheidsachterstanden is niet altijd vanzelfsprekend. Het bewaken van bestuurlijke beslissingen van ander beleid op gezondheidseffecten wordt nauwelijks genoemd.
- De sectoren weten elkaar over het algemeen goed te vinden. In grotere gemeenten is de wijkaanpak een effectieve insteek om samen te werken rond gezondheidsachterstanden. Hier zijn relevante sectoren en partijen al betrokken. In kleinere gemeenten is de vindplaats van mensen met een lage SES echter niet altijd geconcentreerd in één wijk of op één school. Dat maakt samenwerken tussen sectoren lastiger.

Belemmerende en bevorderende factoren

Met betrekking tot bevorderende en belemmerende factoren om intersectoraal te werken aan het terugdringen van gezondheidsachterstanden levert het onderzoek de volgende resultaten:

- De meest genoemde positieve factoren om intersectoraal samen te werken zijn het bestaan van een goede relatie tussen de verschillende sectoren en het werken aan een gemeenschappelijke

doelstelling. De meest genoemde negatieve factor is het ontbreken van voldoende middelen. Er bestaat wel een grote variatie tussen gemeenten in factoren die als positief worden ervaren.

- Intersectorale samenwerking rond gezondheidsachterstanden op ambtelijk niveau komt beter tot stand in gemeenten met voldoende politiek en bestuurlijk draagvlak. In meerdere gemeenten lijkt politiek draagvlak voor IGB als (standaard) werkwijze nu nog onvoldoende.
- Genoemde voordelen van intersectoraal samenwerken zijn het behalen van gezondheidswinst, het versterken van elkaars beleid en het bundelen van financiering; nadelen zijn de grote tijdsinvestering om met verschillende sectoren samen te werken en de diversiteit van samenwerkingspartners.
- Meerdere gemeenten zijn nog zoekende naar wat sectoren voor elkaar kunnen betekenen in de intersectorale samenwerking. Nationale ondersteuning is mogelijk door het communiceren van de juiste kennis hierover. Dat geldt evenzeer voor het stellen van gezondheidsachterstanden als landelijke prioriteit en het ontwikkelen van een duidelijke beleidslijn op IGB.

Relevante elementen voor succesvolle intersectorale samenwerking

Op basis van de onderzoeksvragen 1 tot en met 3 zijn relevante elementen geformuleerd om intersectoraal samenwerken in de aanpak van gezondheidsachterstanden (verder) te stimuleren:

- formuleren van concrete doelen in de aanpak van gezondheidsachterstanden;
- inventariseren van activiteiten en deze meer in samenhang toepassen;
- aansluiten met gezondheid bij gemeentelijke thema's (onder andere duurzaamheid, participatie);
- verbinden van beleid en versterken van parallelle belangen tussen sectoren;
- aanwijzen van een IGB-trekker (probleemhouder);
- zicht op netwerk en samenwerking daar waar mogelijk uitbreiden (onder andere fysieke sectoren);
- investeren in relaties met andere sectoren en partijen;
- oplossingen zoeken voor een tekort aan menskracht en geld;
- inzetten op politiek en bestuurlijk draagvlak;
- stapsgewijs werken en ontwikkelen IGB-visie passend bij gemeente.

Algemene conclusies

Deze rapportage laat de resultaten zien van een onderzoek naar gemeentelijke processen die een rol spelen bij het ontwikkelen en uitvoeren van IGB om gezondheidsachterstanden terug te dringen. Op basis van de resultaten per onderzoeksvraag zijn de volgende algemene conclusies te trekken:

- De manier waarop inhoudelijk wordt gewerkt aan gezondheidsachterstanden is vanwege de complexiteit van het gezondheidsprobleem per gemeente zeer divers. Er liggen nog veel mogelijkheden voor een verbeterde en samenhangende aanpak van gezondheidsachterstanden.
- De manier waarop wordt samengewerkt aan gezondheidsachterstanden tussen beleidssectoren is zeer divers en verschilt per gemeente. Samenwerkingsvormen hangen af van gemeentelijke prioriteiten en thema's, de voorkeurswerkwijze en de schaalgrootte van de gemeenten.
- In gemeenten werken meerdere factoren bevorderend en/of belemmerend op het intersectoraal samenwerken rond gezondheidsachterstanden. Er liggen vooral mogelijkheden als het belang van intersectorale samenwerking op alle niveaus wordt (h)erkend (waaronder politiek en bestuurlijk niveau).
- Door de diversiteit in gemeenten is er niet één standaard methode om succesvol vorm en inhoud te geven aan IGB in de aanpak van gezondheidsachterstanden. Het gaat dus niet om een aanpak die zomaar is 'uit te rollen' bij gemeenten. Er zijn wel relevante elementen te benoemen om intersectorale samenwerking verder te stimuleren op gemeentelijk niveau (onder andere aansluiten met gezondheid bij gemeentelijke thema's, daar waar mogelijk samenwerkingspartners uitbreiden, stapsgewijs te werk gaan).

Discussie

Verder uitwerken van IGB-aanpak met relevante elementen

De resultaten uit dit onderzoek kunnen gemeenten helpen bij het nader vorm en inhoud geven aan IGB rond gezondheid(sachterstanden). Door de diversiteit van gemeenten is het niet mogelijk om vanuit één methodiek te werken. Daarom is het van belang relevante en cruciale elementen uit dit onderzoek te vertalen in een IGB-aanpak passend bij de lokale situatie. In de verdere ontwikkeling en implementatie hiervan is het ook van belang gebruik te maken van bestaande methodieken of programmatheorieën, en deze met de kennis van nu door te ontwikkelen tot een bruikbare IGB-aanpak. Er kan hierbij geleerd worden van elementen uit andere methodieken, zoals de EPODE-aanpak.

Verbreden onderzoek naar andere partijen en niveaus

Resultaten uit dit onderzoek zijn afkomstig van gemeentelijke beleidsambtenaren. Het is van belang meer aandacht te besteden aan het samenwerken met fysieke sectoren en externe partijen (publiek-privaat). Dat geldt eveneens voor de samenwerking met afdelingshoofden en wethouders. Door deze samenwerking kan de verantwoordelijkheid op hoger niveau komen te liggen. De GGD'en kunnen mogelijk een adviserende rol spelen in de integrale aanpak van gezondheidsachterstanden. Dergelijke mogelijkheden dienen verder verkend te worden om een effectieve lokale IGB-aanpak te ondersteunen.

Faciliteren van kennisbeleid en deskundigheidsbevordering

De complexiteit van gezondheidsachterstanden maakt de uitvoering van een effectieve aanpak lastig, vooral als verschillende beleidssectoren en hun activiteiten een bijdrage leveren aan het gezondheidsprobleem. In de IGB-praktijk kan er immers sprake zijn van verschillende doelen, activiteiten en wisselende sectoren en partijen. Het is daarom van belang zowel actief kennisbeleid als deskundigheidsbevordering van beleidsambtenaren op het terrein van intersectoraal samenwerken te faciliteren om gemeenten te ondersteunen.

Versterken wisselwerking tussen landelijk en lokaal niveau

De beleidsontwikkelingen op het gebied van IGB en gezondheidsachterstanden hangen nauw met elkaar samen. Dat het ministerie van VWS een IGB-aanpak belangrijk vindt, blijkt uit de kabinetsvisie Gezond zijn, gezond blijven. Om de uitvoering op lokaal niveau verder te stimuleren kan het helpen op nationaal niveau gezondheidsachterstanden explicieter als prioriteit te benoemen en de beleidsvisie op IGB (verder) door te ontwikkelen. Dat geldt ook voor het afstemmen van financieringsstromen op het intersectoraal samenwerken in de aanpak van gezondheidsachterstanden.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

De gezondheid van mensen met een lage sociaaleconomische status (SES) is bijna op alle fronten slechter dan die van mensen met een hoge SES. Mensen met een lage opleiding leven zes tot zeven jaar korter en veertien jaar in minder goede gezondheid dan mensen met een hoge opleiding (Van der Lucht en Polder, 2010). De verschillen tussen sociaaleconomische groepen zijn de afgelopen tien jaar niet kleiner geworden (Bruggink, 2009). De slechtere gezondheid van mensen in lagere sociaaleconomische groepen kan worden verklaard uit het feit dat allerlei oorzaken van ongezondheid vaker voorkomen in deze groepen, zoals laag inkomen, werkloosheid, laag opleidingsniveau, ongunstige woon- en werkomstandigheden en ongezonde leefstijl (Van den Berg en Schoemaker, 2010). Zo bestaan er verschillen in het gezin waar men opgroeit, de school waar men onderwijs geniet en/of de buurt waar men woont. Voor het beïnvloeden van deze oorzaken in gunstige zin is de inzet nodig van sectoren binnen en buiten het volksgezondheidsdomein. Door samenwerking tussen deze sectoren wordt uitvoering gegeven aan integraal of intersectoraal gezondheidsbeleid (IGB) (zie paragraaf 1.4). Het aantal gemeenten dat aandacht besteedt aan IGB of integrale aanpak in hun nota Lokaal gezondheidsbeleid is in de afgelopen jaren gestegen tot 76% (Walg, 2010). Hoewel het lokale gezondheidsbeleid wel steeds meer vorm en inhoud krijgt, lijkt het nog onvoldoende ‘volwassen’ (Van der Wal, 2009). Dat geldt ook voor het uitvoeren van IGB om gezondheid van burgers te verbeteren of gezondheidsachterstanden terug te dringen. Gemeenten zijn vaak nog zoekende naar een goede uitvoering hiervan (Storm et al., 2007). Om gemeenten te ondersteunen in een IGB-aanpak van gezondheidsachterstanden is meer kennis nodig op dit gebied. Het RIVM heeft daarom in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) onderzoek gedaan naar de gemeentelijke processen die een rol spelen bij het formuleren en toepassen van IGB in de aanpak van gezondheidsachterstanden¹. De resultaten staan beschreven in deze onderzoeksrapportage.

1.2 Vraagstelling

Het doel van het onderzoek is zicht te krijgen op zowel de beleids*inhoud* als de beleidssamenwerking op gemeentelijk niveau om gezondheidsachterstanden terug te dringen. Voor het onderzoek zijn de volgende onderzoeksvragen geformuleerd:

1. Op welke manier wordt inhoudelijk gewerkt door beleidssectoren binnen en buiten het volksgezondheidsdomein om de gezondheidsachterstanden van burgers terug te dringen?
2. Op welke manier wordt samengewerkt tussen beleidssectoren om de gezondheidsachterstanden van burgers terug te dringen?
3. Wat zijn de bevorderende en belemmerende factoren in de intersectorale samenwerking op gemeentelijk niveau om gezondheidsachterstanden terug te dringen?
4. Wat zijn voor beleidsambtenaren relevante elementen voor een succesvolle intersectorale samenwerking om gezondheidsachterstanden terug te dringen?

¹ Andere gebruikte termen zijn sociaaleconomische gezondheidsverschillen (SEGV) of gezondheid van mensen in een achterstandssituatie. In dit rapport wordt vooral de term gezondheidsachterstanden gebruikt.

Om de eerste drie onderzoeksvragen te beantwoorden zijn ook subvragen geformuleerd,² te weten:

Ad 1. Is er een doelstelling geformuleerd om gezondheidsachterstanden terug te dringen? Welke concrete maatregelen en interventies worden uitgevoerd binnen en buiten het VGZ-domein? Wordt er rekening gehouden met achterstandsgroepen? Worden activiteiten gemonitord en geëvalueerd?

Ad 2. Welke partijen zijn betrokken bij het opstellen en uitvoeren van IGB? Zijn er concrete afspraken gemaakt om intersectoraal samen te werken? Wat zijn de structuur en vorm van samenwerken? Welke rol hebben de verschillende sectoren in de samenwerking? Wat zijn de ervaringen en resultaten?

Ad 3. Welke factoren hebben een positieve of negatieve invloed gehad op de samenwerking? Welke politieke factoren zijn van invloed? Wat zijn voor- en nadelen van samenwerking? Wat zijn overige randvoorwaarden voor het intersectoraal samenwerken?

1.3 Gezondheidsachterstanden

Om (determinanten van) gezondheidsachterstanden aan te pakken is specifiek in Nederland het *model van de commissie Albeda* ontwikkeld (Programmacommissie SEGV, 2001). Dit model geeft vier inhoudelijke aangrijpingspunten om gezondheidsachterstanden te verkleinen.³ Dat betekent dat beleid gericht kan zijn op:

- het verkleinen van verschillen in sociaaleconomische positie, bijvoorbeeld opleiding, beroepsklasse en inkomen (1);
- het verminderen van negatieve effecten van gezondheidsproblemen op opleiding, beroepsklasse en inkomen (2);
- het verbeteren van specifieke determinanten van gezondheid onder lagere sociaaleconomische groepen, zoals woon- en werkomstandigheden en leefstijl (3);
- het verbeteren van toegankelijkheid en effectiviteit van de gezondheidszorg voor lagere sociaaleconomische groepen (4).

Voor elk van de vier aangrijpingspunten (en hiermee samenhangende determinanten) zijn maatregelen en interventies denkbaar. Ook in de VTV 2010 wordt aan de hand van het Albedamodel getoond dat het verminderen van gezondheidsachterstanden vraagt om actie op verschillende terreinen (Van den Berg en Schoemaker, 2010). In Box 1.1 staan enkele voorbeelden.

Box 1.1 Voorbeelden actie op verschillende terreinen

- De sectoren sociale zaken en onderwijs kunnen een rol spelen in het verkleinen van de sociaaleconomische positie.
- De sectoren ruimte, wonen en milieu kunnen van invloed zijn op het verbeteren van woonomstandigheden.
- De sectoren sport en jeugd kunnen, naast de volksgezondheidssector, leefstijl in gunstige zin beïnvloeden.

1.4 Integraal gezondheidsbeleid

IGB kan een belangrijke bijdrage leveren aan zowel het verbeteren van gezondheid als het terugdringen van gezondheidsachterstanden (De Hollander et al., 2006). Dit beleid is er immers op gericht om gezondheid via bijbehorende determinanten in samenhang te beïnvloeden. Voor het terugdringen van gezondheidsachterstanden zijn de hierboven genoemde determinanten van belang. IGB richt zich niet alleen op het individu (onder andere leefstijl), maar ook op zijn of haar omgeving (onder andere

² Zie voor de totstandkoming van de subvragen ook paragraaf 2.4.

³ Met het verkleinen van gezondheidsachterstanden wordt hier bedoeld: het verbeteren van de gezondheid van groepen die het laagst scoren en niet het verslechteren van de gezondheid van groepen die het hoogst scoren (zie ook Bijlage IV voor de figuur van het model van de commissie Albeda).

leefomgeving). In de meest brede zin betekent IGB dat de belangrijkste sectoren binnen en buiten het VGZ-domein gezamenlijk werken aan het aspect gezondheid (zie Box 1.2). Het gezondheidsprobleem is hier het uitgangspunt (in dit rapport: gezondheidsachterstanden). Naast het integraal benaderen van gezondheidsproblemen zijn gemeenten ingevolge de Wet Publieke Gezondheid (WPG) ook verplicht om gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen te bewaken (WPG, 2009). Hier is sprake van IGB in engere zin, omdat het gaat om het bewaken en beïnvloeden van beleid buiten de volksgezondheid. Beleid is dan het uitgangspunt in plaats van het gezondheidsprobleem. Op gemeentelijk niveau komt zowel IGB in de meest brede zin als in engere zin voor om uitvoering te geven aan IGB (Storm et al., 2007).⁴ Er kan naast IGB echter ook sprake zijn van sectoraal beleid met positieve gezondheidseffecten, zoals het terugdringen van taal- en ontwikkelingsachterstanden in het onderwijsbeleid. Dat wil zeggen dat het beleid van de andere sector gezondheid niet als expliciete (neven)doelstelling heeft opgenomen, maar dat dit beleid mogelijk wel een positief effect heeft op gezondheid(sachterstanden). Er is vaak onduidelijkheid over wat nu wel en wat niet verstaan wordt onder IGB. Om te bepalen of er sprake is van IGB of van sectoraal beleid kan de beslisboom over IGB worden gebruikt (zie Bijlage I). Intersectoraal samenwerken is in ieder geval een belangrijke voorwaarde om uitvoering te geven aan IGB. De aanpak en geformuleerde doelstellingen rond gezondheidsachterstanden hangen af van de besluiten binnen de gemeente (zie Bijlage I).

Box 1.2 Definities

Integraal gezondheidsbeleid

Integraal gezondheidsbeleid is beleid waarbij de belangrijkste relevante sectoren binnen en buiten het volksgezondheidsdomein in samenhang samenwerken aan het aspect gezondheid. Hierbij is het gemeenschappelijke doel het bevorderen of beschermen van gezondheid.⁵

Intersectorale samenwerking

Intersectorale samenwerking is samenwerking tussen verschillende beleidssectoren op hetzelfde bestuursniveau en een belangrijke voorwaarde om uitvoering te geven aan IGB.

Integrale aanpak

De uitwerking van integraal gezondheidsbeleid is de integrale aanpak. Kenmerken ervan zijn:

- Een integrale aanpak wordt door meerdere partijen (regionaal/lokaal) uitgevoerd.
- Een integrale aanpak bestaat uit een mix van verschillende interventiemaatregelen.
- Daarbij worden zoveel mogelijk kansrijke interventies ingezet.
- Deze interventies zijn gericht op verschillende doelgroepen in verschillende settings.

1.5 Landelijke beleidsontwikkelingen

De beleidsontwikkelingen op het gebied van IGB en gezondheidsachterstanden hangen nauw met elkaar samen. Dat het belang van IGB wordt ondersteund door het ministerie van VWS blijkt uit de kabinetsvisie Gezond zijn, gezond blijven (VWS, 2007). Deze kabinetsvisie zet een aantal langjarige lijnen en denkkaders uit, waarmee het ministerie maar vooral ook haar partners strategieën en actieplannen gaan ontwikkelen voor een gezond Nederland. De visie bevat een agenda om het beleid en de uitvoering te versterken en veranderen. Een van de aanbevelingen is om uitvoering te geven aan integraal gezondheidsbeleid, zowel op rijksniveau als op gemeentelijk niveau. In 2008 hebben de ministeries van VWS en Wonen, Wijken en Integratie (WWI) het ‘Beleidsplan aanpak

⁴ De ontwikkelingen op het gebied van IGB staan beschreven in de publicatie Integraal gezondheidsbeleid: theorie en toepassing (Storm et al., 2007).

⁵ Indien twee sectoren samenwerken aan het aspect gezondheid, waarbij het gemeenschappelijke doel is het bevorderen of beschermen van gezondheid, spreekt men van intersectoraal gezondheidsbeleid. Beide worden afgekort als IGB.

gezondheidsverschillen op basis van sociaaleconomische achtergronden' aan de Tweede Kamer aangeboden. In dit beleidsplan beschrijven zij de ambitie en de aanpak van het kabinet om vermijdbare gezondheidsachterstanden in Nederland terug te dringen. De verwachting is dat minder grote verschillen in levensverwachting op basis van sociaaleconomische achtergronden te bereiken zijn met een effectief preventiebeleid. Het kabinet hecht aan een integrale en decentrale aanpak, waarbij de inzet van partijen die belang bij en invloed op gezondheid hebben, zoals gemeenten, werkgevers en scholen, onontbeerlijk is (VWS en WWI, 2008; VWS, 2009). De Raad voor Volksgezondheid en Zorg (RVZ) stelt ook dat de sleutel voor meer gezondheidswinst bij intersectoraal gezondheidsbeleid ligt. Dat blijkt uit het rapport 'Buiten gebaande paden. Advies over intersectoraal gezondheidsbeleid' (RVZ, 2009).

1.6 Afbakening

In dit onderzoek over intersectoraal samenwerken in de aanpak van gezondheidsachterstanden op gemeentelijk niveau is er zowel aandacht voor de beleidsinhoud als de beleidssamenwerking. Voor wat betreft de manier waarop gemeenten inhoudelijk (samen)werken aan gezondheidsachterstanden zal in dit rapport niet worden ingegaan op de mogelijke effecten van gemeentelijke beleidsmaatregelen, programma's of projecten. Andere onderzoeken van het RIVM richten zich wel op de gezondheidseffecten, zoals van leefstijlinterventies voor groepen met een lage SES (Busch en Schrijvers, 2010) en de gezondheidseffecten van maatregelen in de fysieke en sociale leefomgeving van groepen met een lage SES (Savelkoul et al., in press). Ook deze onderzoeken zijn in opdracht van het ministerie van VWS uitgevoerd.

1.7 Doelgroep rapport

Deze onderzoeksrapportage is bedoeld voor beleidsambtenaren binnen en buiten het VGZ-domein, GGD-adviseurs gemeentelijk gezondheidsbeleid, onderzoekers op het gebied van IGB en andere geïnteresseerden. De opgedane kennis zal een plek krijgen in de handleiding Gezonde gemeente die momenteel door het Centrum Gezond Leven (CGL) van het RIVM in samenwerking met andere partijen wordt ontwikkeld. Voor het ministerie van VWS wordt aan de hand van dit rapport nog een apart advies opgesteld om intersectorale samenwerking rond gezondheid(sachterstanden) op gemeentelijk niveau verder te stimuleren.

1.8 Leeswijzer

Dit onderzoeksrapport bestaat uit acht hoofdstukken. Hoofdstuk 2 beschrijft de werkwijze van het onderzoek. In hoofdstuk 3 wordt ingegaan op de deelnemende gemeenten in dit onderzoek. Hoofdstuk 4 bevat de resultaten van de manier waarop gemeenten beleidsinhoudelijk werken aan het terugdringen van gezondheidsachterstanden. Hoofdstuk 5 beschrijft het verloop van de samenwerking tussen de diverse beleidssectoren. Hoofdstuk 6 bevat de belemmerende en bevorderende factoren om intersectoraal samen te werken op gemeentelijk niveau. In hoofdstuk 7 wordt concluderend ingegaan op relevante elementen voor gemeentelijke beleidsambtenaren om intersectoraal samenwerken rond gezondheid(sachterstanden) (verder) vorm en inhoud te geven. Aan het eind van de hoofdstukken 4 tot en met 7 staan de resultaten per onderzoeksvraag kort samengevat (zie ook paragraaf 2.6). Hoofdstuk 8, tot slot, bevat algemene conclusies en discussie met betrekking tot dit rapport.

2 Werkwijze

2.1 Inleiding

Om het onderzoek over het formuleren en toepassen van integraal gezondheidsbeleid (IGB) uit te voeren zijn verschillende stappen doorlopen (zie Box 2.1). Dit onderzoek, bestaande uit digitale vragenlijsten en semigestructureerde interviews, is uitgevoerd onder gemeentelijke beleidsambtenaren (op hetzelfde bestuursniveau),⁶ zowel binnen als buiten de sector volksgezondheid (VGZ).

Box 2.1 Stappen in het onderzoek					
Stap 1 →	Stap 2 →	Stap 3 →	Stap 4 →	Stap 5 →	Stap 6
Grove screening nota's LGB	Selectie gemeenten	Werving deelnemende gemeenten	Digitale vragenlijst beleidsambtenaren 6-11 sectoren	Interviews beleidsambtenaren 2 sectoren	Werkconferentie
50 gemeenten	24 gemeenten	16 gemeenten	123 vragenlijsten	32 interviews	39 deelnemers
februari 2009	maart 2009	april-mei 2009	mei-juli 2009	juli-november 2009	december 2009

In het onderzoek heeft de interne werkgroep SEGV van het RIVM de uitvoering van het onderzoek bewaakt. Op onderdelen van het onderzoek is ook externe input gevraagd (zie Bijlage II voor betrokkenen in het onderzoek).

2.2 Screening nota's en selectie gemeenten (stap 1 en 2)

Om een steekproef van gemeenten voor het onderzoek te krijgen zijn overkoepelende organisaties benaderd, te weten de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG), de Inspectie voor Gezondheid en Zorg (IGZ), en het Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ). Er is gevraagd van welke gemeenten bekend is dat zij activiteiten hebben op het gebied van het terugdringen van gezondheidsachterstanden (SEGV) en/of integraal gezondheidsbeleid (IGB). Op basis hiervan zijn vijftig gemeenten naar voren gekomen,⁷ waarvan de nota's Lokaal gezondheidsbeleid (LGB) zijn opgevraagd en gescreend aan de hand van de criteria:

- gezondheidsachterstanden als erkend probleem en/of doelstelling in de nota LGB;
- IGB-activiteiten wel of niet beschreven in de nota LGB.

Verder is bij de selectie ook rekening gehouden met grootte en spreiding van gemeenten:

- variatie in grootte van gemeenten (G4, G27 met krachtwijken, G27 en groeigemeenten zonder krachtwijken, en kleinere gemeenten)⁸;
- enige spreiding voor wat betreft ligging in Nederland, waarbij zoveel mogelijk rekening is gehouden met andere onderzoeken op het gebied van integraal gezondheidsbeleid.

Voor het vaststellen of een gemeente wel of geen krachtwijk heeft, is gebruikgemaakt van de Nationale Atlas Volksgezondheid (Verweij et al., 2007; Deuning en Den Hertog, 2008). Uiteindelijk zijn aan de hand van de bovenstaande criteria 24 gemeenten geselecteerd die konden worden benaderd om deel te

⁶ In gemeenten zijn er drie niveaus te onderscheiden, te weten operationeel niveau (beleidsambtenaren), tactisch niveau (afdelingshoofden) en strategisch niveau (portefeuillehouders).

⁷ In dit onderzoek zijn niet alle gemeenten benaderd met activiteiten op het gebied van IGB in hun nota LGB, maar is alleen gebruikgemaakt van de aangedragen gemeenten door de overkoepelende organisaties.

⁸ In de loop van het onderzoek is het aantal grote steden uitgebreid van G27 naar G32.

nemen aan het onderzoek. Voor alle duidelijkheid: dit betreft geen random steekproef, maar een selectie van gemeenten die uitgezocht zijn en in meer of mindere mate actief zijn op het gebied van IGB.

2.3 Werving deelnemende gemeenten (stap 3)

Na selectie is aan de 24 geselecteerde gemeenten gevraagd mee te werken aan het onderzoek. Voor het benaderen van de gemeenten is een protocol opgesteld. In dit protocol zijn de volgende fasen doorlopen: (1) contact met de beleidsadviseurs van GGD'en behorende bij deze gemeenten om hen te informeren over het onderzoek en voor de contactgegevens van de beleidsambtenaar VGZ⁹, (2) contact met de beleidsambtenaar VGZ om hen te informeren over het onderzoek en hun te vragen om deel te nemen (zie Bijlage III), (3) opnieuw contact met de beleidsambtenaar VGZ na één tot twee weken bedenktijd over definitief besluit deelname en voor contactgegevens van beleidsambtenaren buiten VGZ, (4) contact met beleidsambtenaren buiten VGZ om hun te vragen ook deel te nemen aan het onderzoek. Met twee gemeenten is afgesproken dat de beleidsambtenaar VGZ zelf persoonlijk contact zocht met de beleidsambtenaren buiten de sectoren VGZ, omdat dit een goede aanleiding was de relaties met de andere beleidssectoren weer 'aan te halen'. De betrokken beleidssectoren buiten VGZ in het onderzoek zijn jeugd, onderwijs, sport, ruimte, wonen, milieu, mobiliteit, sociale zaken, integratie, gezondheid en veiligheid.¹⁰ In totaal waren zestien gemeenten bereid om deel te nemen. Redenen voor gemeenten om niet mee te doen waren onvoldoende tijd, onvoldoende activiteiten op het gebied van IGB of zwangerschap beleidsambtenaar VGZ. Eén gemeente heeft in een later stadium nog aangegeven mee te willen doen, waardoor de beleidsambtenaren buiten de VGZ-sector niet meer persoonlijk benaderd zijn voor deelname. Het onderzoek en de werving van gemeenten zijn via informatie en een presentatie kortgesloten met de VNG.

2.4 Digitale vragenlijsten en verdiepende interviews (stap 4 en 5)

Voor het opstellen van de vragen voor zowel de digitale vragenlijsten als de verdiepende interviews zijn de onderzoeksvragen van het ministerie van VWS leidend geweest. Aanvullend is in de literatuur gezocht naar modellen en factoren die mogelijk een rol spelen bij het *formuleren en toepassen* van integraal gezondheidsbeleid (zie Bijlage IV). Op basis hiervan zijn conceptvragen opgesteld voor de digitale vragenlijst en semigestructureerde interviews. Deze vragenlijsten zijn voorgelegd aan een interne werkgroep SEGV van het RIVM. Om de digitale vragenlijst op gemeentelijk niveau te testen is een pilot uitgevoerd in twee (niet deelnemende) gemeenten bij de beleidssectoren VGZ, onderwijs en jeugd. De vragen zijn hierna definitief gemaakt en te vinden in Bijlage V. Allereerst is gestart met het uitzetten van 155 digitale vragenlijsten in de gemeenten. Deze vragenlijsten zijn per e-mail verstuurd aan beleidsambtenaren – die bereid waren tot deelname – van zes tot elf verschillende beleidssectoren. Vervolgens zijn 32 semigestructureerde interviews uitgevoerd. Hiervoor zijn beleidsambtenaren van twee verschillende beleidssectoren benaderd per deelnemende gemeente (zestien binnen en zestien buiten de sector VGZ). In de interviews zijn drie andere sectoren betrokken waar de sector VGZ vaak mee samenwerkt in de aanpak van gezondheid(sachterstanden), en één sector waar de sector VGZ

⁹ In een aantal gemeenten is de functie van beleidsambtenaar VGZ ondergebracht bij de sector gezondheid of zorg. Het gaat om beleidsambtenaren die zijn betrokken bij het opstellen en uitvoeren van de nota LGB. In de grotere gemeenten is de functie van de beleidsambtenaar VGZ verweven met de functie van de GGD-beleidsadviseur. Ondanks deze verschillen wordt in dit rapport steeds gesproken over beleidsambtenaren VGZ.

¹⁰ Niet in alle gemeenten zijn deze sectoren in deze hoedanigheid aanwezig, maar in alle gemeenten zijn de benaderde beleidsambtenaren wel verantwoordelijk voor deze beleidsonderwerpen.

minder vaak mee samenwerkt. De sectoren die benaderd werden voor de interviews zijn gebaseerd op de uitkomsten van de digitale vragenlijsten; deelname van de sector VGZ was in dit onderzoek verplicht (zie verder paragraaf 3.3).

2.5 Organiseren van een werkconferentie (stap 6)

Ter afsluiting van het onderzoek heeft het RIVM in opdracht van VWS ook een werkconferentie ‘Samenwerken op lokaal niveau: van succes- en faalfactoren naar actiepunten’ georganiseerd. Het doel van deze werkconferentie was te discussiëren over de vraag hoe lokale intersectorale samenwerking verder gestimuleerd kan worden om de gezondheid van mensen in een achterstandssituatie te verbeteren. Tijdens de werkconferentie zijn de voorlopige resultaten uit het bovengenoemde onderzoek en twee visies vanuit de praktijk gepresenteerd. Hierop aansluitend is in vijf werkgroepen gediscussieerd met beleidsambtenaren binnen en buiten het VGZ-domein, GGD-adviseurs gemeentelijk gezondheidsbeleid, onderzoekers op het gebied van IGB en andere geïnteresseerden. In totaal hebben 39 mensen deelgenomen aan deze werkconferentie. Op basis van de uitkomsten in de werkgroepen zijn concrete actiepunten voor verdere intersectorale samenwerking geformuleerd. Van deze werkconferentie is een apart verslag beschikbaar. Verschillende actiepunten uit deze werkconferentie komen ook terug in hoofdstuk 7 van deze rapportage (RIVM, 2010).

2.6 Dataverzameling en analyse

De beschikbare data zijn zowel afkomstig uit de digitale vragenlijsten als uit de verdiepende interviews van zestien gemeenten. Aanvullend is gebruikgemaakt van documenten, zoals nota's lokaal gezondheidsbeleid en/of nota's van andere beleidssectoren. De dataverzameling heeft betrekking op:

- *beleidsinhoud*: de manier waarop inhoudelijk wordt gewerkt aan het verbeteren van de gezondheid en/of het terugdringen van gezondheidsachterstanden;
- *beleidssamenwerking*: het verloop van de samenwerking tussen de beleidssectoren en welke belemmerende en bevorderende factoren hierop van invloed zijn.

De data uit de digitale vragenlijsten zijn verwerkt met SPSS17.0.¹¹ De interviews zijn opgenomen met digitale voicerecorder en samengevat in een verslag. De verslagen zijn ter goedkeuring teruggekoppeld aan de geïnterviewden.

Tabel 2.1 geeft weer welke elementen zijn gebruikt in de analyse van de digitale vragenlijsten en verdiepende interviews. In de analyse van de resultaten is gekeken naar verschillende eenheden, te weten:

- *Beleidsambtenaren*; de meeste elementen zijn geanalyseerd per beleidsambtenaar, dat wil zeggen dat geen rekening is gehouden met het feit dat de ambtenaren binnen of buiten de sector VGZ werkzaam zijn.
- *Beleidssectoren*; een aantal elementen is geanalyseerd per beleidssector of per beleidsveld. Voor de beleidsvelden is de indeling van de Vereniging Nederlandse gemeenten (VNG) gebruikt, te weten: (1) jeugd, onderwijs en sport, (2) sociale zaken, integratie en zorg, (3) ruimte, wonen, milieu en mobiliteit, (4) veiligheid (www.vng.nl, geraadpleegd 2009).
- *Gemeenten*; een aantal elementen is geanalyseerd per gemeente.

In dit rapport wordt vooral een kwalitatieve beschrijving gegeven van zowel kwantitatieve (vragenlijsten) als kwalitatieve gegevens (interviews). De reden hiervoor is dat het geen representatieve steekproef van gemeenten betreft. Dat betekent ook dat de resultaten uit dit rapport niet representatief zijn voor alle Nederlandse gemeenten.

¹¹ De statische toetsing van de verzamelde gegevens valt buiten dit rapport, omdat het geen representatieve steekproef van gemeenten betreft (zie Tabel 2.1).

Tabel 2.1 Analyse van de gegevens uit de digitale vragenlijsten en interviews

Intersectoraal samenwerken in aanpak gezondheidsachterstanden		
Beleidsinhoud (onderzoeksvraag 1→ hoofdstuk 4)	Beleidsproces (onderzoeksvraag 2→ hoofdstuk 5)	Belemmerende en bevorderende factoren (onderzoeksvraag 3→ hoofdstuk 6)
Doelstelling (4.1) Prioriteit/onderwerp in beleid - gezondheid(sachterstanden) (4.2) - oorzaken gezondheidsachterstanden (4.3) Uitvoerende activiteiten, zoals maatregelen, interventies, projecten (4.4) Aandacht doelgroepen (4.5) Monitoring en evaluatie (4.6)	Betrokken actoren (5.1) Concrete afspraken (5.2) Structuur en vorm samenwerking (5.3) Belang van samenwerking (5.4) Rol van actoren (5.5) Resultaten en ervaringen (5.6)	Factoren met positieve en negatieve invloed (6.1) Politieke factoren en context (6.2) Voor- en nadelen (6.3) Overige randvoorwaarden, zoals deskundigheid, kennis en informatie, ondersteuning (6.4)



Relevante elementen voor een succesvolle IGB-aanpak (onderzoeksvraag 4→ hoofdstuk 7)

3 Deelnemende gemeenten

3.1 Kenmerken deelnemende gemeenten

In totaal zijn er zestien gemeenten geïncludeerd in het onderzoek (zie Box 3.1). Deze zestien gemeenten hebben alle gezondheidsachterstanden als probleem gedefinieerd in hun nota lokaal gezondheidsbeleid (LGB). Zij besteden ook in meer of mindere mate aandacht aan integraal gezondheidsbeleid (IGB) in deze nota.¹² De deelnemende gemeenten verschillen in grootte en liggen enigszins verspreid in Nederland. Van deze gemeenten hebben acht gemeenten wel krachtwijken en acht gemeenten geen krachtwijken.

Box 3.1 Kenmerken geïncludeerde gemeenten

Kenmerken in nota Lokaal gezondheidsbeleid:

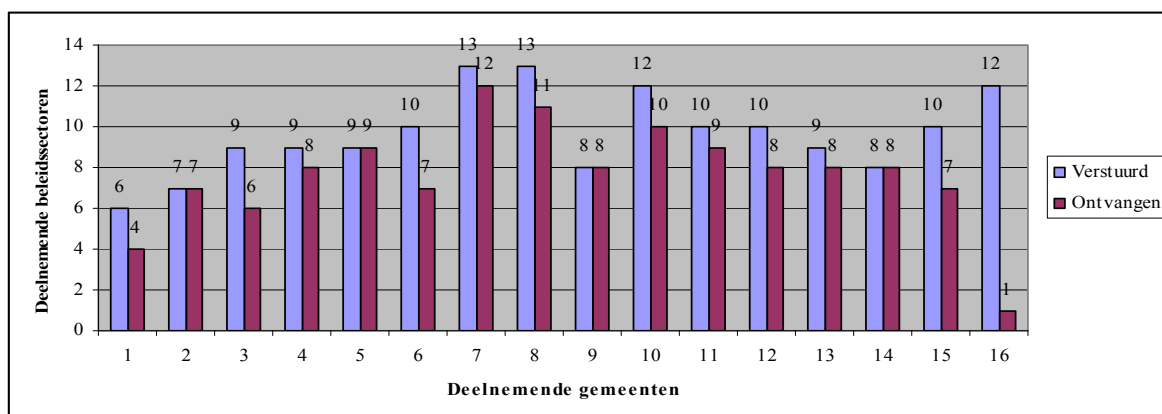
- gezondheidsachterstanden als erkend probleem;
- activiteiten op het gebied van integraal gezondheidsbeleid.

Kenmerken gemeenten:

- 3x G4-gemeenten, 5x G32 met krachtwijken, 3x G32 zonder krachtwijken, en 5x gemeenten < 45.000 inwoners;
- 8 gemeenten met krachtwijken en 8 gemeenten zonder krachtwijken;
- enige spreiding in Nederland.

3.2 Digitale vragenlijsten beleidsambtenaren

Voor het onderzoek onder 16 gemeenten zijn in totaal 155 digitale vragenlijsten verstuurd naar de beleidsambtenaren van verschillende beleidssectoren. Hiervan zijn 123 vragenlijsten geretourneerd, dat betekent een respons van 79%. In Figuur 3.1 staat de respons per gemeente weergegeven.



Figuur 3.1 Respons digitale vragenlijsten

¹² In het onderzoek is ook geprobeerd gemeenten te betrekken zonder IGB-activiteiten in de nota LGB, maar dat is niet gelukt (zie ook paragraaf 2.3).

Er zijn vier gemeenten met een maximale respons, afkomstig uit alle vier de categorieën (G4, G32 met krachtwijk, G32 zonder krachtwijk en een kleine gemeente). Eén gemeente heeft een zeer lage respons. Dat komt doordat deze gemeente pas in een laat stadium is ingestroomd in het onderzoek, waardoor de beleidsambtenaren uit deze gemeente niet meer persoonlijk benaderd zijn voor deelname. De beleidsambtenaren van de overige vijftien gemeenten zijn wel allemaal persoonlijk benaderd. Indien alleen wordt gekeken naar deze gemeenten, is de respons 85%. De respondenten van de digitale vragenlijsten zijn vooral beleidsmedewerkers en beleidsadviseurs.¹³ De vragenlijsten zijn soms ingevuld door programmamanagers, teamleiders, beleidsontwikkelaars en projectleiders. Deze beleidsambtenaren werken gemiddeld tussen de 24 en 38 uur. De sectoren integratie, mobiliteit, zorg en sport werken gemiddeld het meeste aantal uren. Beleidsambtenaren volksgezondheid (VGZ) besteden gemiddeld 24 van de 32 uur aan LGB. Andere uren worden bijvoorbeeld besteed aan de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO), Wonen-Welzijn-Zorg (WWZ) en de Centra voor Jeugd en Gezin (CJG), maar ook aan teamleiderschap.

3.3 Verdiepende interviews beleidsambtenaren

In het kader van dit onderzoek zijn in de 16 gemeenten 32 interviews afgenomen. Hiervan hebben zestien interviews plaatsgevonden met beleidsambtenaren binnen het VGZ-domein. Op basis van de resultaten uit de digitale vragenlijsten zijn de overige zestien interviews verdeeld over vier categorieën, te weten onderwijs/jeugd, sport, sociale zaken en wonen/ruimte (zie Tabel 3.1). De sectoren onderwijs/jeugd en wonen/ruimte vallen onder dezelfde categorie, omdat deze beleidsonderwerpen vaak onder de verantwoordelijkheid van dezelfde beleidsambtenaar vallen (vooral in de kleinere gemeenten). Er is gekozen voor interviews met beleidsambtenaren uit de categorieën onderwijs/jeugd, sport en sociale zaken, omdat de beleidsambtenaar VGZ daar regelmatig mee blijkt samen te werken. De beleidsambtenaren uit de categorie wonen/ruimte zijn betrokken omdat de beleidsambtenaar VGZ hier weliswaar minder mee samenwerkt, maar zegt dit wel graag te willen.

Tabel 3.1 Betrokken beleidssectoren in de verdiepende interviews

Beleidssectoren	Aantal interviews	Grootte gemeenten			
		G4 met krachtwijk	G32 met krachtwijk	G32 zonder krachtwijk	Kleinere gemeenten zonder krachtwijk
VGZ	16	3	5	3	5
Onderwijs/jeugd	4		2		2
Sport	4	1	1	2	
Sociale zaken ¹⁴	4	1	1	1	1
Wonen/Ruimte ¹⁵	4	1	1		2
Totaal	32	6	10	6	10

Vergelijkbaar met de digitale vragenlijsten zijn de geïnterviewde beleidsambtenaren vooral werkzaam als (senior) beleidsmedewerkers of (senior) beleidsadviseurs (zie Bijlage VI)¹⁶.

¹³ In de volgende hoofdstukken wordt over respondenten gesproken als het gaat om beleidsambtenaren binnen en buiten de sector VGZ die de digitale vragenlijsten hebben ingevuld.

¹⁴ In één gemeente wordt de beleidssector samenleving genoemd, maar deze is ondergebracht bij de categorie sociale zaken.

¹⁵ In één gemeente is sprake van de beleidssector milieu, waar ruimte als beleidsonderwerp is ondergebracht.

¹⁶ In de volgende hoofdstukken wordt over geïnterviewden gesproken als het gaat om beleidsambtenaren binnen en buiten VGZ die hebben meegewerkt aan de semigestructureerde interviews.

4 Gezondheidsachterstandenbeleid in gemeenten

Dit hoofdstuk beschrijft de resultaten van de manier waarop de zestien gemeenten beleidsinhoudelijk invulling geven aan het terugdringen van gezondheidsachterstanden (de eerste onderzoeksvraag).¹⁷ Er wordt ingegaan op gezondheidsachterstanden als doelstelling, gezondheidsachterstanden (en hiermee samenhangende oorzaken) als onderwerp in het beleid, uitvoerende activiteiten vanuit beleidssectoren, aandacht voor doelgroepen in beleid, monitoring en evaluatie van activiteiten.¹⁸ Deze resultaten zijn afkomstig uit zowel de digitale vragenlijsten (123 respondenten) als de verdiepende interviews (32 geïnterviewden) en op enkele onderdelen aangevuld met informatie uit de zestien gemeentelijke nota's Lokaal gezondheidsbeleid (LGB).

4.1 Doelstellingen voor gezondheidsachterstanden

Uit de nota's LGB van de zestien gemeenten en de interviews met beleidsambtenaren volksgezondheid (VGZ) blijkt dat veertien van de zestien gemeenten expliciet een doelstelling hebben geformuleerd om gezondheidsachterstanden van burgers terug te dringen. Deze doelstellingen worden als hoofddoelstelling of een missie gepresenteerd, maar zijn vaak nog vrij breed of abstract geformuleerd. Zo noemen de meeste gemeenten het verkleinen van gezondheidsverschillen tussen (groepen) burgers als doelstelling (zie Bijlage VII). Er wordt niet concreet aangegeven met hoeveel jaar het wenselijk is de verschillen in levensverwachting terug te dringen tussen mensen met een lage en mensen met een hoge SES. Doelstellingen worden eerder concreet rond thema's uit de landelijke preventienota, zoals het terugdringen van overgewicht met een bepaald percentage. Hierdoor is er een verschil in het niveau van de geformuleerde doelstellingen. De twee gemeenten zonder expliciete doelstelling om gezondheidsachterstanden terug te dringen geven aan wel aandacht te hebben voor achterstandsgroepen via LGB. Dit wordt niet expliciet benoemd als het terugdringen van gezondheidsachterstanden. Het kan ook voorkomen dat gezondheidsachterstanden als doelstelling zijn opgenomen in ander beleid dan het beleid van de VGZ. In Box 4.1 staat een voorbeeld van een gemeente waar het terugdringen van gezondheidsachterstanden is ondergebracht bij het beleid van de beleidssector onderwijs.

Box 4.1 Voorbeeld uit nota Lokaal integraal onderwijsbeleid

Uitgaande van de visie op participatie en de wens om problemen integraal te benaderen en aan te pakken, willen we samenhang/afstemming met verschillende beleidsterreinen. Voor gezondheidsbeleid zijn de volgende relaties met onderwijsbeleid gelegd: (1) gezondheid bevordert de onderwijsprestaties en vergroot de kans op een volwaardige participatie in onze samenleving, (2) aansprekende onderwijsresultaten hebben een positieve invloed op zich gezond voelen en gezond zijn, (3) door sociaaleconomische gezondheidsverschillen (SEGV) aan te pakken worden/blijven mensen gezond(er), waardoor er betere leerprestaties worden geleverd, wat weer een betere positie oplevert op de arbeidsmarkt.

¹⁷ Bij de interpretatie is het van belang er rekening mee te houden dat het gaat om zestien gemeenten die al in meer of mindere mate activiteiten hebben beschreven en ontwikkeld op het gebied van integraal gezondheidsbeleid (IGB).

¹⁸ Zie Bijlage V voor de bijbehorende vragen van deze elementen.

4.2 Gezondheid(sachterstanden) als onderwerp in beleid

4.2.1 Beleidssectoren werken vaker aan gezondheid dan expliciet aan gezondheidsachterstanden

Tabel 4.1 laat zien dat honderd beleidsambtenaren vanuit de eigen beleidssector werken aan het verbeteren van gezondheid (81%). Gezondheid heeft echter niet altijd prioriteit in het eigen beleid (59%). In vergelijking met het verbeteren van gezondheid (in het algemeen) blijkt dat beleidsambtenaren met hun beleid minder vaak expliciet bijdragen aan het terugdringen van gezondheidsachterstanden (56%). Dit heeft in het beleid ook minder prioriteit (42%). De vragen uit het onderzoek hebben betrekking op het beleid in gemeenten in het afgelopen jaar. In de paragrafen 4.3 en 4.4 staan verder beschreven op welke manier gewerkt wordt aan gezondheidsachterstanden.

Tabel 4.1 Gezondheid(sachterstanden) als onderwerp in beleid

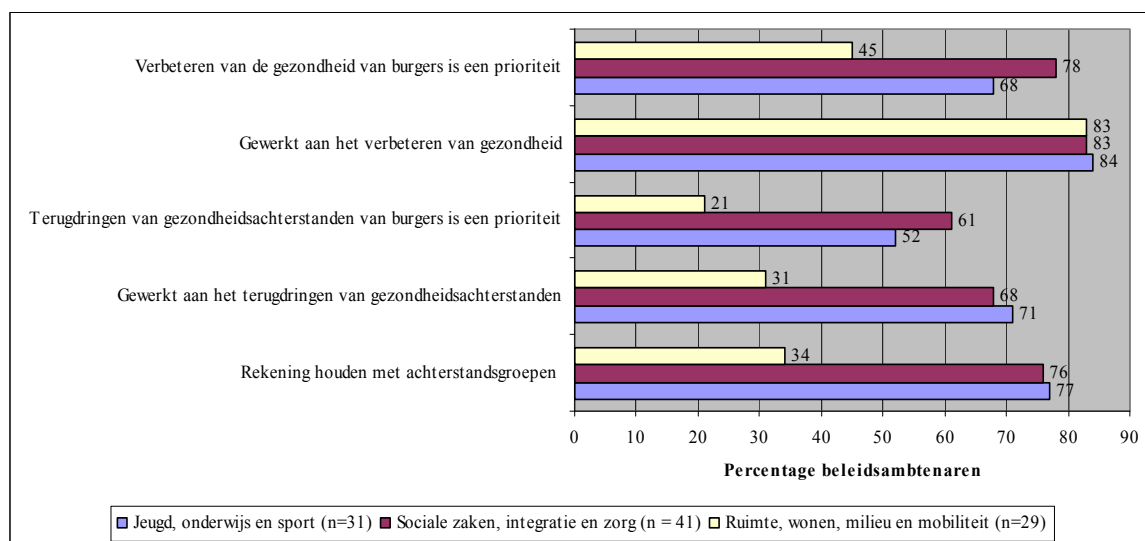
Prioriteiten en doelstellingen in beleid	Aantal respondenten (n=123)	Percentage
Gezondheid als prioriteit binnen de eigen beleidssector	73	59%
Werken aan gezondheid vanuit de eigen beleidssector	100	81%
Gezondheidsachterstanden als prioriteit binnen de eigen beleidssector	52	42%
Werken aan gezondheidsachterstanden vanuit de eigen beleidssector	69	56%

4.2.2 Sociale beleidssectoren dragen vaker bij aan terugdringen gezondheidsachterstanden

Er is in dit onderzoek gekeken naar het verschil in aandacht voor het terugdringen van gezondheidsachterstanden tussen het beleid van de sociale en fysieke sectoren, met als doel om te beoordelen of zij op verschillende manieren aandacht besteden aan gezondheid(sachterstanden) in hun beleid. De resultaten hiervan staan weergegeven in Figuur 4.1.¹⁹

Het is opvallend dat er weinig verschillen bestaan tussen beleidssectoren die werken aan het verbeteren van gezondheid. Er is echter wel degelijk een verschil als het gaat om het terugdringen van gezondheidsachterstanden. Door de beleidsvelden jeugd, onderwijs en sport (n = 31) en sociale zaken, integratie en zorg (n = 41) wordt vaker aan gezondheidsachterstanden gewerkt dan het geval is bij de beleidsvelden ruimte, wonen, milieu en mobiliteit (n = 29). De resultaten laten ook zien dat de fysieke beleidssectoren in hun beleid minder rekening houden met achterstandsgroepen.

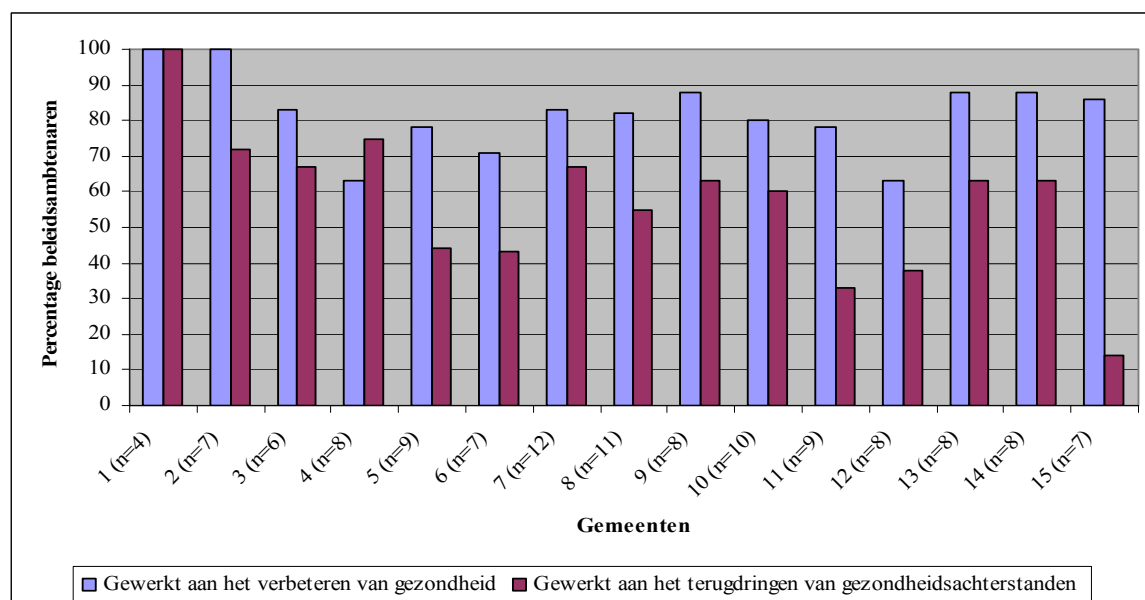
¹⁹ Fysieke sectoren zijn hier de beleidsterreinen, zoals ruimte, wonen, milieu, mobiliteit en veiligheid. Sociale sectoren zijn hier de sociale beleidsterreinen, zoals jeugd, onderwijs, sport, sociale zaken en zorg. Zie VNG-indeling beleidsvelden in paragraaf 2.6. De sectoren veiligheid (n = 10) en anders (n = 12) zijn hier vanwege de kleinere aantallen buiten beschouwing gelaten.



Figuur 4.1 Gezondheid(sachterstanden) als onderwerp bij verschillende beleidsvelden

4.2.3 Verschillen tussen gemeenten in het werken aan gezondheidsachterstanden

Bijna alle gemeenten hebben doelstellingen of een missie geformuleerd om gezondheidsachterstanden terug te dringen (zie paragraaf 4.1). Figuur 4.2 laat echter zien dat het werken hieraan per gemeente zeer kan verschillen.²⁰ Dat betekent dat door de sector VGZ wel wordt gewerkt aan het terugdringen van gezondheidsachterstanden, maar dit geldt niet altijd voor de andere sectoren van de desbetreffende gemeente. Verschillen tussen gemeenten lijken minder groot wanneer gewerkt wordt aan het verbeteren van de gezondheid in het algemeen.



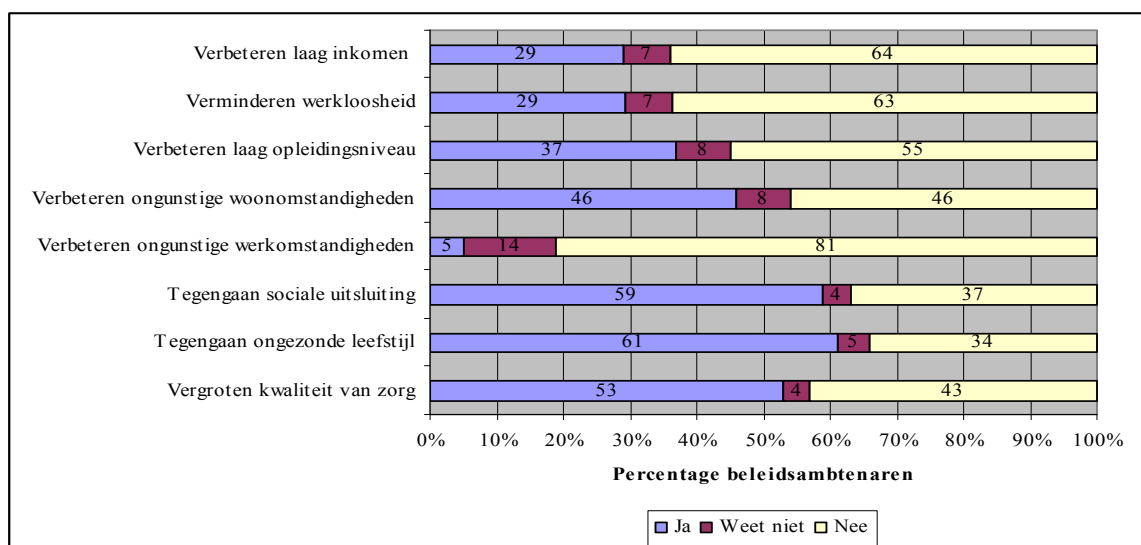
Figuur 4.2 Gezondheid(sachterstanden) als onderwerp per gemeente

²⁰ Eén gemeente is hier vanwege te weinig respons op de digitale vragenlijsten buiten beschouwing gelaten. Zie Bijlage VII, Tabel 2 voor percentages uit Figuur 4.2.

4.3 Aandacht oorzaken gezondheidsachterstanden in beleid

4.3.1 Sociaaleconomische positie en ongunstige werkomstandigheden krijgen minder aandacht

Om ongunstige omstandigheden van gezondheidsachterstanden aan te pakken is volgens de commissie Albeda actie nodig op de vier aangrijpingspunten en hiermee samenhangende determinanten (zie paragraaf 1.3). Dat betekent onder andere actie gericht op het verkleinen van verschillen in sociaaleconomische positie (1), het verbeteren van woon- en werkomstandigheden en leefstijl (3), en het verbeteren van de toegankelijkheid en effectiviteit van zorg (4)²¹. Uit Figuur 4.3 blijkt dat de 123 respondenten vooral werken aan het tegengaan van een ongezonde leefstijl, het tegengaan van sociale uitsluiting en het vergroten van de kwaliteit van zorg. In mindere mate wordt gewerkt aan het verbeteren van ongunstige woonomstandigheden, het verbeteren van een laag opleidingsniveau, het verminderen van werkloosheid en het verbeteren van laag inkomen.²² De respondenten geven aan nauwelijks te werken aan het verbeteren van ongunstige werkomstandigheden. Dat door gemeenten weinig aandacht wordt besteed aan ongunstige werkomstandigheden is mogelijk te verklaren doordat de rol van de gemeente hierin beperkt is. Zo bepaalt het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) het kader op het gebied van arbeidsomstandigheden en nemen werkgevers zelf maatregelen om arbeidsomstandigheden te verbeteren (Wolters en Boorsma, 2006).



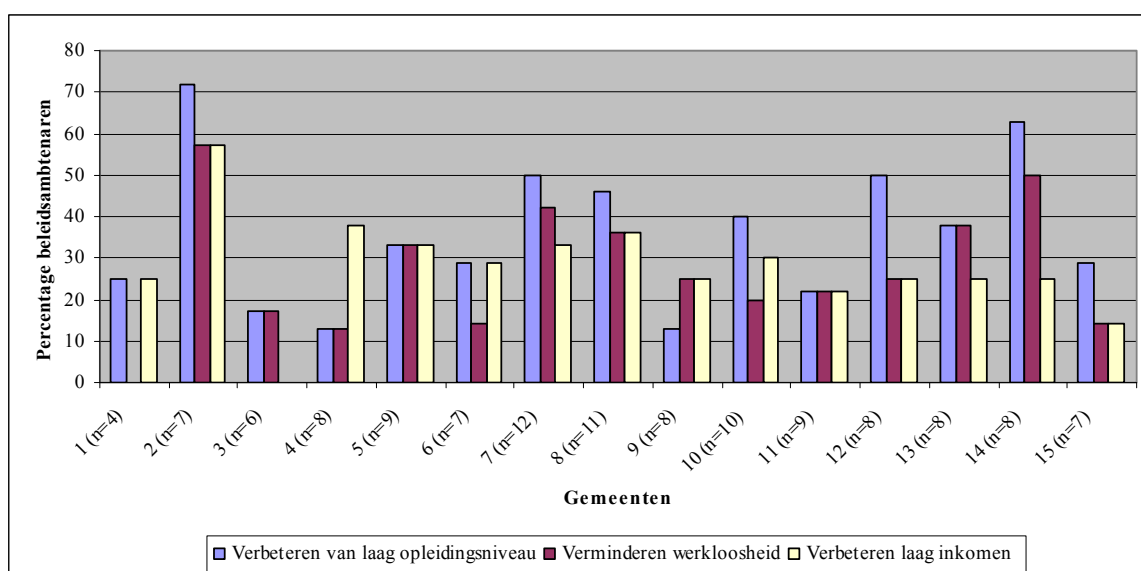
Figuur 4.3 Verbeteren ongunstige omstandigheden bij achterstandsgroepen

²¹ In de digitale vragenlijsten is niet expliciet gevraagd naar het verminderen van negatieve effecten van gezondheidsproblemen op opleiding, beroepsklasse en inkomen (aangrijpingspunt 2 uit het model van de commissie Albeda).

²² Bij de interpretatie van de gegevens is het van belang rekening te houden met de beleidsambtenaren die de digitale vragenlijsten hebben geretourneerd. De beleidsambtenaren van de sectoren onderwijs, sociale zaken, wonen en ruimte hebben de digitale vragenlijsten minder vaak ingevuld dan de sectoren VGZ, jeugd, sport, milieu, veiligheid en zorg (zie Bijlage VI).

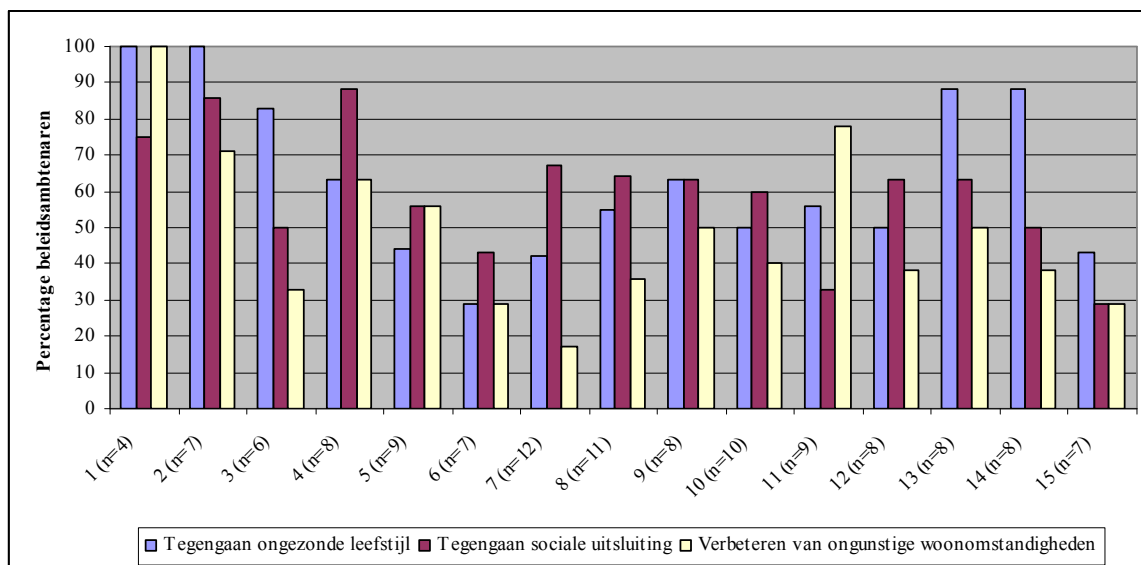
4.3.2 Gemeenten verschillen sterk in het werken aan ongunstige omstandigheden

In dit onderzoek is gekeken naar verschillen tussen gemeenten voor wat betreft de aangrijpingspunten uit het Albedamodel. Figuren 4.4 en 4.5 laten zien dat beleidsambtenaren van alle gemeenten werken aan ongunstige omstandigheden om gezondheidsachterstanden terug te dringen.²³ Binnen deze gemeenten bestaan er echter wel verschillen in welke mate hieraan wordt gewerkt. Een voorbeeld is gemeente 2 met actie op zowel aangrijpingspunt 1 als 3, te weten ongezonde leefstijl, sociale uitsluiting, laag opleidingsniveau, ongunstige woonomstandigheden, verminderen werkloosheid, laag inkomen. Zo werken gemeenten 1 en 4 vooral weer aan determinanten uit aangrijpingspunt 3. Bij andere gemeenten ligt de focus op slechts een aantal ongunstige omstandigheden; zo werkt gemeente 11 vooral aan het verbeteren van woonomstandigheden, en werken gemeenten 13 en 14 voornamelijk aan het tegengaan van ongezonde leefstijl. Voor het vergroten van de kwaliteit van zorg zijn de verschillen tussen gemeenten niet zo opvallend (aangrijpingspunt 4). In het werken aan ongunstige omstandigheden vanuit de verschillende beleidssectoren kan het gaan om sectoraal beleid met positieve gezondheidseffecten.



Figuur 4.4 Werken aan opleiding, beroepsklasse en inkomen per gemeente (aangrijpingspunt 1)

²³ Zie Bijlage VII, Tabel 3 voor percentages uit Figuren 4.4 en 4.5.



Figuur 4.5 Werken aan leefstijl en woon/leefomstandigheden per gemeente (aangrijpingspunt 3)

4.4 Uitvoerende activiteiten vanuit verschillende beleidssectoren

4.4.1 Veel activiteiten beschikbaar, maar niet altijd specifiek voor gezondheidsachterstanden

Bijna alle geïnterviewden binnen en buiten VGZ geven aan dat zij het te beperkt vinden om alleen vanuit de sector VGZ te werken aan het terugdringen van gezondheidsachterstanden. Uit de interviews blijkt dat het beleid en de hieruit voortvloeiende activiteiten vooral betrekking hebben op speerpunten van het ministerie van VWS. Dat wil zeggen dat activiteiten betrekking hebben op bijvoorbeeld overgewicht, alcohol en depressie om gezondheid te verbeteren en/of gezondheidsachterstanden terug te dringen. In verband met samenhangende problemen tussen sectoren werkt een aantal gemeenten ook aan het versterken van de links tussen de nota Lokaal gezondheidsbeleid en andere nota's, zoals de nota Sport (sporten en gezondheid), nota Onderwijsbeleid (taal- en gezondheidsachterstanden), nota WMO (participatie en gezondheid) en de nota Armoedebelief (inkomen en gezondheid). Door beleidsambtenaren buiten VGZ worden ook activiteiten genoemd die bijdragen aan het positief beïnvloeden van de determinanten van gezondheidsachterstanden. De inhoud van de genoemde activiteiten zijn divers, zoals maatregelen, projecten, programma's en interventies. Het is niet altijd duidelijk of deze ook bewust worden ingezet om gezondheidsachterstanden te verminderen. In Box 4.2 staan voorbeelden uit zowel de interviews als de digitale vragenlijsten over de inhoudelijke bijdrage door de verschillende sectoren, zoals duurzame woningen, wijkplannen, groenvoorzieningen, financiële weerbaarheid en sportdeelname.²⁴

4.4.2 Integraliteit van de gemeentelijke activiteiten kan beter

De meeste geïnterviewden geven aan dat activiteiten door verschillende sectoren van belang zijn in de aanpak van gezondheidsachterstanden. Zij vinden dat het integraal werken hieraan veel systematischer kan gebeuren. Zo vinden geïnterviewden het belangrijk scherper te formuleren of gekozen wordt voor het verbeteren van gezondheid of juist specifiek voor het terugdringen van gezondheidsachterstanden. Dat geldt ook voor het inzetten van activiteiten die specifiek zijn gericht op wijken of op de gehele

²⁴ In Bijlage VII staan voorbeelden van activiteiten die specifiek in de digitale vragenlijsten zijn genoemd.

gemeente. Uit de interviews blijkt dat nog meer verbindingen zijn te leggen tussen het gezondheidsbeleid en het beleid van andere sectoren. Deze koppeling tussen de invloed op gezondheidsproblemen en de eigen beleidssector wordt echter niet altijd herkend door de beleidsambtenaren buiten VGZ (zie hoofdstuk 5).

Box 4.2 Voorbeelden van genoemde activiteiten om gezondheidsachterstanden terug te dringen²⁵

FYSIEK

Woonbeleid

- duurzaamheid bevorderen van woningen;
- verbeteringsregelingen verouderde gebieden;
- inzetten sociale programma's bij renovatie in herstructureringswijken;
- meldpunt zorg en overlast.

Ruimtebeleid

- sport- en speelvoorzieningen (playgrounds);
- beweegvriendelijke omgeving;
- groenvoorzieningen.

Milieubeleid

- geluidssanering;
- verbeteren binnenmilieu;
- UMTS-straling en hoogspanningslijnen;
- gezonde en schone stad.

Gezonde wijk

- wijkvisies/wijkplannen;
- sportieve wijk.

Veiligheidsbeleid

- aandacht verbeteren gezondheid voor veelplegers;
- meer aandacht veiligheid in buurten met bewoners uit lagere SES-klassen;
- organiseren van hulpverlening in individuele probleemsituaties.

Mobiliteitsbeleid

- goed openbaar vervoer in achterstandswijken.

SOCIAAL

Onderwijsbeleid

- brede scholen/voorzieningen rond scholen;
- terugdringen schooluitval;
- maatschappelijke stages;
- huisvestingsbeleid van scholen;
- binnenmilieu op scholen;
- projecten VMBO-scholen (leefstijl, drugs, veilig vrijen en overgewicht).

Jeugdbeleid

- Centra Jeugd en Gezin (opvoed- en opgroeihulp);
- terugdringen alcohol en drugs bij jongeren;
- inzet consultatiebureaus voor extra spreekuren in krachtwijken.

Sociaal beleid

- collectieve ziektekostenverzekering voor minima;
- financiële tegemoetkomingen om gebruik te maken van voorzieningen;
- activering en toeleiding naar werk (o.a. Fit for work);
- verbeteren welbevinden van burgers met uitkering.

Zorgbeleid

- verbeteren toegang tot zorg;
- verminderen sociaal isolement.

Sportbeleid

- sportbuurtclub;
- combinatiefunctionarissen;
- voorzieningen om te sporten;
- sportstimuleringsprojecten (o.a. via VMBO-scholen);
- naschoolse sport;
- stimuleren meedoen allochtone jeugd door sport.

Integratiebeleid

- stimuleren arbeidsparticipatie allochtonen;
- verbeteren sociale culturele integratie en beeldvorming.

4.5 Aandacht voor doelgroepen in het beleid

Van de 100 beleidsambtenaren binnen en buiten de sector VGZ die werken aan het verbeteren van gezondheid geven 73 beleidsambtenaren aan rekening te houden met achterstandsgroepen in hun beleid. Uit Tabel 4.2 blijkt dat zij in hun beleid vooral rekening houden met mensen met een lage SES. De 69 respondenten die werken aan het terugdringen van gezondheidsachterstanden houden logischerwijs al rekening met achterstandsgroepen. In dit beleid wordt in gelijke mate rekening

²⁵ Bij deze voorbeelden is niet gekeken naar de effectiviteit hiervan; deze voorbeelden geven slechts een overzicht van thema's en/of activiteiten die zijn aangegeven door de verschillende beleidssectoren.

gehouden met mensen met een lage SES, allochtonen en bewoners van achterstandswijken. Deze groepen overlappen elkaar ook grotendeels. Andere naar voren gebrachte achterstandsgroepen zijn ouderen en mensen (inclusief kinderen) met een beperking of handicap.

Tabel 4.2 Rekening houden met achterstandsgroepen in beleid

Rekening houden met achterstandsgroepen	In beleid gericht op het verbeteren van gezondheid (n=73)	In beleid gericht op het terugdringen van gezondheidsachterstanden (n=69)
Mensen met lage SES	74%	61%
Allochtonen	60%	55%
Bewoners van achterstandswijken	60%	60%
Andere groepen	26%	25%

4.6 Monitoring en evaluatie van activiteiten

4.6.1 Gezondheidssituatie en wijksituatie zijn bepalend voor activiteiten

Uit de interviews met beleidsambtenaren VGZ blijkt dat op basis van de epidemiologische gegevens van de GGD wordt bepaald welke activiteiten gemeenten inzetten om de gezondheidssituatie te verbeteren (gezondheidsmonitor). Enkele gemeenten voeren zelf nog aanvullend onderzoek uit, zoals een gemeente die een tweejaarlijks onderzoek laat uitvoeren op buurt- en wijkniveau met vragen over beleving van de gezondheid en het welbevinden. De uitkomsten van dit onderzoek worden gematcht met gegevens uit de gezondheidsenquête van de GGD. Een ander voorbeeld is een gemeente die naast de gezondheidssituatie ook de situatie van wijken in kaart brengt voor de categorieën leefomgeving, capaciteiten, meedoen en sociale bindingen. Gezondheid is als onderdeel ondergebracht bij de categorie capaciteiten. Ook in andere gemeenten ontstaat er steeds meer aandacht voor wijkprofielen (zie Box 4.3).

Box 4.3 Wijkprofielen in ontwikkeling

Op basis van de situatie in wijken worden wijkprofielen ontwikkeld (door bijv. preventieteam). Aan de hand hiervan wordt geredeneerd welke sectoren betrokken dienen te zijn (waaronder volksgezondheid) en worden keuzes gemaakt voor in te zetten activiteiten. Gezondheid is een aandachtspunt, maar dat kan meer focus krijgen in de wijkprofielen.

4.6.2 Activiteiten worden geëvalueerd, maar evaluatie is lastig bij IGB-aanpak

Uit de interviews blijkt dat activiteiten zoveel mogelijk worden geëvalueerd om vast te stellen of deze al dan niet moeten worden voortgezet. Een aantal gemeenten evalueert alleen de activiteiten die zijn gericht op lokale speerpunten. Een voorbeeld is het gebruik van een nulmeting voor overgewicht aan het begin van een project. Een aantal gemeenten is echter te klein om allerlei activiteiten te evalueren; het ontbreekt er aan capaciteit en kennis om goed onderzoek uit te voeren. Geïnterviewden uit deze gemeenten geven aan dat de GGD wel ondersteuning kan bieden. Een discussie in een grotere gemeente is vooral of afzonderlijke activiteiten die worden ingezet om het probleem te verminderen geëvalueerd dienen te worden, of dat het beter is meer het pakket van activiteiten te evalueren die worden ingezet in de aanpak van gezondheidsachterstanden. Bij een integrale aanpak is immers niet altijd te beredeneren welke activiteiten nu uiteindelijk hebben bijgedragen aan verbeteringen of aan verslechtingen op het gebied van gezondheid.

4.6.3 Monitoring en evaluatie van maatregelen en interventies wisselen

Ook door beleidsambtenaren buiten de sector VGZ vinden monitoring en evaluatie van maatregelen en interventies op verschillende manieren plaats. Binnen deze sectoren heeft monitoring betrekking op

individueen, zoals inactiviteit (gezondheidsenquête), inkomen en sociale participatie van mensen. Een voorbeeld van een geïnterviewde van sociale zaken is dat uit deze monitor moet blijken of mensen met een laag inkomen vaker hun financiële situatie aangeven als reden om ergens niet aan mee te doen. Zo worden activiteiten ook wel gemonitord, maar minder vaak goed geëvalueerd. Een voorbeeld uit de sportsector is het monitoren van maatregelen en interventies die worden uitgevoerd binnen de Buurt-Onderwijs-Sport-impuls (BOS-impuls). Indien er aandacht is voor de effecten van verschillende maatregelen en interventies, is dit meestal niet diepgaand en heeft het vooral betrekking op het bereik. Dit beeld komt bij de verschillende beleidssectoren terug.

4.7 Samenvattende resultaten beleidsinhoud

In dit hoofdstuk is ingegaan op de onderzoeksvraag ‘Op welke manier wordt inhoudelijk gewerkt door beleidssectoren binnen en buiten het volksgezondheidsdomein om de gezondheidsachterstanden van burgers terug te dringen?’ Op basis van de resultaten blijkt samengevat het volgende:

1. Doelstellingen rond het terugdringen van gezondheidsachterstanden zijn nog abstract, maar vaak concreter op het niveau van de speerpunten (overgewicht, alcohol en depressie). Zo ontstaat er een verschil in het niveau van de doelstellingen.
2. Doordat (oorzaken van) gezondheidsachterstanden zeer divers zijn, verschilt het werken hieraan sterk per gemeente. De sociale beleidssectoren werken wel vaker aan het terugdringen van gezondheidsachterstanden dan de fysieke beleidssectoren.
3. Gemeentelijk beleid om gezondheidsachterstanden te verminderen is het vaakst gericht op de determinanten leefstijl, sociale uitsluiting en kwaliteit van zorg.
4. Binnen gemeenten zijn veel activiteiten (maatregelen en interventies) beschikbaar om gezondheidsachterstanden terug te dringen. Deze activiteiten worden echter niet altijd in samenhang aangeboden (er is dus vaak geen integrale aanpak rond gezondheidsachterstanden).
5. Gezondheidsachterstandenbeleid richt zich in gelijke mate op mensen met een lage SES, allochtonen en bewoners van achterstandswijken. Er zit ook veel overlap in deze groepen.
6. De (gezondheids)situatie van burgers en activiteiten worden gemonitord. In de meeste gemeenten zijn evaluaties van activiteiten echter niet diepgaand en nog vooral gericht op het bereik. Evaluatie van IGB wordt als lastig ervaren.

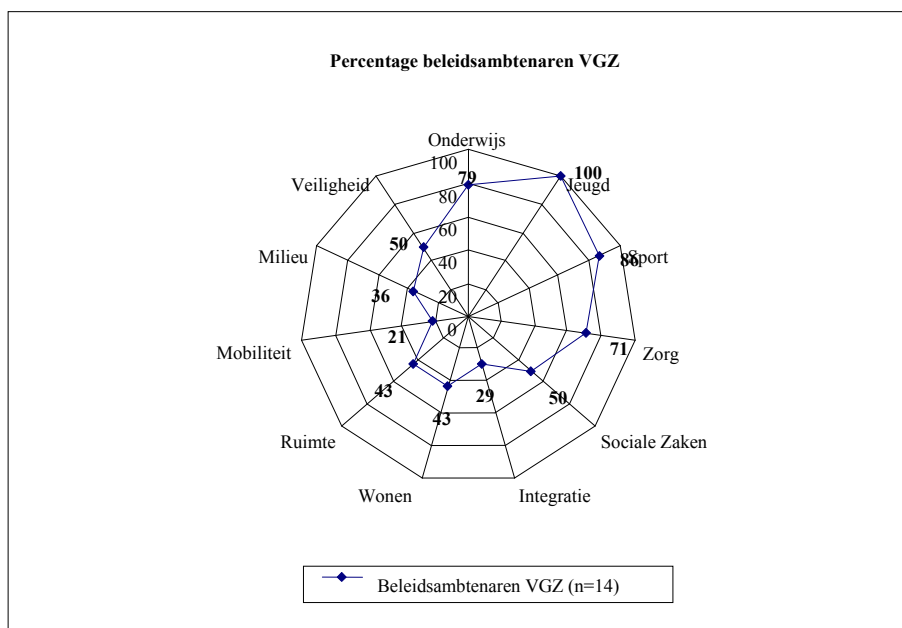
5 Intersectoraal samenwerken in de aanpak van gezondheidsachterstanden

Dit hoofdstuk gaat in op de totstandkoming en het verloop van de samenwerking tussen de verschillende beleidssectoren in de zestien gemeenten (de tweede onderzoeksvraag).²⁶ Er wordt ingegaan op betrokken actoren (netwerk), concrete afspraken tussen de verschillende beleidssectoren, structuur en vorm van samenwerking, belang van de samenwerking, rol van de actoren, en resultaten en ervaringen met intersectoraal samenwerken in de aanpak van gezondheidsachterstanden.²⁷ Deze resultaten zijn afkomstig uit de digitale vragenlijsten (123 respondenten) en de interviews (32 geïnterviewden).

5.1 Betrokken actoren in de intersectorale samenwerking

5.1.1 Vooral sociale beleidssectoren betrokken in intersectorale samenwerking

De resultaten uit het vorige hoofdstuk laten zien dat verschillende beleidssectoren bijdragen aan (determinanten van) gezondheidsachterstanden. Uit de vragenlijsten komt naar voren dat 80% van de beleidsambtenaren (98 van de 123) specifiek samenwerkt om gezondheidsachterstanden terug te dringen. Dit percentage van samenwerken ligt hoger dan dat hieraan alleen door de eigen beleidssector wordt gewerkt (zie paragraaf 4.2.1). Een verklaring is dat andere sectoren wel meewerken in de aanpak van gezondheidsachterstanden via projecten en programma's, maar niet altijd bewust eigen beleid hierop ontwikkelen en/of inzetten (zie paragraaf 5.2). Figuur 5.1 laat zien dat beleidsambtenaren volksgezondheid (VGZ) vooral samenwerken met de sectoren jeugd, onderwijs, sport en sociale zaken (sociale sectoren).



Figuur 5.1 Samenwerking tussen beleidsambtenaar VGZ en andere sectoren

²⁶ Bij de interpretatie is het van belang er rekening mee te houden dat het gaat om zestien gemeenten die al in meer of mindere mate activiteiten beschreven en ontwikkeld hebben op het gebied van integraal gezondheidsbeleid (IGB).

²⁷ Zie Bijlage V voor de bijbehorende vragen van deze elementen.

Andersom geven de sectoren jeugd, onderwijs, sport en sociale zaken ook aan samen te werken met de gezondheidssector in de aanpak van gezondheidsachterstanden. Er bestaan wel verschillen tussen de sectoren of zij vinden dat er sprake is van intersectorale samenwerking. Zo geven beleidsambtenaren VGZ aan samen te werken met de beleidsambtenaren jeugd en onderwijs, respectievelijk 100% en 79%. Andersom geven de beleidsambtenaren jeugd en onderwijs weer aan samen te werken met de gezondheidssector, respectievelijk 91% en 67%. Uit de resultaten blijkt dat de beleidsambtenaren VGZ minder vaak samenwerken met de fysieke beleidssectoren, zoals milieu, mobiliteit, wonen en ruimte. Een kanttekening bij deze resultaten is wel dat het voor de beleidsambtenaren lastig is de samenwerkingspartners in het algemeen aan te geven. Deze kunnen immers binnen een gemeente per project of per programma nogal wisselen. Respondenten geven ook aan dat intersectorale samenwerking niet alleen maar tot stand komt rond gezondheidsachterstanden. Naast gemeentelijke sectoren spelen de externe partners ook een belangrijke rol in de samenwerking om gezondheidsachterstanden terug te dringen. Dit zijn meestal de GGD'en en de scholen. Zo kan de GGD een belangrijke rol spelen in de advisering voor het gemeentelijk beleid. Bedrijven en sportorganisaties worden minder vaak genoemd door de 98 respondenten. Uit de interviews blijkt een aantal gemeenten actief te zijn op het gebied van publiek-private samenwerking om gezondheidsachterstanden terug te dringen. In Box 5.1 staat een voorbeeld.

Box 5.1 Publiek-private samenwerking

Veel partners zitten binnen het gemeentelijke circuit. In de integrale beleidsvorming kan het helpen breder te kijken en ook de particuliere sector meer te betrekken. In het kader van healthy cities werken bijvoorbeeld projectontwikkelaars, woningbouwcorporaties, bedrijven, ROC, gemeenten en GGD samen. Bedrijven willen in het kader van maatschappelijk verantwoord ondernemen bijdragen aan gezondheid(sachterstanden). Het gaat vooral om het uitwerken van de combinatie van publiek en privaat.

5.1.2 Beleidsambtenaren willen meer samenwerken met fysieke sectoren en externe partijen

De beleidsambtenaren VGZ willen in de toekomst meer samenwerken met fysieke beleidssectoren om gezondheidsachterstanden terug te dringen. Mogelijkheden volgens geïnterviewden zijn input leveren op de nota Ruimte en mobiliteit of samenwerking zoeken om voldoende groenvoorzieningen, speelmogelijkheden en fietsmogelijkheden in de wijk te realiseren. Uit sommige interviews blijkt dat de fysieke sectoren zich er soms (nog) onvoldoende bewust van zijn dat hun beleid ook relevant is voor gezondheid en mede hierdoor is het soms lastig met deze partijen samen te werken (zie Box 5.2).

Box 5.2 Vergroten bewustzijn bij andere beleidssectoren

In vergunningenbeleid wordt vooral getoetst of het beleid past binnen de bestemmingsplannen. Bij bestuurlijke beslissingen van ander beleid wordt vaak vergeten ook naar mogelijke gezondheidseffecten te kijken. Zo kan een frietkraam prima passen binnen het bestemmingsplan. Er wordt niet automatisch gekeken of er ook een school in de buurt staat. Hierdoor bestaat de kans dat scholieren meer gaan snacken.

Zo zit de beleidsambtenaar VGZ of de GGD-beleidsadviseur in de meeste gemeenten niet altijd aan tafel bij planvorming van herstructureringswijken of nieuwe wijken. In een aantal gemeenten zijn deze ontwikkelingen er wel. Daar wordt bijvoorbeeld gekeken of de gezondheidseffectschatting²⁸ als instrument kan worden ingezet om ruimtelijke plannen te toetsen op gezondheid. Hier liggen volgens geïnterviewden kansen. Meerdere gemeenten hebben wel steeds vaker de leefomgeving als thema in hun nota LGB opgenomen. Naast de fysieke sectoren willen geïnterviewden meer samenwerken met de eerste lijn, zoals huisartsen en consultatiebureaus. Een voorbeeld is samenwerken rond

²⁸ Tegenwoordig wordt voor gezondheidseffectschatting ook vaak de Engelse term Health Impact Assessment (HIA) gebruikt.

consultatiebureaus om moeders een goede start te laten maken op het gebied van gezonde leefstijl. Beleidsambtenaren willen ook graag meer samenwerken met bedrijven en sportorganisaties. Geïnterviewden geven echter aan dat hierbij wel een wisselwerking moet ontstaan tussen de sectoren en partijen. Het moet duidelijk zijn hoe de andere sector kan bijdragen aan gezondheid(sachterstanden), maar ook wat gezondheid voor andere sectoren kan opleveren.

5.2 Concrete afspraken tussen beleidssectoren

5.2.1 Samenwerkingsafspraken vooral gericht op inhoud en weinig op proces

Uit de interviews met beleidsambtenaren binnen en buiten VGZ blijkt dat samenwerkingsafspraken tussen sectoren vooral betrekking hebben op de inhoud (rond beleid, projecten en programma's, en doelgroepen). Afspraken over processen komen minder vaak voor (rond werkwijze of werken vanuit breed gedragen visie of IGB). In Tabel 5.1 en Box 5.3 staan voorbeelden om samenwerking vorm te geven. De meeste afspraken komen tot stand via projecten rond thema's (onder andere overgewicht) of via het opstellen en uitvoeren van gezondheidsprogramma's en sociale programma's (onder andere gezonde school, gezond aan het werk of gezonde wijk). Zo worden concrete afspraken gemaakt tussen verschillende sectoren en partijen binnen een gezonde wijkaanpak. Het ondertekenen van een intentieverklaring is een voorbeeld van een verdergaande samenwerkingsafpraak. Hiermee wordt indirect via leefstijl en leefomgeving gewerkt aan het terugdringen van gezondheidsachterstanden. In mindere mate ontstaat structurele samenwerking ook rond de totstandkoming van nota's en regionale agenda's of in het bereiken van dezelfde doelgroepen. De beleidsambtenaren VGZ geven aan dat het onderzoeksprogramma Gezonde slagkracht van ZonMW gemeenten stimuleert om samenwerking met verschillende interne en externe partijen te zoeken over een IGB-aanpak.²⁹ Dit programma is gericht op het verbeteren van gezondheid via een IGB-aanpak en niet specifiek gericht op het verminderen van gezondheidsachterstanden.

Tabel 5.1 Samenwerkingsafspraken over inhoud

Onderdelen	Afspraken met interne en externe partijen	Voorbeelden inhoud
Beleid	Totstandkoming nota en/of regionale agenda op gebied van verschillende gezondheidsthema's	Nota Lokaal gezondheidsbeleid Nota Sport
Projecten en programma's	Aanpak van gezondheidsthema's (bijv. inclusief uitvoeringsovereenkomst)	Projecten gericht op overgewicht, verslaving, alcohol, psychosociale problematiek
	Opstellen en uitvoeren van gezondheidsprogramma's	Nationaal actieplan sport en bewegen, Gezonde schoolmethode, Gezonde stad, Gezond gewicht, Gezond aan het werk, Gezonde slagkracht
	Opstellen en uitvoeren van sociale programma's (bijv. inclusief convenant)	Wijkaanpak (krachtwijken) Wijkgericht werken in vooral de achterstandswijken
Doelgroepen	Bereiken dezelfde doelgroepen door de verschillende partijen	Benaderen mensen met lage sociaaleconomische status

²⁹ Op het moment van de interviews waren veel gemeenten bezig met het schrijven van een aanvraag voor het programma Gezonde slagkracht van ZonMw. Hiervan was nog niet bekend of dat ook gehonoreerd zou worden. Later blijkt uit een presentatie van ZonMw dat er in 2009 90 aanmeldingen van gemeenten zijn geweest, waarvan er 24 gehonoreerd zijn (Tol, 2010).

Box 5.3 Voorbeelden afspraken over processen om IGB vorm te geven**Gemeenten die starten met IGB-aanpak**

In een gemeente hebben beleidsambtenaren net een start gemaakt om te beschrijven wat onder IGB wordt verstaan en hoe dit vorm en inhoud kan krijgen. Het staat op de jaarplanning en de agenda van het gemeentebestuur. Dit is van belang om bij andere collega's duidelijk onder de aandacht te brengen hoe met betrekking tot gezondheid(sachterstanden) kan worden samengewerkt verdergaand dan de standaard consultaties.

Gemeenten die al langer bezig zijn met IGB-aanpak

In een gemeente is het breed gedragen uitgangspunt c.q. visie het in samenhang ontwikkelen van de plannen. Hierbij volgt men een standaardprocedure. Dat betekent concreet dat in de eerste fase van de ontwikkeling van plannen al wordt gestreefd naar afstemming tussen de beleidsambtenaren. In de fase daarna komen deze plannen in het managementteam aan de orde. Ook zij kijken actief naar de samenhang tussen de beleidsterreinen. Tot slot kijken alle wethouders naar de plannen en ook zij houden de integraliteit in de gaten. Deze opdracht is door het gemeentebestuur gegeven.

5.3 Structuur en vorm van samenwerken

5.3.1 De samenwerkingsstructuur binnen gemeenten is zeer wisselend

Tabel 5.2 laat zien dat de structuur van de samenwerking tussen de sectoren erg kan wisselen. Het kan gaan om ad-hocsamenwerking, samenwerken via werkgroepen of projectgroepen rond thema's of nota's, maar ook via afstemmingsoverleggen, integrale teams of sociale netwerken.

Tabel 5.2 Voorbeelden van samenwerkingsstructuren genoemd in 32 interviews

Sectoren	Voorbeelden samenwerkingsstructuren
VGZ	Ad hoc overleggen naar aanleiding van problematiek Werkgroepen of projectgroepen rond thema's of nota's Overleg rond programma's (Gezonde wijk, Gezond aan de slag) Afstemmingsoverleggen tussen sectoren, onafhankelijk van thema Regionaal (ambtelijk) overleg met verschillende partijen Structureel overleg via sociale teams en integrale teams in wijken (uitvoering)
Onderwijs/jeugd	Regelmatig overleg tussen beleidsambtenaren Afdelingsoverleggen (thema ligt niet vast) Bestuurlijk overleg ten behoeve van lokale educatie-agenda (met externe partijen) Overleg met uitvoeringspartners Flexteam jeugd, flexteam gezondheid, flexteam Wmo (met medewerkers verschillende sectoren)
Sport	Afdelingsoverlegstructuur ten behoeve van sectoroverstijgende thema's Subteams (thema's) of projectgroepen (projecten) Overleggen ten behoeve van gezamenlijke financiering
Sociale zaken	Probleemgestuurd overleg bij raakvlakken, maar niet structureel Tweewekelijks overleg rond programma Gezond aan de slag (ook met externe partijen)
Ruimte/wonen	Afstemmingsoverleg per kwartaal om elkaar te informeren Ad hoc bij kwesties met gevolgen voor gezondheid of welzijn burgers Regulier overleg en vaste frequentie met betrekking tot gezonde wijk Projectgroepen rond thema's of problemen

Uit de interviews blijkt de formalisatie van de samenwerking niet zozeer af te hangen van de beleidsector, maar vooral ook van de organisatie en de visie van de desbetreffende gemeenten. Zo werkt een aantal gemeenten vanuit gemeentelijke thema's en niet vanuit de sectoren. Op basis van het

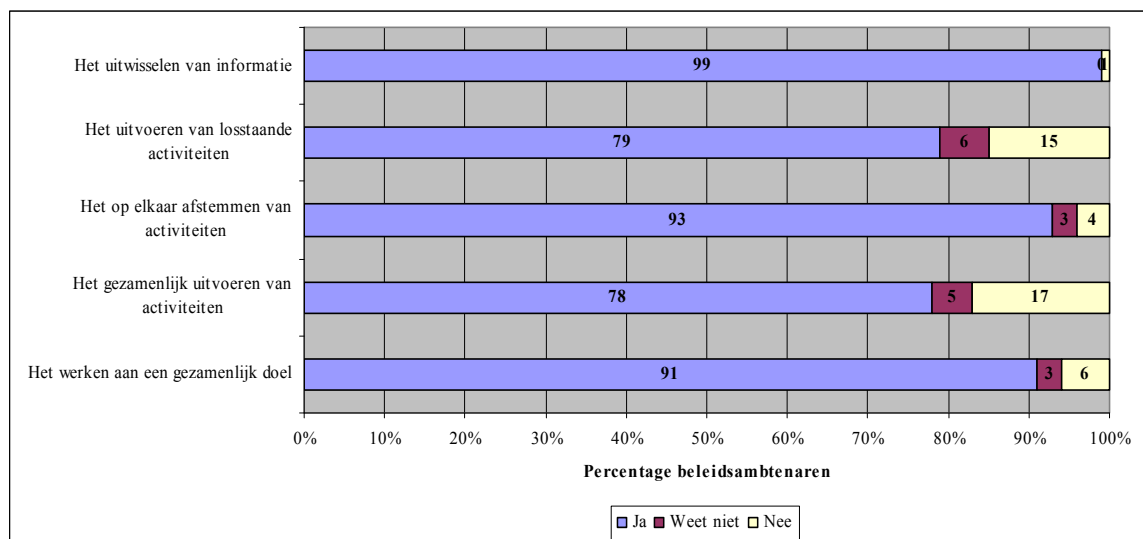
thema wordt dan gestuurd op sectoren en resultaten. Een geïnterviewde geeft aan dat het vertalen in een gemeentebegroting en het goed bestuurbaar maken nog lastig is. De verantwoordingsmechanismen zitten immers nog in ‘hokjes’. Er wordt ook aangegeven dat het zoeken is hiermee om te gaan en dat een omslag naar themagerichte begrotingen nodig is.

5.3.2 Gemeenten kijken verschillend aan tegen wenselijke samenwerkingsstructuur

De geïnterviewden denken verschillend over gewenste samenwerkingsstructuren in de aanpak van gezondheidsachterstanden. Zij geven aan de ene kant aan dat een vaste structuur niet wenselijk is als hier geen duidelijke agenda voor is. De gemeente kan immers maar een beperkt aantal structuren in stand houden. Aan de andere kant vinden de beleidsambtenaren het wel wenselijk dit probleem meer structureel of programmatisch aan te pakken en SMART-doelstellingen te formuleren. Als het probleem van gezondheidsachterstanden op de agenda staat, is het gemakkelijker daaromheen een structuur te organiseren. Volgens de geïnterviewden dient er echter wel rekening mee gehouden te worden dat gezondheidsachterstanden zeer divers zijn. Dat betekent dat het van belang is per situatie en per gemeente een passende aanpak te ontwikkelen. Uit de interviews blijkt dat men het wenselijk acht actie te ondernemen met de juiste sectoren en partijen.

5.3.3 In het begin van de samenwerking vooral informatie uitwisselen en activiteiten op elkaar afstemmen

In Figuur 5.2 komt naar voren dat er verschillende vormen van samenwerking tussen beleidssectoren voorkomen om de gezondheid van mensen in een achterstandssituatie te verbeteren.³⁰ Dit gebeurt via uitwisselen van informatie, het op elkaar afstemmen van activiteiten en het werken aan een gezamenlijk doel. Net als bij de betrokken actoren geldt ook hier dat het lastig is vormen van samenwerking in het algemeen aan te geven. Binnen gemeenten wordt immers op verschillende manieren gewerkt aan diverse projecten en programma's rond gezondheid(sachterstanden).



Figuur 5.2 Manier van samenwerken tussen verschillende beleidssectoren

Er bestaan ook verschillen tussen de gemeenten met betrekking tot de mate waarin dergelijke samenwerkingsvormen voorkomen. Het lijkt vooral samen te hangen met het stadium waarin een gemeente zich bevindt om IGB vorm en inhoud te geven. Geïnterviewden binnen de VGZ-sector geven aan dat het in het begin van de samenwerking vooral gaat om het uitwisselen van informatie en het op

³⁰ Zie Bijlage VIII, Tabel 2 voor de percentages per gemeente.

elkaar afstemmen van activiteiten. In een later stadium wordt juist gewerkt aan een gezamenlijke doelstelling. Deze doelstellingen zijn dan wel vooral gericht op gezondheidsthema's (zoals overgewicht en depressie). Dit is veel minder expliciet voor de hoofddoelstelling gezondheidsachterstanden. Het uitvoeren van losstaande activiteiten door de eigen beleidssectoren en het gezamenlijk uitvoeren van activiteiten om gezondheidsachterstanden terug te dringen is een strategie die minder vaak genoemd wordt door de beleidsambtenaren VGZ. Deze manier van samenwerking is terug te zien wanneer vooral externe samenwerkingspartners zijn betrokken. In Box 5.4 staan enkele manieren om samen te werken die naar voren zijn gebracht door verschillende beleidssectoren.

Box 5.4 Voorbeelden van manieren om samen te werken

Onderwijs/jeugd

Vanuit onderwijs krijgt samenwerking vorm via een *gemeenschappelijke doelstelling* participatie. Daarvoor is binnen de afdeling een gemeenschappelijke visie op participatie ontwikkeld. Deze visie kan de verschillende sectoren binden (waaronder de gezondheidssector) en is ook leidraad voor activiteiten en plannen die moeten worden uitgewerkt. In de samenwerking wordt gestreefd naar een gezamenlijke methode en activiteiten.

Sport

De sector sport wordt bij gezondheidsprojecten *geïnformeerd*. Het is wenselijk *bewegingsactiviteiten op elkaar af te stemmen* en het *uitwisselen van informatie* is hiervoor een belangrijke voorwaarde. Ook is er samenwerking rond een project overgewicht. Het samen uitvoeren van activiteiten wordt niet noodzakelijk gevonden als er sprake is van een goed geformuleerde doelstelling en als de informatie goed op elkaar is afgestemd.

Sociale zaken

Tussen de gezondheidssector en sociale zaken heeft samenwerking vooral betrekking op het leggen van verbindingen en *het afstemmen van activiteiten*. De bereidheid om samen te werken is aanwezig. Het besef dat de gezondheid van mensen met een laag inkomen over het algemeen slechter is, is voor sociale zaken een stimulans om samen te werken.

Ruimte/wonen

Vanuit de sector ruimte wordt het *gezamenlijk uitvoeren van activiteiten* genoemd, hoewel er ook geïnterviewden uit deze sector zijn die het wenselijk vinden in de uitvoering juist afzonderlijk te werken. Door het opstellen van een gezamenlijke nota op bestuurlijk niveau is er een besluit genomen op grond waarvan wordt samengewerkt tussen de dienst ruimtelijke ordening en de GGD in de vorm van een project met een aantal bijbehorende doelstellingen.

5.4 Belang van intersectoraal samenwerken

5.4.1 Beleidsambtenaren VGZ erkennen het belang van intersectorale samenwerking

Alle beleidsambtenaren VGZ onderstrepen het belang van intersectoraal samenwerken om de gezondheid van mensen in een achterstandssituatie te verbeteren. Dat hangt logischerwijs samen met het feit dat deze gemeenten een integrale werkwijze hebben opgenomen in hun nota LGB. Uit de interviews blijkt dat het thema gezondheid via verschillende overlegvormen al wordt ingebracht in het beleidsproces van andere beleidssectoren. Er heerst echter ook de opvatting dat veel mogelijkheden op het gebied van integrale aanpak nog onbenut zijn en er veel kansen liggen, maar dat geldt niet alleen voor gezondheidsthema's. Geïnterviewden vinden het belangrijk vooral aan te sluiten bij de voorkeurswerkwijze en ontwikkelingen van de desbetreffende gemeenten (aansluiten bij bestaand beleid).

5.4.2 Ook andere beleidssectoren zien het belang van lokale intersectorale samenwerking

Het nut van intersectorale samenwerking om gezondheidsachterstanden terug te dringen wordt ook erkend door geïnterviewden van de andere beleidssectoren, ook al is winst voor de eigen beleidssector niet altijd direct zichtbaar. Zo geven beleidsambtenaren sociale zaken aan dat door samenwerking wordt voorkomen dat maatregelen en interventies elkaar tegenwerken of dat belangrijke gemeentelijke thema's worden vergeten. Zij vinden het belangrijk elkaar te ondersteunen en te beïnvloeden. Het meewerken aan gezondheid(sachterstanden) kan ook winst opleveren voor de eigen sector, zoals in het geval van sporten dat een positieve invloed heeft op de gezondheid. In Box 5.5 staat een voorbeeld waaruit blijkt dat samenwerking tussen sport(clubs) en gezondheid lastig kan zijn door verschillende belangen.

Box 5.5 Voorbeeld belangen sport en gezondheid

Binnen de sector sport wordt het belangrijk gevonden dat zoveel mogelijk mensen gaan sporten en bewegen. Deze sector denkt in de samenwerking met de gezondheidssector na over het aanbod van gezond voedsel in sportkantines. De sportverenigingen zijn echter afhankelijk van baromzet en de gemeente verwacht dat sportverenigingen zelf ondernemend zijn. Dan is het moeilijk om sportverenigingen op te leggen dat zij ook iets aan gezonde voeding moeten doen, vooral voor de kleinere sportverenigingen. Grote clubs zijn mogelijk beter in staat om hierover mee te denken.

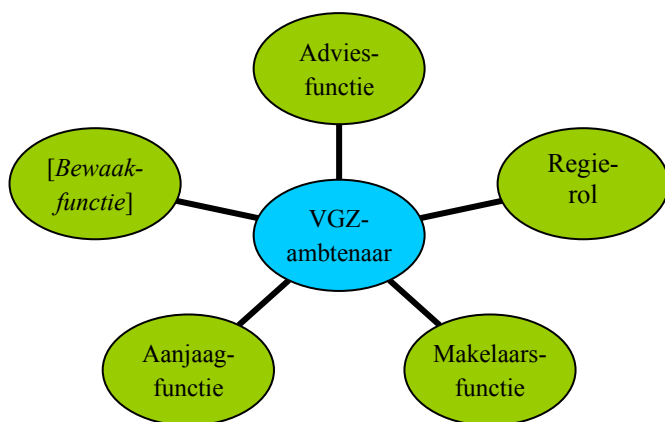
Als het zicht op resultaat beperkt is, geven geïnterviewden aan dat vanwege tijdsverspilling de samenwerking niet wordt opgezocht. Binnen de fysieke sector zijn de mogelijkheden om een bijdrage te leveren in de aanpak van gezondheidsachterstanden niet altijd duidelijk. Dat het duidelijk moet zijn wat de samenwerking op kan leveren voor de eigen beleidssector blijkt ook uit de interviews met de sociale sectoren. De relatie tussen gezondheid en sociale zaken blijkt bijvoorbeeld uit het feit dat gezonde mensen eerder aan het werk zullen gaan (dat komt ook naar voren bij onderwijs) en dat ingeburgerde mensen goed de weg weten te vinden op het gebied van zorgvoorzieningen (onder andere weten waar ze terecht kunnen voor een apotheek).

5.5 Rol van actoren

5.5.1 Beleidsambtenaar VGZ vervult verschillende rollen in intersectorale samenwerking

Figuur 5.3 laat de mogelijke rollen van de beleidsambtenaar VGZ zien.³¹ De keuze van de rol hangt af van de manier waarop de intersectorale samenwerking vorm krijgt in de gemeenten. De meeste geïnterviewden geven aan een regisserende rol te hebben in de intersectorale samenwerking op het gebied van gezondheidsthema's. Deze regierol wordt nagestreefd om aan de wettelijke taak op het gebied van collectieve preventie te voldoen (in het kader van de WPG). Uit de interviews blijkt dat beleidsambtenaren VGZ ook een makelaarsrol (netwerkfunctie) hebben, waarbij het van belang is over de juiste competenties te beschikken (zoals het leggen van verbindingen en het bij elkaar brengen van partijen). Een rol die minder vaak genoemd is door de geïnterviewden is een aanjaagfunctie om gezondheid(sachterstanden) te agenderen en om gezondheid onder de aandacht te brengen (in projecten of programma's) van andere sectoren en partijen. Zij geven ook aan het belangrijk te vinden dat de verantwoordelijkheid bij de andere beleidssectoren blijft liggen als het gaat om het meenemen van gezondheid in hun beleid. Daarnaast komt het voor dat andere sectoren om advies vragen op het gebied van gezondheid. Een voorbeeld is een advies bij hoogspanningsmasten met betrekking tot gezondheid. Het is opvallend dat in de interviews de bewaakfunctie nauwelijks wordt genoemd, terwijl volgens de WPG bestuurlijke beslissingen in andere beleidssectoren bewaakt dienen te worden op gezondheidseffecten.

³¹ Of in een grote gemeente de GGD-beleidsadviseur van de desbetreffende gemeente.



Figuur 5.3 Verschillende rollen van de beleidsambtenaar VGZ in gemeenten

5.5.2 Regierol in aanpak van gezondheidsachterstanden niet vanzelfsprekend

De beleidsambtenaren VGZ geven aan dat de regierol in de aanpak van gezondheidsachterstanden niet vanzelfsprekend is. Doordat gezondheidsachterstanden samenhangen met achterstanden op andere gebieden (zoals taalachterstanden, wonen in een achterstandswijk) kan de trekkersrol ook bij andere sectoren liggen. Voorbeelden zijn de krachtwijken waar het gaat om programmasturing. Voor wat betreft gezondheidsinterventies in krachtwijken is het van belang aan te sluiten bij de doelstellingen van de krachtwijken. Gezondheid wordt dan als thema benoemd en de regie vindt plaats vanuit het programma en niet vanuit de gezondheidssector. Op eenzelfde manier is veiligheid opgenomen in het programma krachtwijken.

5.5.3 Rol van andere beleidssectoren over het algemeen duidelijk

Door de beleidsambtenaren buiten de VGZ-sector wordt ook de regierol het meest genoemd. Deze regierol is van toepassing op thema's uit het eigen beleid. Een adviesrol of een afstemmingsrol wordt minder vaak genoemd. Uit interviews met de sectoren onderwijs/jeugd blijkt dat de regierol voor diegene is die verantwoordelijk is voor de hoofddoelstelling. Verder vinden zij dat ieder een verantwoordelijkheid heeft om uit te voeren wat op het eigen gebied is afgesproken (ook met uitvoeringsorganisaties). De beleidsambtenaren sport geven aan dat de rolverdeling wel eens onduidelijk is rond het stimuleren van bewegen. De beleidsambtenaren uit de categorie ruimte/wonen geven vooral aan een adviserende rol te hebben aan de gezondheidssector. De rol kan echter ook faciliterend zijn door middel van geld, menskracht en kennis. Voor de beleidsambtenaren sociale zaken is de rol meestal wel duidelijk, maar door overlap in het bereiken van kwetsbare groepen kan deze wel eens onduidelijk zijn. Deze groepen worden zowel door gezondheid als armoedebestrijding benaderd; als sectoren met elkaar in gesprek gaan, wordt deze overlap voorkomen.

5.6 Resultaten en ervaringen

De zestien gemeenten die zijn geïnccludeerd in dit onderzoek zijn alle in meer of mindere mate actief in het formuleren en toepassen van IGB. In meerdere gemeenten is net een start gemaakt, waardoor het moeilijk is iets te zeggen over de effecten van IGB. Hieronder staan enkele resultaten en vooral ervaringen (van verschillende beleidssectoren) over intersectorale samenwerking om uitvoering te geven aan IGB.

5.6.1 Effecten op gezondheidsachterstanden moeilijk aan te geven

Uit de interviews met de sector VGZ blijkt dat effecten van beleid op gezondheidsachterstanden niet altijd bekend zijn. Het is sterk afhankelijk van het thema of de activiteiten die zijn ingezet (zoals gericht op leefstijl en/of leefomgeving) effect hebben. Als gekeken wordt naar de GGD-cijfers over de gezondheidssituatie van burgers in gemeenten, lijken de resultaten nog niet goed. Dergelijke effecten zijn echter vaak pas op langere termijn zichtbaar. Dat geldt ook voor gezondheidsthema's, zoals overgewicht, depressie en alcohol. Geïnterviewden geven aan dat het lastig is om uitspraken te doen over behaalde resultaten door het ontbreken van SMART-doelstellingen. Verder worden resultaten nog niet zo gemeten op het niveau van gezondheidsachterstanden en zijn activiteiten te versnipperd om resultaten aan te tonen. Geïnterviewden noemen wel voorbeelden van effecten van uitgevoerde activiteiten, zoals positieve effecten van sportstimulering bij mensen met een lage SES en inspanningen vanuit de sociale zekerheid om mensen te laten participeren in arbeid.

5.6.2 Resultaten worden vooral op procesniveau genoemd

Resultaten worden door geïnterviewden binnen en buiten de sector VGZ vooral benoemd op procesniveau. Zo zijn zij over het algemeen tevreden over het proces van de intersectorale samenwerking in de aanpak van gezondheid(sachterstanden). Meerdere geïnterviewden geven aan dat de samenwerking wel kan worden uitgebreid, waarbij het onvoldoende is dat andere sectoren alleen geld geven. Uit de interviews blijkt een goede insteek het sportplan of de wijken te zijn en van daaruit relevante sectoren en partners te betrekken, waaronder de gezondheidssector. In Box 5.6 staat het voorbeeld van de insteek van een gezonde wijk weergegeven.

Box 5.6 Voorbeeld van samenwerking in gezondewijkaanpak

In de gezonde wijkaanpak wordt gewerkt aan een gezonde leefstijl, een gezonde leefomgeving en toegankelijkheid van zorg. De verschillende partijen, zoals woningbouwcorporaties, zorgverzekeraars en verschillende gemeentelijke diensten, willen hiermee de komende twintig jaar gezondheidsachterstanden gezamenlijk aanpakken. In deze aanpak verloopt de samenwerking goed na het leren kennen van de verschillende partijen en het bijstellen van de verwachtingen. Een belangrijke voorwaarde was wel verandering van de mindset en dat kost tijd.

In de meeste gemeenten gaat de samenwerking met de sociale partners sneller dan met de fysieke partners. In enkele gemeenten komt de samenwerking met stedenbouw en volkshuisvesting echter steeds meer op gang. Dit wordt als positief ervaren. De geïnterviewden vinden het positief dat door intersectorale samenwerking steeds meer begrip voor elkaars werelden ontstaat. Positieve resultaten blijken bijvoorbeeld ook uit de vorming van coalities en het afsluiten van intentieverklaringen. Over het algemeen komt naar voren dat nog meer samenwerkingsafspraken tot stand kunnen komen. In de kleinere gemeenten is samenwerking lastig tussen sectoren in de aanpak van gezondheidsachterstanden. Een aantal geïnterviewden geeft aan dat dit nauw samenhangt met de vindplaatsen van mensen met een lage SES. Zij zitten verspreid in de wijken, of kinderen met een lage SES zitten op verschillende scholen. Activiteiten zijn hierdoor moeilijker in te zetten via wijkaanpak of via een gezonde school.

5.6.3 Invloed van gezondheid op het beleid in andere beleidssectoren niet altijd duidelijk

Meerdere geïnterviewden spreken over een goed resultaat als gezondheid een structurele plek heeft gekregen binnen de andere sector. Een voorbeeld is de inzet van het instrument Gezondheidseffectscreening (GES) Stad en Milieu waardoor gezondheid een structurele plek heeft gekregen in ander beleid (zie Box 5.7). Dit is een instrument waarmee vooraf inzicht verkregen wordt in de verschillende factoren die van invloed zijn op de gezondheid van de (toekomstige) bewoners. Een GES geeft een goed beeld van de gezondheidskundige knelpunten en kansen bij stedelijke ontwikkelingsprojecten, wijzigingen in de ruimtelijke ordening of infrastructuur en landelijke herstructureringsprojecten. Door het gebruik van dit instrument is intersectorale samenwerking goed tot stand gekomen.

Box 5.7 Gemeentebrede GES Stad en Milieu

In een gemeente is een gemeentebrede GES Stad en Milieu uitgevoerd waaruit dertien actiepunten naar voren zijn gekomen om gezondheid via een integrale aanpak te verbeteren. Vanuit de andere partijen en sectoren is bereidheid aanwezig om mee te werken aan de dertien actiepunten. Met de projectleider grote ruimtelijke projecten, ruimtelijke ordening, milieu, planologen, verkeer en vervoer, en groen zijn werkgroepen gevormd. In deze werkgroepen zijn de lopende projecten en beleidsplannen in voorbereiding vanuit gezondheidsoptiek besproken. Het gaat zowel om de uitvoering van de projecten als om de integrale beleidsvorming. Hiervoor zijn aansluitend handreikingen en een checklist ontwikkeld. Deze zijn ook door het college vastgesteld.

Het wordt helemaal als positief ervaren door een aantal geïnterviewden als de andere sector op eigen initiatief de GGD of de gezondheidssector erbij betreft, omdat er dan bewustzijn bij de andere beleidssector over gezondheid is. Andere geïnterviewden geven aan dat gezondheid nog onvoldoende op de agenda van de andere beleidssectoren staat. Deze sectoren zijn zich nog onvoldoende bewust van wat gezondheid voor hun beleidssector kan betekenen. Zo wordt er bijvoorbeeld bij het plannen van een nieuwe wijk over het algemeen geen aandacht geschonken aan beweegmogelijkheden of andere zaken die de gezondheid stimuleren dan wel schaden.

5.6.4 Ervaringen van sectoren buiten VGZ in het intersectoraal samenwerken

Geïnterviewden buiten de VGZ-sector geven eveneens aan dat de sectoren elkaar over het algemeen goed weten te vinden. Zo zijn zij tevreden over het verloop van de samenwerking met de sector VGZ en de manier waarop zij betrokken worden bij gezondheid(sachterstanden). De geïnterviewden geven ook aan dat het nog wel beter kan en kansen wel eens worden gemist.

Onderwijs/jeugd

Vanuit de sector onderwijs is er een goede samenwerking met de sector VGZ in de aanpak overgewicht en schoolmaatschappelijk werk. Beleidsambtenaren jeugd geven aan dat de sectoren VGZ en jeugd samen activiteiten hebben ingezet om gezondheidsachterstanden terug te dringen. Om intersectorale samenwerking verder te stimuleren vinden zij steun bij afdelingsmanagers en portefeuillehouders van essentieel belang. Ook een trekker om IGB vorm te geven is erg belangrijk. Uit de interviews blijkt het soms moeilijk om resultaten te behalen, omdat de eigen beleidssector bepaalde aspecten dient in te leveren (zoals ambitie of ego) of dient aan te sluiten op een gezamenlijk doel.

Sport

De sectoren sport en gezondheid weten elkaar goed te vinden. Uit de interviews met de sportsector blijkt dat het in de samenwerking tussen de sectoren van belang is informatie uit te wisselen. Hiervoor is structureel overleg niet per se noodzakelijk. Een aantal geïnterviewden geeft aan liever concreet samen te werken rondom projecten (via een projectmatige aanpak), zoals het terugdringen van vandalisme door jongeren te laten sporten en de wijk zo inrichten dat er veilig gespeeld kan worden. Geïnterviewden geven aan dat de nota Sport en de nota LGB beter op elkaar kunnen aansluiten door in deze nota Sport niet alleen een paragraaf op te nemen over gezondheid, maar ook over gezondheidsachterstanden. Voor wat betreft het proces blijkt uit de interviews dat in de lokale aanpak van gezondheidsachterstanden een duidelijk aanspreekpunt bij VGZ nodig is, en dat inzichtelijk moet zijn waar relevante beleidsmakers zitten.

Sociale zaken

Door de geïnterviewden van sociale zaken wordt de samenwerking met de sector VGZ als goed ervaren. Een voorbeeld is dat in het maatschappelijke opvangbeleid daklozen van de straat worden gehaald. Dit gebeurt met financiële middelen van de ministeries SZW en VWS. Zo moet het niet kunnen daklozen op straat te laten leven, maar het is eveneens een bedreiging voor de gezondheid. Door het bundelen van financiering zijn met deze groep goede resultaten behaald. Een aantal geïnterviewden geeft aan dat de resultaten op inhoud nog wel bescheiden zijn. In Box 5.8 staat een

voorbeeld over hoe mensen om kunnen gaan met gezondheidsbeperkingen, waardoor ze toch weer aan het werk kunnen.

Box 5.8 Voorbeeld Gezond aan de slag

In het project Gezond aan de slag wordt geprobeerd om mensen met a-specifieke gezondheidsklachten weer aan het werk te helpen. Het resultaat was dat de ervaren gezondheid duidelijk was verbeterd, maar de objectieve maten waren minder duidelijk verbeterd. De echte oogst op het gebied van arbeidsparticipatie moet op langere termijn blijken. Na invoering van de Wet Werk en Bijstand 2004 is het aantal mensen dat in de bijstand zit flink gedaald. Hierdoor zijn vooral mensen met gezondheidsklachten overgebleven. Er wordt verder gewerkt aan het omgaan met gezondheidsbeperkingen om toch te kunnen werken. Het hebben van een baan kan ook gezondheid opleveren via participatie en weer meedoen.

Wonen/ruimte

Uit de interviews met de sectoren wonen/ruimte blijkt dat voor samenwerking in eerste instantie bewustzijn nodig is over de samenhang tussen de verschillende beleidssectoren. In gemeenten is de druk op allerlei integrale samenwerkingen echter zo hoog dat mensen selecteren op relevantie, noodzaak en urgentie. Dat geldt ook voor politiek en ambtenaren. Geïnterviewden geven aan dat, als de relatie duidelijk is, het niet meer zo nodig is om te lobbyen. De betrokkenheid van de sector ruimtelijke ordening (RO) kan worden vergroot door het aanleveren van begrijpelijke informatie over gezondheid en ziekte, dat wil zeggen dat de gezondheidssector informatie zodanig aan dient te leveren dat de sector RO er wat mee kan. Hoewel de samenwerking in een aantal gemeenten redelijk tot stand komt, is meer actie nodig. Zo geeft een geïnterviewde aan dat effecten van maatregelen uit RO op gezondheidsachterstanden niet duidelijk zijn, maar er genoeg stimulerende ontwikkelingen zijn om door te gaan (zoals gezonde wijk).

5.7 Samenvattende resultaten beleidsproces

In dit hoofdstuk is ingegaan op de onderzoeksvraag ‘Op welke manier wordt samengewerkt tussen beleidssectoren om de gezondheidsachterstanden van burgers terug te dringen?’ Op basis van de resultaten blijkt samengevat het volgende:

1. Om gezondheidsachterstanden terug te dringen werkt de sector VGZ vooral samen met de sectoren jeugd, onderwijs, sport en sociale zaken. De sector VGZ wil meer samenwerken met de fysieke sectoren (ruimte, wonen) en externe partijen (publiek-privaat).
2. Samenwerkingsafspraken tussen sectoren hebben vooral betrekking op inhoud. Het gaat dan vaker om projectmatig intersectoraal samenwerken dan om structureel samenwerken rond beleid. Procesafspraken (onder andere werkwijze IGB, rol) worden niet altijd gemaakt.
3. De samenwerkingsstructuren wisselen sterk per gemeente en zijn afhankelijk van onderwerp en/of partners. Samenwerking krijgt in het begin vooral vorm door het uitwisselen van informatie en het op elkaar afstemmen van activiteiten; in een later stadium ook door het werken aan een gezamenlijke doelstelling (vooral rond gezondheidsthema's).
4. Verschillende beleidssectoren zien het belang van intersectorale samenwerking als er zicht is op resultaat en vinden een breed gedragen visie op IGB belangrijk. Er dient wel te worden aangesloten bij de voorkeurswerkwijze en organisatie van de gemeente.
5. De beleidsambtenaar VGZ vervult verschillende rollen, maar de regierol voor een IGB-aanpak op het gebied van gezondheidsachterstanden is niet altijd vanzelfsprekend. Het bewaken van bestuurlijke beslissingen van ander beleid op gezondheidseffecten wordt nauwelijks genoemd.
6. De sectoren weten elkaar over het algemeen goed te vinden. In grotere gemeenten is de wijkaanpak een effectieve insteek om samen te werken rond gezondheidsachterstanden. Hier zijn relevante sectoren en partijen al betrokken. In kleinere gemeenten is de vindplaats van mensen met een lage SES echter niet altijd geconcentreerd in één wijk of op één school. Dat maakt samenwerken tussen sectoren lastiger.

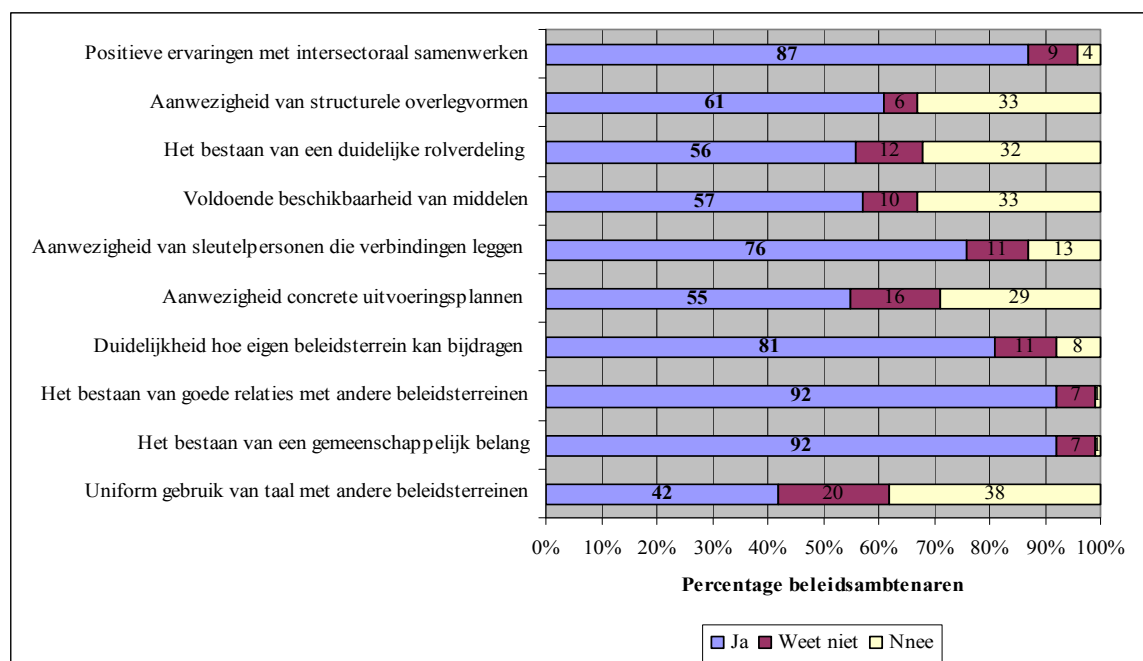
6 Bevorderende en belemmerende factoren

Dit hoofdstuk beschrijft de belemmerende en bevorderende factoren in het intersectoraal samenwerken op het gebied van gezondheidsachterstanden (de derde onderzoeksvraag). Er wordt ingegaan op de percepties van beleidsambtenaren op het gebied van factoren met een positieve en negatieve invloed op de intersectorale samenwerking, politieke factoren en context, voor- en nadelen van intersectorale samenwerking en overige randvoorwaarden (deskundigheid, kennis en informatie en ondersteuning).³² De resultaten zijn afkomstig uit de digitale vragenlijsten (123 respondenten) en de verdiepende interviews (32 geïnterviewden).

6.1 Factoren met positieve en negatieve invloed op samenwerking

6.1.1 Belangrijke positieve factoren zijn het bestaan van goede relaties en gemeenschappelijk belang

In Figuur 6.1 staan verschillende factoren die van positieve invloed kunnen zijn op de intersectorale samenwerking om gezondheidsachterstanden terug te dringen. Beleidsambtenaren ervaren het bestaan van goede relaties met andere beleidssectoren en het bestaan van een gemeenschappelijk belang als het meest positief. Dat geldt in minder mate ook voor eerdere positieve ervaringen met intersectoraal samenwerken, duidelijkheid over hoe de eigen beleidssector kan bijdragen aan het oplossen van de problematiek en de aanwezigheid van sleutelpersonen die verbindingen kunnen leggen tussen problemen. Aanvullende factoren die respondenten noemen, zijn het overwinnen van cultuurverschillen, het complementair aan elkaar zijn en het voelen van een gedeelde urgentie.

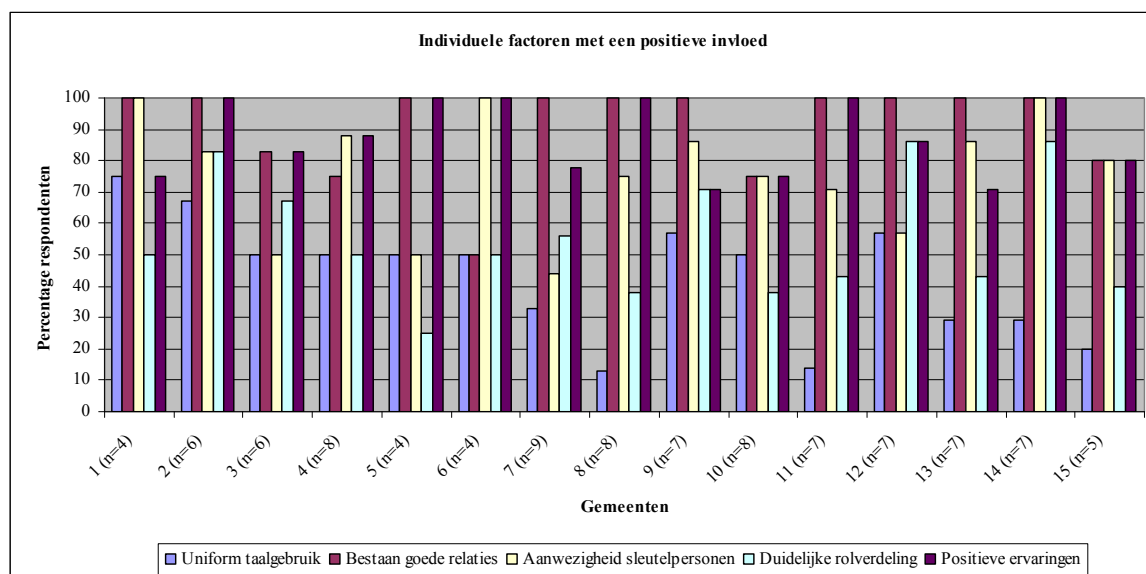


Figuur 6.1 Factoren met een positieve invloed op de intersectorale samenwerking

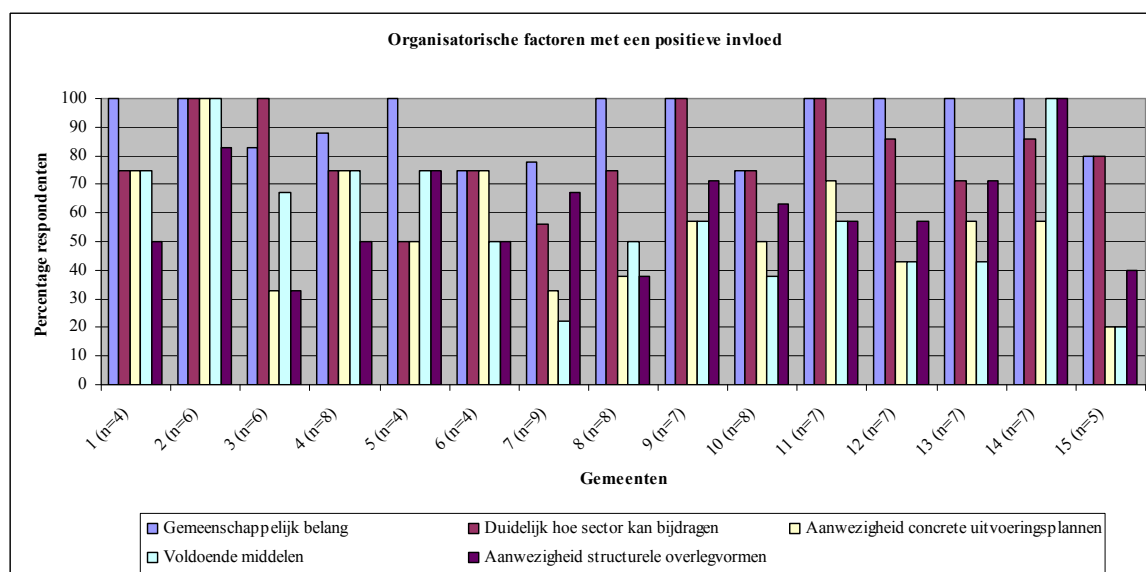
³² Zie Bijlage V voor de bijbehorende vragen van deze elementen. De vragen over factoren zijn via meerkeuzevragen voorgelegd.

6.1.2 Grote variatie in gemeenten voor individuele en organisatorische factoren

Figuren 6.2 en 6.3 laten zien dat er verschillen zijn tussen gemeenten over factoren met een positieve invloed op de intersectorale samenwerking.³³ Hierin is een onderscheid te maken tussen individuele en organisatorische factoren. Gemeenten variëren organisatorisch bijvoorbeeld vooral in concrete uitvoeringsplannen en voldoende middelen. Zo kan het zijn dat krachtwijken mogelijk vaker beschikken over concrete uitvoeringsplannen door de uitvoering van de wijkaanpak. Dat geldt ook voor de extra financiering hiervan. In een aantal gemeenten worden zowel individuele als organisatorische factoren als positief ervaren door alle beleidsambtenaren, zoals gemeenten 2 en 14. Dit is mogelijk te verklaren door politiek en bestuurlijk draagvlak voor integraal werken in deze gemeenten (zie 6.2).



Figuur 6.2 Verschillen tussen gemeenten voor individuele factoren met positieve invloed

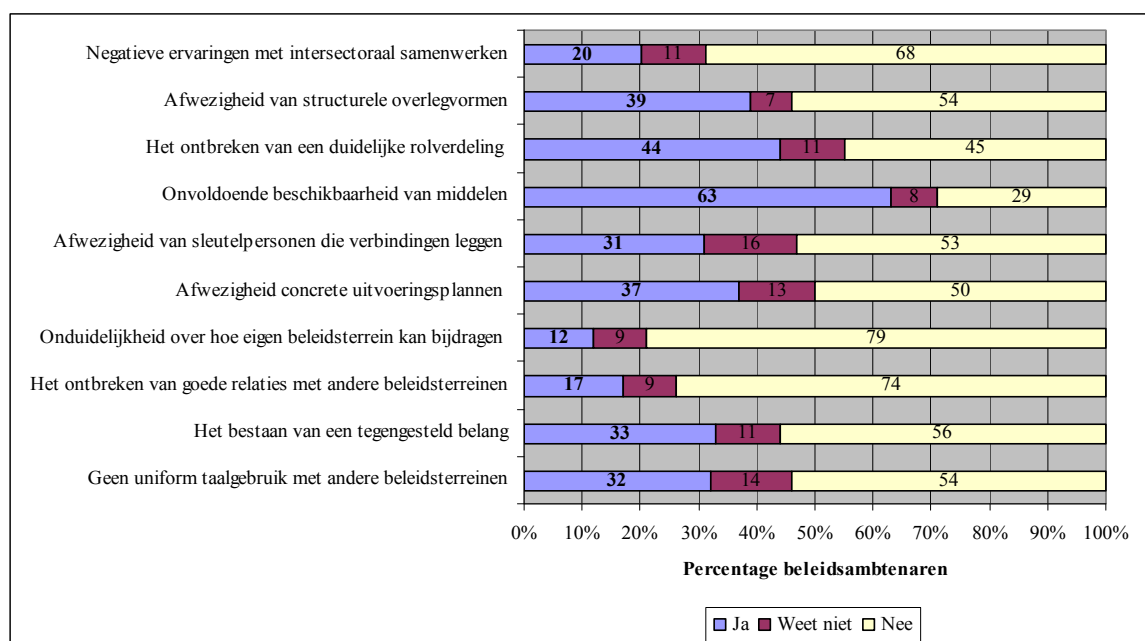


Figuur 6.3 Verschillen tussen gemeenten voor organisatorische factoren met positieve invloed

³³ Zie Bijlage IX, Tabel 1 voor de percentages uit de Figuren 6.2 en 6.3.

6.1.3 Onvoldoende beschikbaarheid van middelen belangrijkste factor met negatieve invloed

In Figuur 6.4 is te zien dat respondenten factoren met een negatieve invloed minder vaak noemen dan factoren met een positieve invloed om intersectoraal samen te werken.³⁴ Onvoldoende beschikbaarheid van middelen (zoals menskracht en geld) wordt als meest negatief ervaren. Andere belemmerende factoren zijn het ontbreken van een duidelijke rolverdeling, afwezigheid van structurele overlegvormen en afwezigheid van concrete uitvoeringsplannen. Negatieve factoren die respondenten ook naar voren brengen zijn concurrentie, het niet duidelijk uitspreken welke rol de gemeente wil spelen op het domein van VGZ en versnippering van verantwoordelijkheden tussen en binnen bestuurslagen.



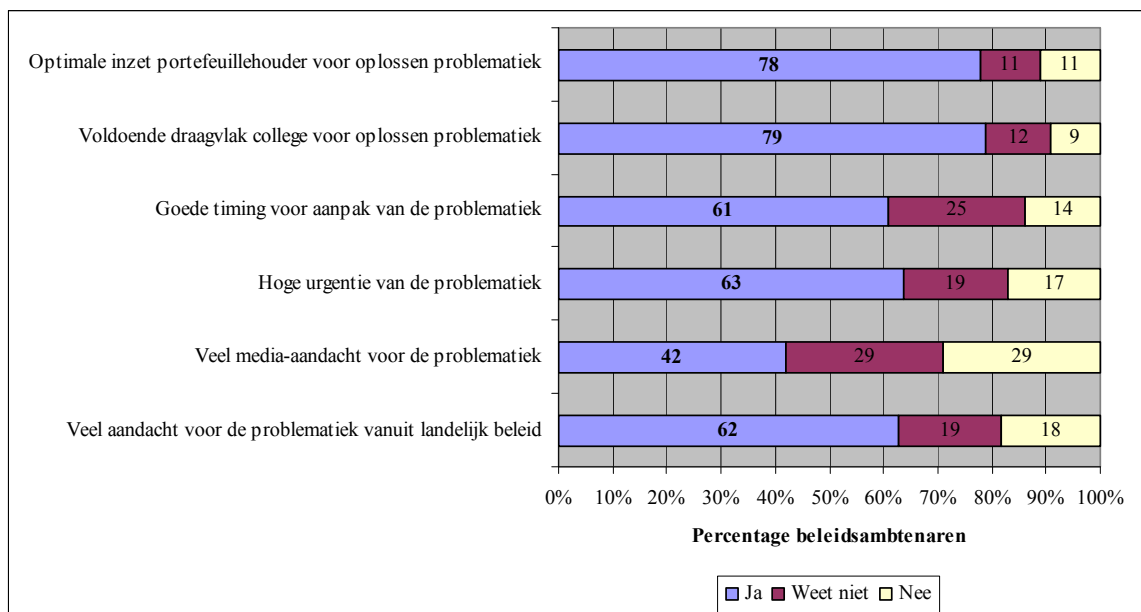
Figuur 6.4 Factoren met een negatieve invloed op de intersectorale samenwerking

6.2 Politieke factoren en context

6.2.1 Voldoende draagvlak voor gezondheidsachterstanden blijkt positief

De resultaten van politieke factoren die respondenten als positief ervaren, staan in Figuur 6.5. Voldoende draagvlak in het college voor het oplossen van deze problematiek en optimale inzet van de portefeuillehouder (leiderschap) worden het meest genoemd. Aanvullend noemen zij dat landelijk beleid ver vooruit loopt op lokale thema's. Zij vinden het dan ook niet effectief om in te zetten op een onderwerp dat landelijk geen duidelijke politieke prioriteit heeft. Uit de interviews komt naar voren dat de politiek vooral op korte termijn resultaten wil zien. Daarom is het van belang gezondheid(sachterstanden) te agenderen en de urgentie goed te onderbouwen voor de lokale politiek. Geïnterviewden geven echter aan dat preventie moeilijk verkoopbaar is, doordat de meeste investeringen pas op langere termijn effecten laten zien. Ook is gezondheid nog vaak geassocieerd met zorgvraagstukken, waardoor de benadering vooral vanuit ziekten en/of zorgkant plaatsvindt.

³⁴ Om deze reden wordt voor de factoren met een negatieve invloed niet gekeken naar de verschillen per gemeente.



Figuur 6.5 Politieke factoren met een positieve invloed op intersectorale samenwerking

6.2.2 Politiek en bestuurlijk draagvlak voor IGB als werkwijze is nog onvoldoende

Meerdere geïnterviewden geven aan dat op lokaal niveau de politieke en bestuurlijke aandacht voor IGB als werkwijze onvoldoende is. Zij geven aan dat de visie van de gemeente op integraal werken hierin bepalend is. Een gemeentebestuur dat intersectorale samenwerking uitdraagt, maakt het gemakkelijker de samenwerking op ambtelijk niveau structureel te maken (zie Box 6.1). Geïnterviewden geven aan dat er sprake dient te zijn van een gedeelde verantwoordelijkheid en dat andere wethouders mee dienen te denken. Het bestuurlijk vastleggen van intersectorale samenwerking werkt volgens geïnterviewden bevorderend op de uitvoering van IGB. Het is ook belangrijk om de samenwerking met andere beleidssectoren expliciet te benoemen. Hoe explicieter de samenwerking, hoe gemakkelijker het volgens geïnterviewden is een bepaald plan uit te voeren.

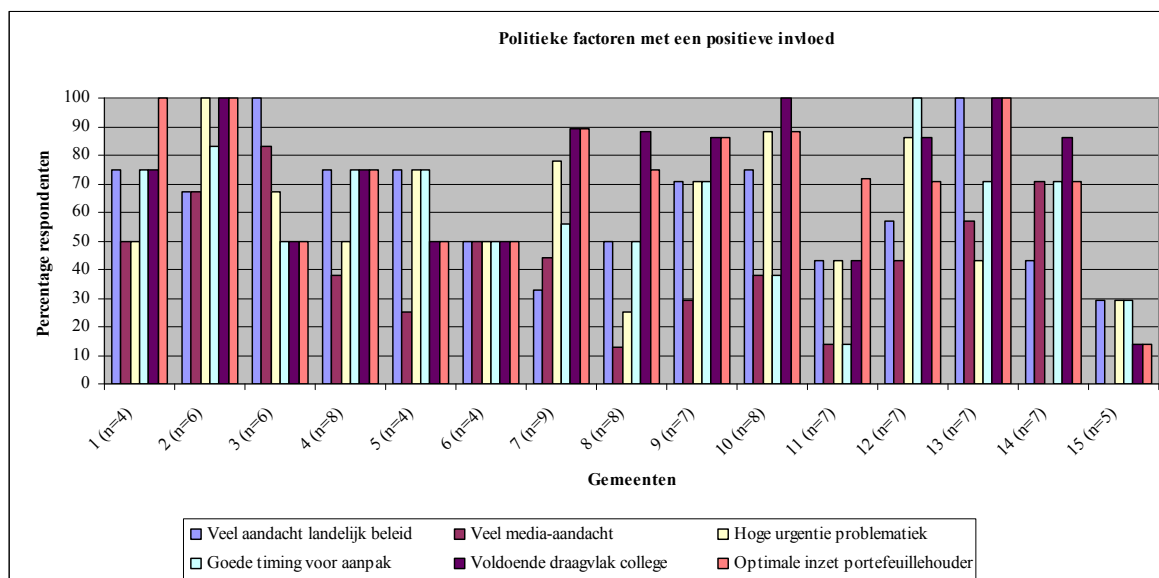
Box 6.1 Politiek en bestuurlijk draagvlak

In een gemeente blijkt de wil om samen te werken uit het feit dat alle dienstdirecteuren op elkaars stoel hebben gezeten, met als doel elkaars werk en cultuur te proeven. Zo heeft iemand van dienst stedenbouw bij volksgezondheid gezeten en iemand van volksgezondheid heeft meegelopen bij de economische sector. Het omgaan met verschillende belangen heeft ook te maken met de directeuren in de gemeenten.

6.2.3 Een aantal gemeenten scoort positief op meer dan de helft van de politieke factoren

Uit Figuur 6.6 blijkt dat er verschillen zijn tussen gemeenten voor de politieke factoren die als meest positief worden ervaren.³⁵ In een aantal gemeenten wordt door de beleidsambtenaren meer dan de helft van de politieke factoren als positief ervaren om intersectoraal samen te werken. Dit zijn ook gemeenten waarin verschillende sectoren met hun beleid en bijbehorende activiteiten bewust bijdragen aan het terugdringen van gezondheidsachterstanden.

³⁵ Zie Bijlage IX, Tabel 3 voor de percentages uit Figuur 6.6.



Figuur 6.6 Verschillen tussen gemeenten voor politieke factoren met een positieve invloed

6.3 Voor- en nadelen van intersectorale samenwerking

6.3.1 Voordelen wegen volgens VGZ op tegen de nadelen in de samenwerking

De meest genoemde voordelen door de beleidsambtenaren VGZ zijn het behalen van gezondheidswinst, het verbinden en versterken van elkaars beleid, en het bundelen van financiering (zie Box 6.2). In een aantal gemeenten is de ambtelijke organisatie doorgelicht om te zoeken naar verbindingen tussen de beleidssectoren. Cofinanciering door andere sectoren kan een belangrijke rol spelen in de integrale aanpak van gezondheidsachterstanden.

Box 6.2 Genoemde voordelen van intersectorale samenwerking door beleidsambtenaren VGZ

Meer gezondheidswinst

- Er wordt goed in beeld gebracht wat de problemen zijn en wat de mogelijke oplossingen zijn (ook bij andere sectoren).
- Er is meer gezondheidswinst te behalen door slimmer samen te werken met andere sectoren.

Versterken van elkaars beleid

- Men bundelt krachten en versterkt elkaars beleidsdoelen.
- Effecten zijn op verschillende beleidssectoren tegelijk te behalen, zoals op gezondheid, leerprestaties, inzet arbeidsproces, kwaliteit van leven.
- Er ontstaat gedeelde verantwoordelijkheid en meer diepgang in beleid.
- Het beleid van gemeenten kan meer een geheel vormen van de gemeenten.
- Verbindingen tussen het beleid van de verschillende beleidssectoren worden versterkt.
- Het is een voordeel om aan de voorkant van de beleidsontwikkeling al met een brede blik te kijken.

Bundelen financiering

- In het kader van bezuinigingen is het van belang geld slimmer in te zetten en te kijken naar parallelle belangen.
- Door cofinanciering door verschillende beleidssectoren is meer winst te behalen.

Ondanks het feit dat uit de interviews blijkt dat de voordelen van het intersectoraal samenwerken volgens de respondenten opwegen tegen de nadelen, komen wel meerdere knelpunten naar voren. Over het algemeen weerhouden deze knelpunten gemeenten er niet van om intersectoraal samen te werken rond gezondheid(sachterstanden). In Box 6.3 staan nadelen genoemd, zoals de grote tijdsinvestering om intersectoraal samen te werken (vooral in het begin), de cultuurverschillen tussen de verschillende beleidssectoren en de grote diversiteit van samenwerkingspartners waar een beleidsambtenaar VGZ mee te maken krijgt.

Box 6.3 Genoemde nadelen in intersectorale samenwerking door VGZ

Grote tijdsinvestering

- Het kost voorbereidingstijd om tot eenzelfde probleemstelling of doelstelling te komen.
- Het kost geld en tijd om met alle betrokken partijen af te stemmen.
- Het duurt langer, omdat het niet alleen gaat om afstemming op bestuurlijk niveau, maar ook op politiek niveau.
- De VGZ is afhankelijk van andere beleidssectoren en dat kan vertragend werken in het proces.
- Het lijkt eenvoudig vanuit het eigen terrein gezondheid in te brengen, maar het is niet haalbaar bij alle beleidssectoren betrokken te zijn (waan van de dag, volle agenda's).
- Mensen zijn niet altijd beschikbaar om in een vroeg stadium te participeren in andere beleidssectoren.

Cultuurverschillen

- Er is nog veel onbekendheid met elkaars werktterrein, vooral bij het betrekken van nieuwe partijen.
- Cultuurverschillen kunnen aanzienlijk zijn (spraakverwarring is mogelijk).
- Doelen met betrekking tot gezondheid worden op een ander niveau gesteld en zijn minder hard.
- De ene sector heeft meer te maken met wet- en regelgeving dan de andere sector.
- Verschillende belangen van de verschillende beleidssectoren kunnen botsen.

Diversiteit van samenwerkingspartijen

- Men heeft met veel verschillende sectoren en partijen te maken bij verschillende problematiek.
- Het is niet haalbaar voor de gezondheidssector op de hoogte te zijn van alle ontwikkelingen binnen andere beleidssectoren.
- De manier van samenwerken hangt ook erg af van bepaalde personen.

6.3.2 Sectoren buiten VGZ zien ook de voordelen van het intersectoraal samenwerken

Net als bij de geïnterviewden binnen de sector VGZ geven beleidsambtenaren buiten de VGZ-sector ook aan dat voordelen van samenwerken opwegen tegen de nadelen. Zij vinden het belangrijk om samen te werken met de sector VGZ. In Tabel 6.1 staan voor- en nadelen die zijn genoemd door de betrokken beleidssectoren in de interviews.

Tabel 6.1 Genoemde voor-/nadelen van samenwerking door beleidsambtenaren buiten de VGZ

Sectoren	Voordelen	Nadelen
Onderwijs /jeugd	Het is positief om met meerdere partners aan een onderwerp te werken in verband met minder versnippering. Het eigen beleid is meer compleet en uitgebalanceerd (vanuit eigen terrein beperkter). Er wordt aanvullend aan gezondheid van mensen in een achterstandssituatie gewerkt. Doelen uit verschillende sectoren kunnen elkaar versterken.	Betrokkenheid van veel partijen kost tijd. Het is ingewikkelder, omdat binnen gemeenten dan meerdere partijen betrokken zijn.
Sport	De VGZ-sector werkt aan beleid dat ook gunstig is voor sport (bijv. aandacht doelgroepen). Er is meereer samenwerking mogelijk op het onderwerp leefstijl als geheel (bijv. kinderen in krachtwijken). Door samenwerken is sneller te signaleren wat nodig is.	Iedereen heeft zijn eigen doelstellingen om voor te strijden. Precieze verdeling van geld is lastig bij samenwerken (bij sectoraal werken is helderder welke middelen voor sport of VGZ beschikbaar zijn).
Sociale zaken	Het samenwerken met verschillende sectoren aan gezondheidsachterstanden wordt door het college uitgedragen, waardoor op ambtelijk niveau samenwerking beter tot stand komt.	Samenwerking zorgt voor logge overlegstructuur waardoor mogelijk alleen gepraat wordt over hoe integraal te werken. In het begin van samenwerking kost het tijd om mensen in een andere mindset te krijgen (reframen).
Ruimte/ wonen	Er kan een bijdrage geleverd worden aan een betere gezondheid voor de bevolking.	Samenwerken kost veel tijd en energie, alle programma's hangen in principe met elkaar samen. Afbakening van domeinen is niet helemaal duidelijk, omdat intersectoraal samenwerken op het gebied van SEGV nog in ontwikkeling is.

6.4 Overige randvoorwaarden

6.4.1 Voldoende kennis is nodig over wat beleidssectoren voor elkaar kunnen betekenen

Geïnterviewden geven aan dat het voor de samenwerking nodig is draagvlak te creëren bij andere sectoren. Het gaat vooral om het zoeken van verbindingen met partijen die belang hebben bij samenwerken op het gebied van gezondheid. Een betere gezondheid vergroot bijvoorbeeld leerprestaties of kansen op werk (gezondheid als middel). Een geïnterviewde geeft aan dat het op den duur wenselijk kan zijn dat andere sectoren zich bewust worden van en zelf verantwoordelijkheid nemen voor het gezondheidsaspect. Om te kijken wat beleidssectoren voor elkaar kunnen betekenen geven geïnterviewden aan dat hierover kennis en informatie nodig is.

6.4.2 Intersectoraal samenwerken vereist andere deskundigheid van beleidsambtenaren

Een ander belangrijk punt dat uit de interviews naar voren komt, is dat intersectorale samenwerking een andere manier van werken vergt. Dat betekent dat er andere vaardigheden en competenties nodig zijn. Competenties die worden genoemd, zijn bijvoorbeeld het leggen van verbindingen, het overbrengen van heldere boodschappen in kleine stappen en het duidelijk onder de aandacht brengen bij andere beleidssectoren hoe op het terrein van gezondheid samengewerkt kan worden. Om intersectorale samenwerking te stimuleren, geven geïnterviewden aan dat het van belang is te investeren in

deskundigheidsbevordering. Hierbij kan ook meer gebruikgemaakt worden van de expertise van de GGD.

6.4.3 Ondersteuning vanuit nationale niveau aan gemeenten is nodig

Landelijke prioriteit en visie

Landelijke prioriteiten zijn nodig om gezondheidsachterstanden via IGB-aanpak ook op de lokale politieke agenda te krijgen. Geïnterviewden binnen en buiten de VGZ-sector geven aan dat als het landelijk geen prioriteit heeft, het vooral afhangt van de lokale prioriteiten of deze werkwijze om gezondheidsachterstanden aan te pakken op de agenda komt. Het college heeft immers ook met andere collegevoorstellen te maken en dient hierin afwegingen maken. Uit de interviews komt naar voren dat het van belang is dat ministeries duidelijk uitdragen welke kant zij op willen met de samenleving.

Financiële ondersteuning

Een aantal geïnterviewden geeft aan dat financieringsstromen niet meer parallel lopen met intersectorale samenwerking. Dat heeft er mee te maken dat alleen verantwoording afgelegd hoeft te worden over het eigen domein. De overheid kan hieraan een bijdrage leveren door samen te werken met verschillende ministeries in de aanpak van achterstanden en het verkokerde denken los te laten. Alle geïnterviewden geven aan dat ministeries een belangrijke rol hebben in de financiering van gemeenten. Voorbeelden zijn de impulsregelingen Buurt-Onderwijs-Sport en het Nationaal Actieplan Sport en Bewegen vanuit de sportsector. Uit de interviews blijkt het een belemmering dat er veel mogelijkheden voor subsidies zijn, maar dat gemeenten zelf moeten zorgen voor cofinanciering.

Faciliterende rol

Uit de interviews blijkt dat de ministeries een faciliterende rol hebben om gemeentelijke sectoren te stimuleren aan de slag te gaan met intersectorale samenwerking. De overheid en kennisinstituten moeten mogelijkheden op dit gebied communiceren, zoals concrete adviezen aan gemeenten voor de uitvoering, en succesvoorbeelden. Zo geven geïnterviewden aan dat handreikingen voor gemeenten welkom zijn met manieren en onderwerpen waarop integraler kan worden samengewerkt tussen de sectoren binnen en buiten VGZ. Hiermee kunnen ministeries lokale effectieve en samenhangende maatregelen stimuleren met als doel gezondheidswinst te behalen. Een betere afstemming tussen ministeries onderling zal ook het integraal werken op lokaal niveau kunnen stimuleren.

6.5 Samenvattende resultaten bevorderende en belemmerende factoren

In dit hoofdstuk is ingegaan op de onderzoeksvraag ‘Wat zijn de bevorderende en belemmerende factoren in de intersectorale samenwerking op gemeentelijk niveau om gezondheidsachterstanden terug te dringen?’ Op basis van de resultaten blijkt samengevat het volgende:

1. De meest genoemde positieve factoren om intersectoraal samen te werken zijn het bestaan van een goede relatie tussen de verschillende sectoren en het werken aan een gemeenschappelijke doelstelling. De meest genoemde negatieve factor is het ontbreken van voldoende middelen. Er bestaat wel een grote variatie tussen gemeenten in factoren die als positief worden ervaren.
2. Intersectorale samenwerking rond gezondheidsachterstanden op ambtelijk niveau komt beter tot stand in gemeenten met voldoende politiek en bestuurlijk draagvlak. In meerdere gemeenten lijkt politiek draagvlak voor IGB als (standaard) werkwijze nu nog onvoldoende.
3. Genoemde voordelen van intersectoraal samenwerken zijn het behalen van gezondheidswinst, het versterken van elkaars beleid en het bundelen van financiering; nadelen zijn de grote tijdsinvestering om met verschillende sectoren samen te werken en de diversiteit van samenwerkingspartners.

4. Meerdere gemeenten zijn nog zoekende naar wat sectoren voor elkaar kunnen betekenen in de intersectorale samenwerking. Nationale ondersteuning is mogelijk door het communiceren van de juiste kennis hierover. Dat geldt evenzeer voor het stellen van gezondheidsachterstanden als landelijke prioriteit en het ontwikkelen van een duidelijke beleidslijn op IGB.

7 Relevante elementen voor een succesvolle samenwerking rond IGB

Dit hoofdstuk beschrijft de relevante elementen voor een succesvolle samenwerking rond integraal gezondheidsbeleid (IGB) op gemeentelijk niveau (de vierde onderzoeksvraag). Deze elementen zijn voornamelijk gebaseerd op de resultaten uit de hoofdstukken 4 tot en met 6 (digitale vragenlijsten en interviews). Daarnaast is gebruikgemaakt van de uitkomst van de werkconferentie ‘Samenwerken op lokaal niveau: van succes- en faalfactoren naar actiepunten’ (d.d. 9 december 2009). Hierin wordt een aantal concrete voorbeelden genoemd die illustratief zijn (zie onderstaande boxen). Een overzicht van relevante elementen kan (beleidsambtenaren van) gemeenten helpen bij het intersectoraal samenwerken rond gezondheid(sachterstanden). Veel van deze elementen sluiten aan bij de theoretische achtergronden beschreven in Bijlage IV. In paragraaf 8.2 volgt een discussie over voorwaarden die op nationaal niveau van belang zijn om gemeenten verder te ondersteunen.

7.1 Formuleren concrete doelen in aanpak gezondheidsachterstanden

In de aanpak van gezondheidsachterstanden is het van belang om concrete doelstellingen te formuleren, niet alleen op het terrein van leefstijl en gezondheid, maar ook op het terrein van de woonomstandigheden, de sociaaleconomische status en de arbeidsdeelname van mensen met een slechte gezondheid. Het Albedamodel kan als uitgangspunt worden gebruikt. Deze doelstellingen kunnen in de nota's Lokaal gezondheidsbeleid (LGB) van de gemeenten worden opgenomen. Voor zicht op de bereidheid tot het vaststellen van concrete doelstellingen is het van belang de sectoren buiten de sector volksgezondheid (VGZ) al in een vroeg stadium te betrekken of door aan te sluiten bij nota's van andere beleidssectoren.

7.2 Inventariseren activiteiten en meer in samenhang toepassen

In gemeenten zijn diverse activiteiten beschikbaar met mogelijke invloed op (determinanten van) gezondheidsachterstanden. Het is van belang deze activiteiten meer in samenhang en gecoördineerd in te zetten. Dit kan door eerst te inventariseren welke activiteiten vanuit verschillende sectoren en partijen in gunstige zin (kunnen) bijdragen (zie Box 7.1), en dit vervolgens te monitoren op uitvoering en effect. Dat zorgt er ook voor dat de sturing op de aanpak (op basis van resultaten) beter mogelijk wordt.

Box 7.1 Voorbeelden om activiteiten meer in samenhang en gecoördineerd in te zetten

- overzicht van bestaande activiteiten maken en aanknopingspunten benoemen;
- aanhaken bij bestaande activiteiten en niet altijd een nieuw programma opzetten;
- bewustwording vergroten van intersectoraal samenwerken;
- aandacht voor procesmanagement en daarmee faciliteren van de intersectorale samenwerking (sturing).

7.3 Aansluiten met gezondheid bij gemeentelijke thema's

Gemeenten werken op diverse manieren aan het terugdringen van gezondheidsachterstanden, zoals projecten rond de thema's overgewicht of alcohol en/of programma's rond wijk of school (met gezondheidsachterstanden als (sub)doelstelling). Het is van belang aan te sluiten bij overkoepelende gemeentelijke thema's, waarbij het kan helpen als op lokaal niveau inspirerende gemeentelijke doelen

door wethouders worden gesteld. Meerdere sectoren en partijen kunnen dan samenwerken rond een dergelijk thema (bijvoorbeeld maatschappelijke participatie, duurzaamheid). Het thema bepaalt met welke sectoren en partijen kan worden samengewerkt. In krachtwijken is het bijvoorbeeld van belang met gezondheidsinterventies aan te sluiten bij de doelstellingen van de krachtwijken. Gezondheid wordt dan als thema benoemd en de regie vindt plaats vanuit het programma en niet vanuit de sector VGZ.

7.4 Verbinden van beleid en versterken parallelle belangen

In de aanpak van complexe gezondheidsproblemen heeft de sector VGZ andere sectoren en partijen nodig. Het is van belang te zoeken naar verbindingen en wederzijdse belangen te versterken. Dit is mogelijk door te benoemen wat andere beleidssectoren al doen op het gebied van gezondheid,³⁶ zoals wijkaanpak, WMO, sportbeleid en participatiebeleid. Andersom is het belangrijk inzichtelijk te maken wat gezondheid voor andere beleidssectoren kan betekenen om een wisselwerking te laten ontstaan (zie Box 7.2).

Box 7.2 Voorbeelden om beleid te verbinden en parallelle belangen te versterken

- wederzijdse oriëntatie om te zoeken naar verbindingen en raakvlakken;
- gebruik kennis over de invloed van gezondheid op andere sectoren en vice versa;
- inzichtelijk maken wat een gezonde beleidskeuze is (bijvoorbeeld via bewakingsrol);
- elke sector zoveel mogelijk benaderen in zijn eigen taal;
- met simpele taal duidelijk maken wat gezondheid voor de andere beleidssector kan betekenen (bijvoorbeeld met beeldend materiaal);
- concreet de parallelle belangen tussen beleid benoemen: economisch en maatschappelijk.

7.5 Aanwijzen van een IGB-trekker (probleemhouder)

Door in gemeenten een IGB-trekker aan te wijzen is er een probleemhouder en duidelijk aanspreekpunt beschikbaar. Deze persoon kan de verantwoordelijkheid nemen om het proces van intersectorale samenwerking te begeleiden (bij elkaar brengen van partijen, afspraken maken over de manier van samenwerken), maar ook te sturen op bewustwording en personen (zichtbaar maken hoe andere sectoren kunnen bijdragen). Een probleemhouder dient dwarsverbanden en parallelle belangen te zien, maar bovenal ambitieus en gemotiveerd te zijn. Competenties van mensen zijn van belang voor de vertaling van het beleid naar de praktijk, maar zijn nog belangrijker voor het proces.

7.6 Zicht op netwerk en samenwerking daar waar mogelijk uitbreiden

De gemeentelijke thema's en prioriteiten bepalen met welke sectoren wordt samengewerkt. De samenwerking rond gezondheid(sachterstanden) komt vaker tot stand met de sociale beleidssectoren (zoals jeugd, onderwijs, sport en sociale zaken). Het is belangrijk deze successen door te pakken in gemeenten en zicht te hebben op het netwerk van relevante partners. Er is nog een wereld te winnen in de samenwerking met de fysieke beleidssectoren (zoals ruimte, wonen, mobiliteit en milieu) en met publiek-private partijen in de vorm van meer informatie-uitwisseling en afstemming van activiteiten. Een publiek-private samenwerking kan worden versterkt door in te spelen op maatschappelijk

³⁶ Andere sectoren zijn zich er niet altijd van bewust dat zij al bijdragen aan gezondheid, waardoor er sprake is van sectoraal beleid (door dit beleid bewust ook in te zetten voor gezondheid(sachterstanden) is omslag mogelijk naar intersectoraal of integraal gezondheidsbeleid).

verantwoord ondernemen van bedrijven, waarbij gezondheid van mensen in een achterstandssituatie een belangrijke rol kan spelen.

7.7 Investeren in relaties met andere sectoren en partijen

Voor samenwerking is een goede relatie tussen de beleidsambtenaren van de verschillende sectoren van belang. Daarom moet geïnvesteerd worden in deze relaties (juist ook met de fysieke sectoren). Het is van belang om te weten hoe andere sectoren in elkaar zitten en onbekendheid met de andere sector weg te nemen (zie Box 7.3).

Box 7.3 Voorbeelden om te investeren in relaties met andere sectoren

- leer elkaars taal spreken door meeloopdagen en bestuderen nota's andere beleidssectoren;
- probeer de relatie te verankeren in structuren (vanzelfsprekendheid);
- werk van klein naar groot, van zacht (sociaal) naar hard (fysiek); begin dus bij dingen die eenvoudig te realiseren zijn;
- denk bovensectoraal, en niet alleen vanuit de positie als beleidsambtenaar;
- profileer op gezondheid (open dag, website);
- luister naar de andere beleidssectoren (zonder eigen agenda);
- het is van belang om intervisie en informatie uit te wisselen.

7.8 Oplossingen zoeken voor tekort aan menskracht en geld

Een veel genoemd knelpunt door gemeenten is dat intersectoraal werken veel tijd en geld kost. Het is daarom van belang oplossingen te zoeken voor het tekort aan menskracht en middelen, zodat dit intersectoraal werken in gemeenten niet in de weg staat (zie Box 7.4). In de tijd van bezuinigingen lijkt het niet haalbaar om meer mensen of middelen te vragen, maar lijkt het juist verstandig in te zetten op het behouden van de huidige hoeveelheid en vanuit de bestaande functies pionnen en sleutelfiguren in te zetten (met ook een IGB-trekker). Voor de financiering is het belangrijk te zoeken naar structurele financiering en/of programma's.

Box 7.4 Voorbeelden om oplossingen te zoeken voor menskracht en middelen

- bundelen van middelen, maar dan wel weten wat er bij andere sectoren speelt;
- oormerken van een deel van het gemeentefonds voor gezondheid/IGB (collegebreed commitment);
- de sector zijn 'eigen werk' laten doen door directe gezondheidsaspecten in eigen beleid mee te nemen;
- slechten bureaucratische obstakels om dingen efficiënter te regelen;
- capaciteit regionaal inzetten in plaats van lokaal (ook gebruikmaken van expertise GGD);
- geld 'gebruiken' en inzetten van andere sectoren.

7.9 Inzetten op politiek en bestuurlijk draagvlak

Voldoende draagvlak op politiek en bestuurlijk niveau is een belangrijke voorwaarde om de hierboven genoemde elementen te realiseren. Een breed gedragen college om intersectoraal samen te werken aan gezondheidsachterstanden werkt positief door op ambtelijk niveau. Het is daarom belangrijk in te zetten op draagvlak op zowel bestuurlijk als politiek niveau. Dat betekent gezondheid(sachterstanden) politiek goed agenderen en met een goed verhaal komen waarom dit integraal of intersectoraal opgepakt moet worden. Het college heeft immers ook met andere collegevoorstellen te maken en moet hierin afwegingen maken. Een gemeentebestuur dat intersectorale samenwerking uitdraagt, werkt stimulerend voor de verschillende sectoren om ook meer met elkaar te gaan samenwerken. (zie Box 7.5).

Box 7.5 Voorbeelden om politiek en bestuurlijk draagvlak te vergroten

- collegeprogramma's screenen en actief aanknopingspunten benoemen;
- zichtbaar en duidelijk maken dat gezondheid een bijdrage kan leveren aan deze politiek en bestuurlijk belangrijke maatschappelijke thema's;
- agendasetting en het actief uitdragen gezondheid:
 - waar mogelijk;
 - op alle niveaus (gemeente, organisaties, bevolking);
 - informeren over het probleem;
 - informeren over effecten/resultaten (dus ook tussentijdse evaluatie);
- gemeente herinneren aan de wettelijke plicht om beleid te beoordelen op gezondheidseffecten (bijvoorbeeld via gezondheidseffectschattingen).

7.10 Stapsgewijs werken en ontwikkelen IGB-visie passend bij gemeente

IGB lijkt vooral tot stand te komen in gemeenten met een gezamenlijke visie op het integraal werken. Het is van belang deze visie (verder) te ontwikkelen passend bij de werkwijze en ontwikkelingen in de gemeenten. Hierdoor kan er overeenstemming zijn over gezondheidsachterstanden, de aanpak hiervan en de betrokkenheid van verschillende sectoren en partijen. IGB in de meest brede zin is echter niet in alle gemeenten haalbaar. Het is belangrijk stapsgewijs te werk te gaan (zie Box 7.6). Dat betekent afwegingen maken in de aanpak, het hierover eens te zijn en deze uiteindelijk vast te leggen in een breed gedragen beleidsvisie.

Box 7.6 Voorbeeld om stapsgewijs te werk te gaan

Om een IGB-aanpak op gemeentelijk niveau te stimuleren is het belangrijk stapsgewijs te werk te gaan. Zo is het direct werken vanuit een breed gedragen IGB-visie veelal te ambitieus. Het is daarom aan te bevelen in kleine stappen te werk te gaan. Het geïntroduceerde volwassenheidsmodel (Bijlage IV) is mogelijk te gebruiken voor gemeenten om zich door te ontwikkelen tot een 'volwassen' organisatie op het gebied van IGB. Aan de hand van dit model worden de volgende stappen doorlopen: (1) globaal belang van IGB om gezondheid te verbeteren en/of gezondheidsachterstanden terug te dringen, (2) IGB en/of integrale aanpak is beschreven (in onder andere nota LGB), (3) bewuste inspanningen vanuit verschillende sectoren om gezondheidsachterstanden terug te dringen, (4) werken vanuit een breed gedragen visie op integraal (gezondheids)beleid, (5) IGB is onderdeel van de organisatiestructuur. De gemeenten uit dit onderzoek zitten vooral in stadium 2 en 3. Slechts een aantal gemeenten werkt vanuit een breed gedragen gemeenschappelijke visie op integraal (gezondheids)beleid (stadium 4).

8 Algemene conclusies en discussie

8.1 Conclusies

Deze rapportage laat de resultaten zien van een onderzoek naar gemeentelijke processen die een rol spelen bij het formuleren en toepassen van integraal gezondheidsbeleid (IGB) om gezondheidsachterstanden terug te dringen. Voor het onderzoek zijn de volgende onderzoeksvragen geformuleerd:

1. Op welke manier wordt inhoudelijk gewerkt door beleidssectoren binnen en buiten het volksgezondheidsdomein om de gezondheidsachterstanden van burgers terug te dringen?
2. Op welke manier wordt samengewerkt tussen beleidssectoren om de gezondheidsachterstanden van burgers terug te dringen?
3. Wat zijn de bevorderende en belemmerende factoren in de intersectorale samenwerking op gemeentelijk niveau om gezondheidsachterstanden terug te dringen?
4. Wat zijn voor de beleidsambtenaren relevante elementen voor een succesvolle intersectorale samenwerking om gezondheidsachterstanden terug te dringen?

Om deze onderzoeksvragen te beantwoorden zijn zowel digitale vragenlijsten als semigestructureerde interviews uitgezet onder beleidsambtenaren binnen en buiten de sector volksgezondheid (VGZ).

Aanvullend is een werkconferentie (met discussiegroepen) georganiseerd. De betrokken beleidssectoren in het onderzoek zijn VGZ, jeugd, onderwijs, sport, mobiliteit, ruimte, wonen, milieu, sociale zaken, integratie, zorg en veiligheid.

De samenvattende resultaten behorende bij de bovenstaande onderzoeksvragen staan beschreven aan het eind van de hoofdstukken 4 tot en met 7. Op basis hiervan is per onderzoeksvraag een algemene conclusie te trekken:

1. De manier waarop inhoudelijk wordt gewerkt aan gezondheidsachterstanden is vanwege de complexiteit van het gezondheidsprobleem per gemeente zeer divers. Er liggen nog veel mogelijkheden voor een verbeterde en samenhangende aanpak van gezondheidsachterstanden.
2. De manier waarop wordt samengewerkt aan gezondheidsachterstanden tussen beleidssectoren is zeer divers en verschilt per gemeente. Samenwerkingsvormen hangen af van gemeentelijke prioriteiten en thema's, de voorkeurswerkwijze en de schaalgrootte van de gemeenten.
3. In gemeenten werken meerdere factoren bevorderend en/of belemmerend op het intersectoraal samenwerken rond gezondheidsachterstanden. Er liggen vooral mogelijkheden als het belang van intersectorale samenwerking op alle niveaus wordt (h)erkend (waaronder politiek en bestuurlijk niveau).
4. Door de diversiteit in gemeenten is er niet één standaard methode om succesvol vorm en inhoud te geven aan IGB in de aanpak van gezondheidsachterstanden. Het gaat dus niet om een aanpak die zomaar is uit te 'rollen' bij gemeenten. Er zijn wel relevante elementen te benoemen om intersectorale samenwerking verder te stimuleren op gemeentelijk niveau (onder andere aansluiten met gezondheid bij gemeentelijke thema's, daar waar mogelijk samenwerkingspartners uitbreiden, stapsgewijs te werk gaan).

8.2 Discussie

Naast relevante elementen op gemeentelijk niveau volgt hieronder een discussie van voorwaarden die op nationaal niveau van belang zijn om gemeenten te ondersteunen in het intersectoraal samenwerken rond gezondheid(sachterstanden).³⁷

8.2.1 Verder uitwerken van IGB-aanpak met relevante elementen

De resultaten uit dit onderzoek kunnen gemeenten ondersteunen die (meer) vorm en inhoud willen geven aan IGB, maar dat alleen is niet voldoende. De opgedane kennis uit dit onderzoek wordt meegenomen in de handleiding Gezonde gemeente die door het Centrum Gezond Leven (CGL, in press) wordt ontwikkeld.³⁸ Om gemeenten echter verder te ondersteunen is het ook belangrijk relevante elementen te vertalen in een IGB-aanpak passend bij de lokale situatie. De diversiteit in gemeenten (onder andere prioriteiten, werkwijze, schaalgrootte) maakt het niet mogelijk vanuit één methodiek te werken. Daarom is het van belang bestaande methodieken voor IGB, zoals de gezondheidseffectschattings, de determinantenbeleidsscreening³⁹ en programmatheorieën met de kennis van nu door te ontwikkelen tot een bruikbare IGB-aanpak. Dat geldt ook voor een goede implementatie hiervan. Verschillende organisaties en kennisinstituten kunnen hierin een rol spelen. In de doorontwikkeling van een IGB-aanpak is het ook belangrijk te leren van elementen uit andere (internationale) methodieken, zoals de EPODE-aanpak⁴⁰. Belangrijke pijlers in deze methodiek zijn: bestuurlijk draagvlak, social marketing-aanpak, onafhankelijke wetenschappelijke expertise, publiek-private partnerships en ketenaanpak.

8.2.2 Verbreden onderzoek naar andere sectoren en niveaus

Uit dit onderzoek blijkt dat er nog veel te winnen valt op het gebied van gezondheidsachterstanden door meer samen te werken met de fysieke beleidssectoren (ruimte, wonen, mobiliteit en milieu) en externe partijen (publiek-private partners, eerstelijnszorg). Ook is het belangrijk gezondheidsachterstanden en IGB-aanpak onder de aandacht te brengen van afdelingshoofden en portefeuillehouders (draagvlak).⁴¹ Hierdoor kan de verantwoordelijkheid in gemeenten op een hoger niveau komen te liggen. Uit een IGB-onderzoek (focus overgewicht) door de Academische Werkplaats Publieke Gezondheid Limburg blijkt dat voor een goede intersectorale samenwerking portefeuillehouders, afdelingshoofden en beleidsambtenaren nauw met elkaar dienen samen te werken (Steenbakkers et al., 2010). De gemeenten kunnen ook de GGD meer inzetten (als adviseur) om andere sectoren te overtuigen van het belang om vanuit die sector aan gezondheid te werken. De GGD heeft immers de beschikking over lokale onderzoeksgegevens uit monitors om dit te illustreren, zoals binnen- en buitenmilieu, leefomgeving, inkomen en sociale veiligheid. Om gemeenten te ondersteunen dienen dergelijke mogelijkheden verder onderzocht te worden, zowel met andere sectoren als op andere niveaus. Op deze manier kan er voldoende aandacht ontstaan voor een effectieve lokale IGB-aanpak.

8.2.3 Faciliteren van kennisbeleid en deskundigheidsbevordering

De complexiteit van gezondheidsachterstanden maakt de uitvoering van een effectieve IGB-aanpak lastig. Vooral als verschillende sectoren en hun activiteiten een bijdrage leveren aan dit complexe gezondheidsprobleem. In de IGB-praktijk kan er immers sprake zijn van verschillende doelen,

³⁷ Aan de hand van onder meer dit onderzoeksrapport volgt nog apart een advies voor het ministerie van VWS om intersectorale samenwerking in de aanpak van gezondheidsachterstanden op gemeentelijk niveau verder te stimuleren (zie ook paragraaf 1.7).

³⁸ De handleiding Gezonde gemeente is in november 2010 beschikbaar voor lokale professionals.

³⁹ De determinantenbeleidsscreening (DBS) beschrijft de sectoren die kunnen bijdragen aan een belangrijk VGZ-probleem. Van daaruit wordt in kaart gebracht welke invloed de andere beleidssectoren dan de sector VGZ hebben op dit VGZ-probleem.

⁴⁰ EPODE (Ensemble, Prévenons l'Obésité Des Enfants) biedt een effectieve geïntegreerde lokale aanpak om overgewicht bij kinderen én volwassenen terug te dringen. JOGG (Jongeren op Gezond Gewicht) is de Nederlandse vertaling hiervan.

⁴¹ Door afbakening zijn portefeuillehouders en afdelingshoofden niet in dit onderzoek betrokken.

activiteiten en wisselende sectoren en partijen. Het gebruik van kennis en goede voorbeelden kan gemeenten ondersteunen in het intersectoraal samenwerken rond gezondheid(sachterstanden). Het is daarom van belang actief kennisbeleid nationaal te faciliteren. Hierdoor kunnen beleidsambtenaren in gemeenten sturen op IGB inhoud. Kennis over de effecten van beleid buiten het VGZ-domein op gezondheid (en andersom) is echter niet altijd beschikbaar. Dergelijke effecten dienen beter in beeld gebracht te worden. Een voorbeeld is het in kaart brengen van de fysieke en economische pijler in relatie met gezondheid door het opstellen van een overzicht met maatregelen. Andere beleidssectoren zullen eerder geneigd zijn mee te werken aan gezondheid als er zicht is op resultaat of als het duidelijk is wat het voor de eigen sector kan betekenen. Naast actief kennisbeleid is het eveneens belangrijk deskundigheidsbevordering van beleidsambtenaren op het gebied van IGB nationaal te faciliteren. De juiste competenties zijn immers van belang om een andere werkwijze in gemeenten te ontwikkelen, waardoor beleidsambtenaren beter kunnen sturen op IGB-processen.

8.2.4 Versterken wisselwerking tussen landelijk en lokaal niveau

In de preventievisie Gezond zijn, gezond blijven (VWS, 2007) is samenhangend en integraal beleid een belangrijk thema. In de praktijk is het echter lastig om uitvoering te geven aan IGB. Uit dit onderzoek blijkt dat het gemeenten kan helpen als op nationaal niveau de beleidsvisie op IGB duidelijk is. Dat geldt ook voor het expliciet benoemen van gezondheidsachterstanden als landelijk speerpunt. Het is daarom van belang met een duidelijke beleidslijn te komen welke kant de overheid op wil met het terugdringen van gezondheidsachterstanden via een IGB-aanpak. Dat vereist sterk leiderschap en politiek commitment, heldere visie op gezondheid (goed beleid met doelstellingen), overleg en afstemming (onderlinge afstemming ministeries) en ondersteuning en facilitering (RVZ, 2009; Storm et al., 2009). Naast een duidelijke lijn vanuit de overheid is het voor de intersectorale samenwerking op gemeentelijk niveau ook van belang de financieringsstromen hierop af te stemmen (bijvoorbeeld via decentralisatie uitkering of door verstrekking van middelen afhankelijk te maken van samenwerking). Het is van belang de relatie nationaal-lokaal in de toekomst (nog) verder te versterken. De VNG stelt ook dat de publieke gezondheid vraagt om een wisselwerking tussen landelijk en lokaal (VNG, 2009).

Dankwoord

Veel dank gaat uit naar de zestien gemeenten die hebben meegewerkt aan het onderzoek naar gemeentelijke processen die een rol spelen bij het formuleren en toepassen van integraal gezondheidsbeleid om gezondheidsachterstanden terug te dringen. Zonder medewerking van deze gemeenten was het rapport ‘Intersectoraal samenwerken in de aanpak van gezondheidsachterstanden. Een onderzoek onder zestien gemeenten in Nederland’ niet tot stand gekomen.

Begrippenlijst

Achterstandswijk	Achterstandswijk en krachtwijk zijn algemeen gehanteerde termen voor woonwijken met diverse infrastructurele en maatschappelijke tekortkomingen. De gezondheid van bewoners van de veertig zogeheten krachtwijken is over het algemeen minder goed dan de gezondheid van inwoners van de rest van Nederland (http://www.vrom.nl/).
Bestuursniveaus	In gemeenten zijn drie bestuursniveaus te onderscheiden, te weten operationeel niveau (beleidsambtenaren), tactisch niveau (afdelingshoofden) en strategisch niveau (portefeuillehouders).
Brede scholen	De brede school primair onderwijs is een samenwerkingsverband tussen partijen die zich bezighouden met opgroeiende kinderen. Doel hiervan is de ontwikkelingskansen van kinderen te vergroten en op elkaar aansluitende opvang te bieden. Op een brede school voortgezet onderwijs staan leerlingen centraal. De school zet in op maatschappelijke betrokkenheid, samenwerking en talentontwikkeling. Scholen breiden hun onderwijsaanbod en uren uit met cultuur, sport, techniek, multimedia, educatie en zorg (http://www.bredeschool.nl/).
BOS-impuls	Stimulans voor samenwerking buurt, onderwijs en sport. Gemeenten kunnen vanaf 2005 een financiële bijdrage van het Rijk ontvangen voor projecten die in arrangementen sportieve of bewegingsactiviteiten voor jongeren aanbieden in een samenwerking tussen buurt-, onderwijs- en sportorganisaties (http://www.bosimpuls.nl/).
Combinatiefunctionarissen	In 2008 zijn de G32-gemeenten in Nederland als eerste aan de slag gegaan met het realiseren van de combinatiefuncties. Deze gemeenten gaven hiermee vorm aan de ‘Impuls brede scholen, sport en cultuur’. Inmiddels zijn in een groot aantal van deze gemeenten de combinatiefunctionarissen aan het werk. Een combinatiefunctie is een functie waarbij een werknemer in dienst is bij één werkgever, maar gelijkelijk – of in ieder geval voor een substantieel deel – te werk gesteld wordt in of ten behoeve van twee werkvelden/sectoren (http://www.combinatiefuncties.nl/).
Convenant	Een convenant is een bepaald soort overeenkomst tussen een overheid en een andere overheid of een overheid en natuurlijke personen of rechtspersonen. In een convenant komen de partijen meestal overeen ‘het volgende in acht te zullen nemen’.
Determinantenbeleids-screening	De determinantenbeleidsscreening (DBS) beschrijft de beleidssectoren die kunnen bijdragen aan een belangrijk volksgezondheidsprobleem. Van daaruit wordt in kaart gebracht welke invloed andere beleidssectoren dan de sector VGZ hebben op dit volksgezondheidsprobleem.
EPODE-aanpak	Ensemble, Prévenons l’Obésité Des Enfants biedt een effectieve geïntegreerde lokale aanpak om overgewicht bij kinderen én volwassenen terug te dringen (http://www.epode.nl/).
Gezonde slagkracht	Gezonde slagkracht is het programma van ZonMw dat is gericht op (het voorkomen van) overgewicht, alcohol, roken en drugs. Gemeenten die meedoen, leren hoe ze op een innovatieve manier een gezonde leefstijl kunnen bevorderen en delen kennis met collega-gemeenten (http://www.gezondeslagkracht.nl/).
Gezondheidseffectedchatting	Gezondheidseffectedchatting (GES) is een combinatie van methodes, procedures en instrumenten, waarmee een beleidsvoorstel, programma of project beoordeeld kan worden op effecten op de gezondheid van een bepaalde populatie, en de verdeling van die effecten binnen die populatie. De methode is te gebruiken op allerlei niveaus: lokaal (in gemeenten of zelfs wijken), landelijk en internationaal. Er is een digitale versie beschikbaar (www.cges.nl).

Gezondheidseffectscreening Stad & Milieu	De Gezondheidseffectscreening Stad en Milieu (GES) is een instrument waarmee vooraf inzicht verkregen wordt in de verschillende factoren die van invloed zijn op de gezondheid van de (toekomstige) bewoners. Een GES geeft een goed beeld van de gezondheidskundige knelpunten en kansen bij stedelijke ontwikkelingsprojecten, wijzigingen in de ruimtelijke ordening of infrastructuur en landelijke herstructureringsprojecten.
G4-gemeenten	Amsterdam, Den Haag, Rotterdam en Utrecht vormen samen de G4. De vier grootste steden van Nederland hebben onder andere door hun vergelijkbare omvang, bevolkingssamenstelling en woningvoorraad veelal dezelfde (bovenmaatse) opgaven en daarmee veel convergerende belangen. De G4 werkt al vele jaren samen. Deze samenwerking vindt plaats op veel verschillende terreinen, van het beleidsveld cultuur tot aan samenwerking op het gebied van verkeer en vervoer (http://www.grotevier.nl/).
G32-gemeenten	De G32 is een netwerk van bestuurders van 32 grote steden gericht op gezamenlijke belangenbehartiging en kennisdeling (http://www.g32.nl).
Healthy cities	The approach seeks to put health high on the political and social agenda of cities and to build a strong movement for public health at the local level. It strongly emphasizes equity, participatory governance and solidarity, intersectoral collaboration and action to address the determinants of health. Successful implementation of this approach requires innovative action addressing all aspects of health and living conditions, and extensive networking between cities across Europe and beyond. This entails: explicit political commitment; leadership; institutional change; and intersectoral partnerships (http://www.euro.who.int/en/home).
Integraal beleid	De belangrijkste relevante beleidssectoren werken tegelijkertijd en in onderlinge samenhang rondom een bepaald probleem. Gezondheid is geen expliciete doelstelling, maar het beleid heeft mogelijk wel effect op de gezondheid.
Integraal gezondheidsbeleid	Beleid waarbij de belangrijkste relevante sectoren binnen en buiten het volksgezondheidsdomein in samenhang samenwerken aan het aspect gezondheid. Hierbij is het gemeenschappelijke doel het bevorderen of beschermen van de gezondheid.
Integrale aanpak	De uitwerking van integraal gezondheidsbeleid is de integrale aanpak. Kenmerken van een integrale aanpak zijn: wordt door meerdere partijen (regionaal/lokaal) uitgevoerd, bestaat uit een mix van verschillende interventie maatregelen, daarbij worden zoveel mogelijk kansrijke interventies ingezet en voor verschillende doelgroepen in verschillende settings.
Intersectoraal gezondheidsbeleid	Vergelijkbaar met integraal gezondheidsbeleid. Als twee sectoren samenwerken aan het aspect gezondheid, waarbij het gemeenschappelijke doel is het bevorderen of beschermen van gezondheid, wordt gesproken van intersectoraal gezondheidsbeleid.
Intersectorale samenwerking	Samenwerking tussen verschillende beleidssectoren op hetzelfde bestuursniveau.
JOGG	JOGG is een programma dat gemeenten ondersteunt bij een effectieve en duurzame aanpak gericht op een gezond gewicht voor jongeren. JOGG is de Nederlandse vertaling van het succesvolle Franse EPODE. De vijf beginselen van JOGG zijn: 1. politiek bestuurlijk draagvlak (landelijk en lokaal), 2. publiek-private samenwerking, 3. sociale marketing, 4. monitoring en wetenschappelijk onderzoek, en 5. verbinding preventie en zorg (http://www.jongerenopgezondgewicht.nl/).
NASB	Het Nationaal Actieplan Sport en Bewegen (NASB) geeft een grote impuls aan sport en beweging in Nederland en richt zich op te-weinig-actieven. Het doel van het NASB is om te-weinig-actieven meer en structureel in beweging te brengen (http://www.nasb.nl/).
Maatschappelijke participatie	Maatschappelijke participatie omvat alle activiteiten buiten de privésfeer en de economie, ofwel het betaalde werk. Er is een onderscheid tussen passieve maatschappelijke participatie, zoals lid zijn van verenigingen en het (financieel) ondersteunen van organisaties, en actieve participatie, bijvoorbeeld vrijwilligerswerk en deelnemen aan politieke acties (http://www.scp.nl/).

Nota Lokaal gezondheidsbeleid	Iedere vier jaar stellen gemeenten een nota Lokaal gezondheidsbeleid op. Hierin geven gemeenten aan wat de ambities en prioriteiten ten aanzien van gezondheid en aan gezondheid gerelateerde onderwerpen zijn.
Politiek bestuurlijk draagvlak	Draagvlak kan omschreven worden als een door belangen ingegeven evaluatie van de politieke situatie door doelgroepen van een beleid, waaraan een doelgroep actieve of passieve steun verleent of waartegen een doelgroep juist weerstand biedt (http://www.decentraalbestuur.nl/).
Programmasturing	Met programmasturing werken professionals samen zonder hiërarchische verhoudingen. Zo kunnen ze over de eigen organisatiegrenzen heen gezamenlijk concrete problemen oplossen (www.vrom.nl/).
Publieke gezondheid	Publieke gezondheid wordt in de WPG omschreven als de ‘gezondheidsbeschermende en gezondheidsbevorderende maatregelen voor de bevolking of specifieke groepen daaruit, waaronder het voorkomen en het vroegtijdig opsporen van ziekten’.
Regionale Agenda	De Regionale Agenda geeft een overzicht van de belangrijkste plannen voor de nieuwe bestuursperiode. Het document wordt eens per vier jaar, aan het begin van een nieuwe bestuursperiode, opgesteld. De Regionale Agenda wordt na aantreden van het nieuwe bestuur opgesteld met aandacht voor verschillende thema’s.
Sectoraal beleid	Op zichzelf staand beleid van een sector buiten het volksgezondheidsdomein (met mogelijke effecten op gezondheid). Er wordt geen samenwerking met andere sectoren nagestreefd.
SMART-doelstellingen	SMART staat voor Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch en Tijdgebonden. Het formuleren van meetbare (SMART geformuleerde) ambities biedt aanknopingspunten voor een goede evaluatie van het beleid, zowel tussentijds als aan het einde van de planperiode.
Speerpunten ministerie van VWS	Het kabinet heeft in de nota Kiezen voor gezond leven de speerpunten roken, schadelijk alcoholgebruik, overgewicht (bewegen en voeding), diabetes en depressie gekozen. De reden hiervan is dat ze een grote bijdrage leveren aan het voorkomen van onze belangrijkste volksgezondheidsproblemen. Deze speerpunten zijn tevens richtinggevend voor de prioriteiten in gemeenten.
Wet Publieke Gezondheid	Op 1 december 2008 is de Wet Publieke Gezondheid in werking getreden. Met de WPG zijn drie wetten samengevoegd: de WCPV, de Infectieziektewet en de Quarantainewet. Vanuit de WPG zijn gemeenten primair (bestuurlijk) verantwoordelijk voor een aantal taken op het gebied van de publieke gezondheid.

Afkortingenlijst

BOS	Buurt-Onderwijs-Sport
CGL	Centrum Gezond Leven
DBS	Determinantenbeleidsscreening
EPODE	Ensemble, Prévenons l'Obésité Des Enfants
GES	Gezondheidseffectschatting
GGD	Gemeentelijke of Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst
IGB	Integraal of intersectoraal gezondheidsbeleid
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
JGZ	Jeugdgezondheidszorg
JOGG	Jongeren op gezond gewicht
LGB	Lokaal gezondheidsbeleid
NASB	Nationaal Actieplan Sport en Bewegen
NIGZ	Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie
OCW	Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
RVZ	Raad voor Volksgezondheid en Zorg
SEGV	Sociaaleconomische gezondheidsverschillen
SES	Sociaaleconomische status
VGZ	Volksgezondheid
VNG	Vereniging van Nederlandse Gemeenten
VROM	Ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer
VTV	Volksgezondheid Toekomst Verkenning
VVE	Voor- en vroegschoolse educatie
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
WPCV	Wet Preventie Collectieve Preventie Volksgezondheid
WPG	Wet Publieke Gezondheid
WWI	Ministerie van Wonen, Wijken en Integratie
WWZ	Wonen-Welzijn-Zorg
ZonMw	Nederlands Organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie

Literatuur

Bovens M, 't Hart P, van Twist M, Rosenthal U. Sturing en beleid in het openbaar bestuur. Hoofdstuk 3: Sturing en beleid in het openbaar bestuur. Utrecht, 2007.

Bruggink JW. Ontwikkelingen in (gezonde) levensverwachting naar opleidingsniveau. Bevolkingstrends, 2009: 71-5.

Bruin J de, ten Heuvelhof E. Management in netwerken. Over veranderen in een Multi-actor context. Utrecht: Lemma, 1999.

Busch M, Schrijvers CTM. Effecten leefstijlinterventies lage sociaaleconomische groepen. RIVM Rapport 270171/2010. Bilthoven: RIVM, 2010.

Cohen, MD, March, JG, Olsen, JP. Garbage Can Model of Organisational Choice. Administrative Science Quarterly, Vol. 17, nr. 1. , 1972.

Dahlgren G, Whitehead M. Levelling up (part 2); a discussion on European strategies for tackling social inequalities in health. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen, 2006.

De Hollander AEM, Hoeymans N, Melse JM, van Oers JAM, Polder JJ (red). Zorg voor Gezondheid. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006. RIVM-rapport 270021003. Houten: Bohn, Stafleu Van Loghum, 2006.

Derksen W, Schaap L. Lokaal bestuur, 5de druk. Elsevier, 2007.

Deuning CM, den Hertog FRJ. 40 aandachtswijken van minister Vogelaar 2007. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationale Atlas Volksgezondheid. <<http://www.zorgatlas.nl>>, Thema's, Grote steden, 14 april 2008.

Eikelenboom N. Sociaaleconomische gezondheidsverschillen: een beleidsanalyse op lokaal niveau. Scriptie stageopdracht RIVM. Radboud Universiteit Nijmegen, februari 2010.

Himmelman AT. Collaboration for a change. Minneapolis: Himmelman Consulting, 2002.

Hoogewerf A, Herweijer M. Overheidsbeleid. Een inleiding in de beleidswetenschap. Deventer: Kluwer Uitgeverij, 2008.

Jeurissen M. Samen in beweging. Een vergelijkende casestudy naar het functioneren van intersectorale samenwerking ter bevordering van lichaamsbeweging bij kinderen in 4 Noord-Brabantse gemeenten. Masterscriptie Bestuurskunde. Erasmus Universiteit Rotterdam, 2009.

Klijn EH, Koppenjan JFM. Besluitvorming en management in netwerken: een Multi-actor perspectief op sturing. In: Abma T en in 't Veld (red.). Handboek Beleidswetenschap: perspectieven, thema's en praktijkvoorbeelden. Amsterdam: Boom, 2001.

Koperen TM. Integraal Gezondheidsbeleid. Beïnvloedende factoren en de rol van de beleidsentrepreneur. Afstudeerscriptie Universiteit Maastricht, 2007.

Leurs M, Mur-Veeman I, Schaalma H, de Vries N. Integrale samenwerking gaat verder dan de samenwerking tussen professionals: introductie van het DISC-model. TSG 81(6), 369-373, 2003.

Programmacommissie SEGV. Tweede fase. Sociaaleconomische gezondheidsverschillen verkleinen. Eindrapportage en beleidsaanbevelingen van de programmacommissie SEGV-II. Den Haag: ZON, 2001.

Pröpper IMAM. Samenwerking of autonomie in beleidsnetwerken. Bestuurskunde, mei 2000, jaargang 9 nr. 3, p. 106-116, 2000.

RIVM. Intern verslag Werkconferentie IGB 9 december 2009. Samenwerken op lokaal niveau: van succes- en faalfactoren naar actiepunten. Bilthoven: RIVM, 2010.

Rutgers MR. Introductie beleid en besluitvorming. In politiek-bestuurlijke gevoeligheid. Instituut bestuurskunde. Universiteit Leiden, 2010.

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

Saan H, de Haas W. Gezond effect bevorderen. Het organiseren van effectieve gezondheidsbevordering. Woerden: NIGZ, 2005.

Savelkoul M et al. Terugdringen van gezondheidsachterstanden door gemeentelijk beleid: een literatuurverkenning naar effectiviteit van fysieke en sociale omgevingsmaatregelen. RIVM Rapport 27016105/2010. Bilthoven: RIVM, 2010 (in press).

Steenbakkers M, Jansen M, Maarse H, de Vries N. Lokaal integraal gezondheidsbeleid: intersectorale samenwerking vanuit het perspectief van gemeenten. TSG jaargang 88/2010 nummer 3, 2010.

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

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

Tol C. Gezonde slagkracht, in bijeenkomst netwerk integraal gezondheidsbeleid. Den Haag: ZonMw, 2010.

Van den Berg M, Schoemaker CG. Effecten van preventie. Deelrapport van de VTV2010. Van gezond naar beter. RIVM-rapport 270061005. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2010.

Van der Lucht F, Polder JJ. Van gezond naar beter. Kernrapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010. RIVM-rapport 270061005. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2010.

Van der Wal G. Preventie effectiever maken. In: Nationaal Congres Volksgezondheid. Rotterdam: IGZ, 2009.

Van der Zee H, Laagland P, Hafkenscheid B (red). Architectuur als managementinstrument. Beheersing en besturing van complexiteit in het netwerktydperk. Den Haag: Ten Hagen en Stam Uitgevers, 2000.

Verweij A, van der Lucht F, Droomers M. Gezondheid in de veertig krachtwijken. RIVM-rapport 270951001. Bilthoven: RIVM, 2007.

VWS. Gezond zijn, gezond blijven. Een visie op gezondheid en preventie. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2007.

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

VWS. Brief van 19 oktober 2009, aanvulling op beleidsplan SEGV van 22 december 2008. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2009.

VNG. <http://www.vng.nl/smartsite.dws?id=BELEIDSVELDEN>, geraadpleegd in 2009.

VNG. Toekomstvisie op publieke gezondheid, 2009.

Walg C. Inventarisatie gemeentelijke nota's Lokaal gezondheidsbeleid. Utrecht: GGD NL, 2010.

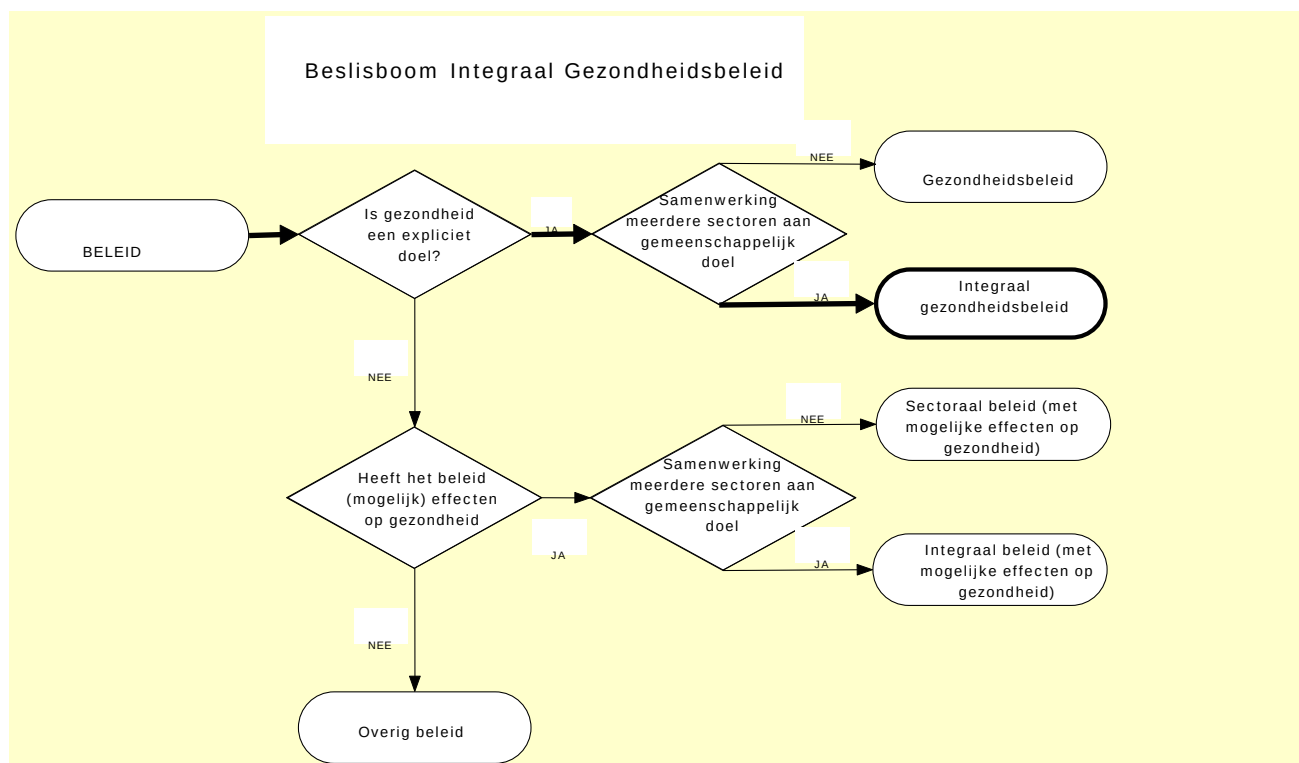
Wet Publieke Gezondheid (WPG). Link: <http://www.st-ab.nl/1-08460.htm>, geraadpleegd in 2009.

Wolters N (BOA/ArboDuo), Boorsma P (BOA). Veiligheid op het werk In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, 13 maart 2006.

Bijlage I Besluitvormig integraal gezondheidsbeleid

I.1 Beslisboom IGB

Het is niet altijd eenvoudig te bepalen of een bepaald beleid ook integraal gezondheidsbeleid is. Om te verklaren of in gemeenten nu sprake is van integraal gezondheidsbeleid of sectoraal beleid kan de beslisboom over integraal gezondheidsbeleid worden gebruikt (Storm et al., 2007).



Figuur I.1 Beslisboom integraal gezondheidsbeleid

Voorbeelden:

- **Gezondheidsbeleid:** bijvoorbeeld preventie van diabetes. Beleid vindt plaats binnen het domein volksgezondheid. Bij dit beleid is wel samenwerking mogelijk tussen diverse sectoren binnen het volksgezondheidsdomein, zoals cure, care en eerstelijnszorgaanbieders bij preventie van diabetes.
- **Integraal gezondheidsbeleid:** bijvoorbeeld tabaksontmoedigingsbeleid. Dit beleid, waaraan de belangrijkste relevante beleidssectoren buiten het volksgezondheidsdomein bijdragen, heeft gezondheid als expliciet doel. Er is sprake van integraal gezondheidsbeleid bij bijdrage door meer dan twee sectoren en intersectoraal gezondheidsbeleid bij bijdrage door twee sectoren.
- **Sectoraal beleid:** bijvoorbeeld onderwijsbeleid gericht op taal- en rekenachterstanden. Het beleid van de andere sector heeft gezondheid niet als expliciete doelstelling opgenomen, maar heeft mogelijk wel – positieve dan wel schadelijke – effecten op gezondheid(sachterstanden).
- **Integraal beleid:** bijvoorbeeld wijkaanpak. Er is samenwerking tussen relevante sectoren aan een gemeenschappelijk doel, maar gezondheid maakt daar geen expliciet deel van uit. In de gezonde wijkaanpak is gezondheid wel als doelstelling opgenomen (integraal gezondheidsbeleid).

I.2 Besluitvorming binnen gemeenten

Een gekozen IGB-aanpak en geformuleerde doelstellingen rond gezondheidsachterstanden hangen af van de besluiten binnen de gemeente. De publicatie Lokaal bestuur (Derksen en Schaap, 2007) beschrijft de besluitvorming binnen gemeenten. Het gemeentelijk bestuur bestaat uit drie bestuursorganen: gemeenteraad, college van burgemeester en wethouders (B&W), en de burgemeester. De raad is hierbij formeel gesproken het hoogste orgaan, maar in de praktijk ligt de macht meer bij het college en haar deskundig ambtelijk apparaat. Bij de vorming van het college wordt een collegeprogramma vastgesteld. Daarnaast voert het college ook de wetten van het Rijk uit. Het college heeft de taak om de besluitvorming in de gemeenteraad voor te bereiden en de genomen besluiten uit te voeren. Het college is als geheel verantwoordelijk voor de besluiten die door het college worden genomen.

Binnen het college hebben de wethouders hun eigen portefeuille. De besluiten voor het college worden door de portefeuillehouder en betrokken ambtenaren voorbereid, en vervolgens uitgevoerd. De portefeuillehouder kan in zijn portefeuille veel zelfstandig regelen, waardoor deze zijn stempel op het beleid kan drukken. In de voorbereiding voor een beleidsvoorstel kan het college met zijn ambtenaren ook andere partijen betrekken, zoals wijkbewoners. Hierbij hebben de ambtenaren veel macht, omdat zij bij de beoordeling van verschillende beleidsalternatieven hun eigen voorkeur laten meespelen. Bij de uitvoering heeft het college met zijn ambtenaren ook een zekere beleidsvrijheid.

In kleinere gemeenten worden wethouders parttime aangesteld, en stellen ze zich vaker ondergeschikt op aan de burgemeester. Hoe groter de gemeente, des te prominenter de plaats van de wethouder.

Hierdoor zijn er ook verschillen in het contact tussen de wethouder en het ambtelijk apparaat; bij een kleine gemeente is dit beperkt, bij grotere gemeenten is het contact structureler en intensiever.

Daarnaast hangt het functioneren van de wethouder samen met de bestuurscultuur binnen de gemeente, zowel in politieke zin als in de omgangsvorm. Deze bestuurscultuur bepaalt voor een groot deel de verhouding tussen het college van B&W en de gemeenteraad, tussen college en de beleidsambtenaren, en tussen het bestuur en de burgers.

Tot slot zijn er persoonlijke verschillen in de invulling van het wethoudersambt, waarbij de persoon bijvoorbeeld een politiek leider met eigen oplossingen kan zijn, of meer iemand op zoek naar overeenstemming (Derksen en Schaap, 2007).⁴²

⁴² In het kader van een stageopdracht bij het RIVM is een beleidsanalyse sociaaleconomische gezondheidsverschillen op lokaal niveau uitgevoerd met aandacht voor besluitvorming binnen gemeenten (Eikelenboom, 2010).

Bijlage II Betrokkenen in onderzoek

Auteurs

Drs. Ilse Storm (redactie)
Dr. Manon Savelkoul
Drs. Mirjam Busch
Dr. Jolanda Maas
Prof. dr. ing. Jantine Schuit

Interne werkgroep SEGV

Drs. Mirjam Busch, VTV
Dr. Mariel Droomers, PZO
Dr. Nancy Hoeymans, VTV
Dr. Irene van Kamp, MEV
Dr. Hanneke Kruize, MGO
Dr. Fons van der Lucht, VTV
Drs. Annemarie Ruijsbroek, PZO
Prof. dr. ing. Jantine Schuit, PZO
Drs. Ilse Storm, VTV
Drs. Antonia Verweij, VTV
Ellen Uiters, PZO

Met dank aan de interne referenten

Drs. Lea den Broeder, V&Z
Dr. Nancy Hoeymans, VTV
Dr. Jeanne van Loon, VTV
Dr. Fons van der Lucht, VTV
Dr. Casper Schoemaker, VTV
Dr. Matthijs van den Berg, VTV
Drs. Eveline van der Wilk, VTV
Drs. Hanneke van Zoest, CGL

Met dank aan de externe referenten

Drs. Annelies Acda, gemeente Amsterdam
Drs. Anne Derksen, VNG
Dr. Janneke Harting, AMC/UVA
Drs. Anja Koornstra, GGD NL
Drs. Chantal Walg, GGD NL

Contactpersonen ministerie van VWS

Drs. Frederiek Mantingh, VWS
Drs. Elsbeth van Barneveld, VWS

Stagiaires in onderzoek

Jeroen Dokter
Nathalie Eikelenboom

Bijlage III Informatie IGB-onderzoek aan gemeenten

Waarom dit onderzoek?

De gezondheid van mensen met een lage sociaaleconomische status (SES) is over het algemeen slechter dan de gezondheid van mensen met een hoge SES. Allochtonen zijn over het algemeen ongezonder dan autochtonen. Het terugdringen van gezondheidsachterstanden is een van de doelstellingen van het kabinetsbeleid. Eind 2008 verscheen het Beleidsplan aanpak gezondheidsverschillen op basis van sociaaleconomische achtergronden. In 2009 wil het ministerie van VWS, samen met andere ministeries en partijen, dit beleidsplan verder uitwerken. Naast deze landelijke ontwikkelingen willen we ook graag weten welke lokale processen in gemeenten een rol spelen bij het formuleren en toepassen van integraal gezondheidsbeleid om de gezondheid van mensen in een achterstandssituatie (zoals bewoners van achterstandswijken en uitkeringsgerechtigden) te verbeteren.

Wat is de vraagstelling van het onderzoek?

De vraagstelling van het onderzoek is: ‘Welke processen spelen een rol bij het formuleren en toepassen van integraal gezondheidsbeleid om de gezondheid van mensen in een achterstandssituatie te verbeteren?’

Welke factoren zijn van invloed op gezondheidsachterstanden?

Gezondheidsachterstanden worden door veel verschillende factoren beïnvloed, te weten de sociaaleconomische status, de arbeidsdeelname van mensen met een slechte gezondheid, de woon- en werkomstandigheden, de leefstijl van mensen met een zwakke sociaaleconomische positie en toegang tot zorg. Verschillende beleidsterreinen kunnen een rol spelen bij de beïnvloeding van deze factoren, zoals onderwijs, jeugd, sport, ruimte, wonen, milieu, mobiliteit, sociale zaken, integratie en zorg. Daarom willen we in dit onderzoek ook deze beleidsterreinen betrekken.

Waaruit bestaat het onderzoek?

Om de bovenstaande vraagstelling te beantwoorden worden in twintig gemeenten éénmalig zowel digitale vragenlijsten als interviews uitgezet. Bij de selectie van gemeenten wordt onder andere rekening gehouden met de grootte van de gemeente, lokale intersectorale initiatieven, gezondheidsachterstanden als een erkend probleem of doelstelling, en enige spreiding over Nederland. Ook als er in de gemeente nog geen of weinig lokale intersectorale initiatieven tot stand komen, kan aan het onderzoek worden deelgenomen. Het gaat hier expliciet niet om het evalueren van individuele gemeenten met betrekking tot intersectorale samenwerking op het gebied van gezondheidsachterstanden.

Wie kunnen deelnemen aan het onderzoek binnen de gemeente?

Het onderzoek wordt uitgevoerd onder gemeentelijke beleidsambtenaren (hetzelfde bestuursniveau) zowel binnen als buiten de sector volksgezondheid. In de periode mei-juni 2009 worden de digitale vragenlijsten per e-mail uitgezet in gemeenten bij zes tot elf sectoren/beleidsterreinen (afhankelijk van de gemeentelijke structuur). Daarom hebben wij de e-mailadressen nodig van de beleidsterreinen binnen en buiten het terrein van de volksgezondheid die willen deelnemen aan dit onderzoek. Aanvullend op deze vragenlijst worden in de periode juli-november 2009 ook verdiepende interviews afgenomen, te weten bij twee sectoren/beleidsterreinen per gemeente.

In opdracht van wie wordt het onderzoek uitgevoerd?

Het onderzoek wordt uitgevoerd door het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) in opdracht van het ministerie van VWS. Het maakt deel uit van een breder onderzoek over integraal gezondheidsbeleid en gezondheidsachterstanden van het RIVM.

Wat gebeurt er met de resultaten uit het onderzoek?

De resultaten uit het onderzoek worden anoniem verwerkt. Uiteraard ontvangt u na afloop van het onderzoek een rapportage met onze bevindingen. Deze resultaten komen ook aan de orde in een werkconferentie in november 2009. Met de resultaten uit dit onderzoek hopen we gemeenten te ondersteunen die (verder) vorm willen geven aan intersectorale samenwerking om de gezondheid van mensen in achterstandssituaties te verbeteren.

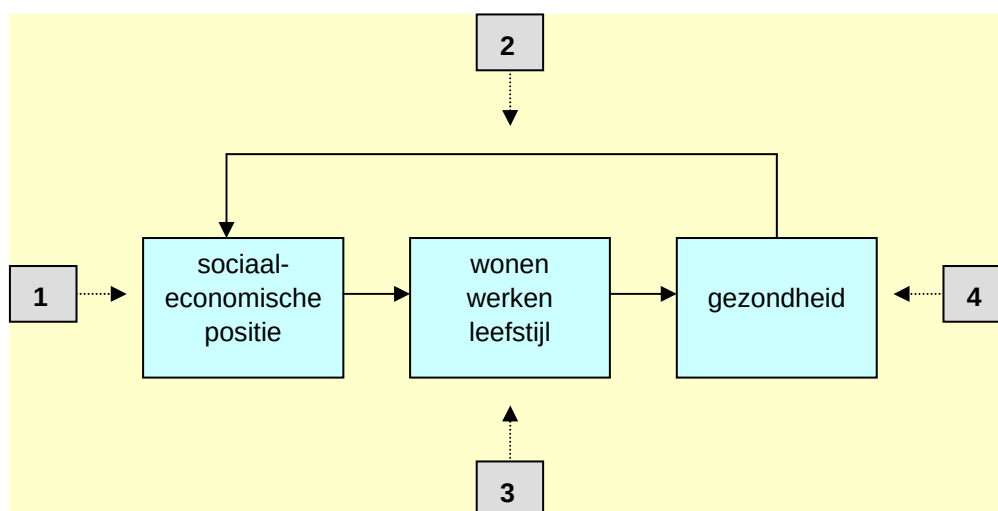
Heeft u nog vragen over het onderzoek?

Mocht u nog vragen hebben over het onderzoek, aarzel dan niet contact op te nemen met Ilse Storm, projectleider onderzoek Integraal Gezondheidsbeleid (ilse.storm@rivm.nl, tel: 030-2743151).

Bijlage IV Theoretische achtergronden

IV.1 Analyse van gezondheidsachterstanden

Gezondheidsachterstanden worden door veel verschillende factoren beïnvloed, te weten de sociaaleconomische status, de arbeidsdeelname van mensen met een slechte gezondheid, de woon- en werkomstandigheden, de leefstijl van mensen met een zwakke sociaaleconomische positie en toegang tot zorg. Om een gezondheidsprobleem en hiermee samenhangende determinanten in kaart te brengen wordt vaak gebruikgemaakt van het *VTV-model* (de Hollander et al., 2006). Voor het in kaart brengen van gezondheidsachterstanden wordt in de literatuur ook vaak het model van *Dahlgren en Whitehead* gebruikt (Dahlgren en Whitehead, 2007). Het *model van de commissie Albeda* is specifiek in Nederland ontwikkeld om de (determinanten van) gezondheidsachterstanden aan te pakken (Programmacommissie SEGV, 2001). In eerder RIVM-onderzoek naar een integrale aanpak van gezondheidsachterstanden is ook gebruikgemaakt van het model van de Albedacommissie (zie Figuur IV.1).



Figuur IV.1 Model van programmacommissie SEGV

IV.2 Analyse van intersectoraal of integraal gezondheidsbeleid

Gezondheidsbeleid is een taak van de gemeenten, en verschillende gemeentelijke beleidsterreinen spelen een rol bij de beïnvloeding van determinanten van gezondheidsachterstanden, zoals onderwijs, jeugd, sport, ruimte, wonen, milieu, mobiliteit, sociale zaken, integratie en zorg. Om tot een integrale beleidsvorming en uitvoering te komen in de aanpak van gezondheidsachterstanden is het ook van belang zicht te hebben op welke processen een rol spelen in gemeenten. In de literatuur is geen eenduidig model beschikbaar om de processen van integraal gezondheidsbeleid op gemeentelijk niveau te kunnen beschrijven en verklaren. Voor dit onderzoek is in de literatuur gezocht naar modellen en factoren die mogelijk wel van belang zijn voor het formuleren en toepassen van integraal gezondheidsbeleid. Het betreft hier geen uitputtend literatuuronderzoek.

IV.3 Beschikbare modellen en factoren in relatie met IGB

Naast gezondheidsmodellen zijn er ook verschillende modellen beschikbaar op het gebied van beleid, bestuurskunde, samenwerking, organisatie en de volwassenheid van een organisatie. Ook worden in de literatuur enkele succes- en faalfactoren beschreven die mogelijk van belang zijn bij het voeren van integraal gezondheidsbeleid. Op basis van deze modellen en factoren zijn elementen gebruikt voor het opstellen van de digitale vragenlijsten en de verdiepende interviews, waarbij de vragen van het ministerie van VWS wel leidend zijn geweest in het onderzoek (zie Tabel 1 uit paragraaf 2.6 en hieronder).

Beleidsmodellen

Over beleid en beleidsprocessen bestaan uiteenlopende visies (Bovens et al., 2007). In de analytische benadering is een *beleidsproces* te beschrijven als een reeks van min of meer opeenvolgende fasen, te weten: 1. agendavorming (aandacht voor maatschappelijke problemen), 2. beleidsvoorbereiding (verzamelen en analyseren van informatie en het formuleren van adviezen voor beleid), 3. beleidsbepaling (besluitvorming over de inhoud van een beleid), 4. beleidsuitvoering (het omzetten van beleidsvoornemens in concrete acties), 5. beleidsevaluatie (beoordelen van de totstandkoming, inhoud en resultaten van het beleid), en 6. terugkoppeling en heroverweging (verwerken resultaten beleidsevaluatie). Voor het agendavormingsproces beschrijven Hoogewerf en Herweijer vier modellen, te weten het kloofmodel, het barrièremodel, het stromenmodel en het relatieve-aandachtsmodel (Hoogewerf en Herweijer, 2008). Het *stromenmodel van Kingdon* is een model dat ook in eerdere onderzoeken naar integraal gezondheidsbeleid is gebruikt. In dit stromenmodel zijn drie stromen van belang: 1. er is een erkend probleem, 2. er is een beleidsmatige oplossing voor dat probleem, en 3. er bestaat politieke steun voor die oplossing. De mogelijke richting van de drie stromen wordt echter beperkt door randvoorwaarden. Voorbeelden zijn tijdgeest, politieke cultuur en tradities, beschikbare budgetten, kennis en informatie. In dit onderzoek is voor meer zicht op het *formuleren* van integraal gezondheidsbeleid gebruikgemaakt van de elementen uit het Kingdonmodel, te weten beleidsprobleem (onder andere prioriteit, doelstelling), beleidssamenwerking (onder andere samenwerkingsafspraken), en politieke ontwikkelingen en randvoorwaarden (onder andere kennis en informatie).

Bestuurskundige modellen

Besturen is richting geven aan het ‘maatschappelijk handelen’ (Bovens et al., 2007). Er zijn verschillende besluitvormingstheorieën in het openbaar bestuur, zoals het ‘rationele mens’-model, het incrementele model, complexe modellen of een combinatie hiervan (Rutgers, 2010). Uitgangspunten van het rationele model zijn: rationele afweging en eigenbelang, volledige of optimale kennis, preferenties en meetbaarheid, en ordelijk proces (fasen). Het incrementele model neemt bestaand beleid als uitgangspunt. Het incrementalisme betekent een opeenvolging van kleine aanpassingen en er is sprake van doormodderen (‘muddling through’). Beleid wordt voortdurend herzien. Gevolgen zijn beter te overzien en eerder terug te draaien. Incrementele politiek haalt de scherpe kanten van conflicten af. Ook zijn er complexe modellen, zoals het hierboven beschreven Stromenmodel van Kingdon of het Garbage Can Model. Het Garbage Can Model heeft de volgende kenmerken: 1. problemen: vele achtergronden, verschillende gevolgen, andere urgentie en frequentie, 2. oplossingen: oplossingen op zoek naar problemen, 3. deelnemers: wisselend, en 4. keuze en beslissingsmomenten: beperkt (Cohen, March en Olsen, 1972). Vaak wordt gebruikgemaakt van combinaties van modellen. In dit onderzoek is voor meer zicht op het *formuleren* van integraal gezondheidsbeleid gebruikgemaakt van de elementen uit de bestuurskunde (onder andere problemen en beslissingen, bestuurlijke context).

Samenwerkingsmodellen

Om samen te werken in de aanpak van gezondheidsachterstanden met andere sectoren en actoren zijn samenwerkingsverbanden van essentieel belang. Over samenwerken bestaan verschillende theorieën, zoals *samenwerken in netwerken* of *samenwerkingsstrategieën*. Samenwerken in *netwerken* wordt aan de hand van een viertal kenmerken gekarakteriseerd (de Bruin en ten Heuvelhoff, 1999). Een eerste kenmerk is pluriformiteit. Er is immers een zekere variëteit aan actoren in het netwerk, elk afkomstig uit verschillende disciplines en met verschillende deskundigheden, wensen en doelen. Wederzijdse afhankelijkheid is een tweede kenmerk, want binnen netwerken is er altijd sprake van wederzijdse afhankelijkheidsrelaties en is medewerking van elkaar nodig om iets te kunnen bereiken. Een derde kenmerk is geslotenheid. Hiervan is sprake als bepaalde actoren van deelname aan het netwerk zijn uitgesloten, bijvoorbeeld omdat deze niet relevant worden bevonden. Het vierde en laatste kenmerk is dynamiek. Dynamiek in het netwerk ontstaat vooral door toe- en uittreding van actoren en door ontwikkelingen in de omgeving van het netwerk, waardoor de onderlinge relaties sterk kunnen veranderen (Jeurissen, 2009). Beleidsnetwerken kunnen een bijdrage leveren aan de aanpak van maatschappelijke problemen (Klijn en Koppenjan, 2001). Het uitvoeren van een netwerkanalyse is daarom relevant om integraal gezondheidsbeleid vorm te geven.

Het samenwerken in netwerken beschrijft vooral inhoudelijke aspecten, maar in de samenwerking is ook het samenspel tussen betrokken actoren in een beleidsnetwerk van belang (Pröpper, 2000). Himmelman (2002) onderscheidt vier *samenwerkingsstrategieën* door te inventariseren wat de actoren met elkaar delen (tijd, vertrouwen, informatie, het afstemmen van activiteiten, het delen van bronnen):

1. networking: uitwisselen van informatie voor een gedeeld belang, informele relatie, minimale tijdsinvestering;
2. coordinating: uitwisselen van informatie voor gedeeld belang, afstemmen van activiteiten om gezamenlijk doel te bereiken, formele relatie, matige tijdsinvestering;
3. cooperating: uitwisselen van informatie voor gedeeld belang, afstemmen van activiteiten en delen van bronnen om gezamenlijk doel te bereiken, formele relatie, substantiële tijdsinvestering;
4. collaborating: uitwisselen van informatie voor gedeeld belang, afstemmen van activiteiten, delen van bronnen en verbeteren van elkaars capaciteit om gezamenlijk doel te bereiken, formele relatie, grote tijdsinvestering.

Om meer zicht te krijgen op het *toepassen* van integraal gezondheidsbeleid op gemeentelijk niveau is in dit onderzoek gebruikgemaakt van de elementen uit netwerken (onder andere betrokken actoren, netwerkontwikkeling) en samenwerkingsstrategieën (onder andere vorm van samenwerking).

Organisatiemodellen

Voor het organiseren van preventie worden in de literatuur meerdere factoren over processen beschreven. Op basis van de Wet Publieke Gezondheid (WPG) spelen gemeenten een rol in het preventiebeleid, vooral georganiseerd vanuit de sector volksgezondheid. Een deel van het preventiebeleid om gezondheid te bevorderen of te beschermen is echter gericht op of wordt gemaakt door andere sectoren dan de sector volksgezondheid. Integraal gezondheidsbeleid is daarom een vorm van preventiebeleid (Storm et al., 2007). Organisatiefactoren die van belang zijn voor het preventiebeleid gelden daarom ook voor integraal gezondheidsbeleid. Organisatiefactoren die staan beschreven in het referentiekader gezondheidsbevordering van Saan en de Haas zijn (Saan en de Haas, 2005): strategie, menskracht, deskundigheid, beschikbare methoden, investering, kennis, organisatienetwerk en leiderschap.

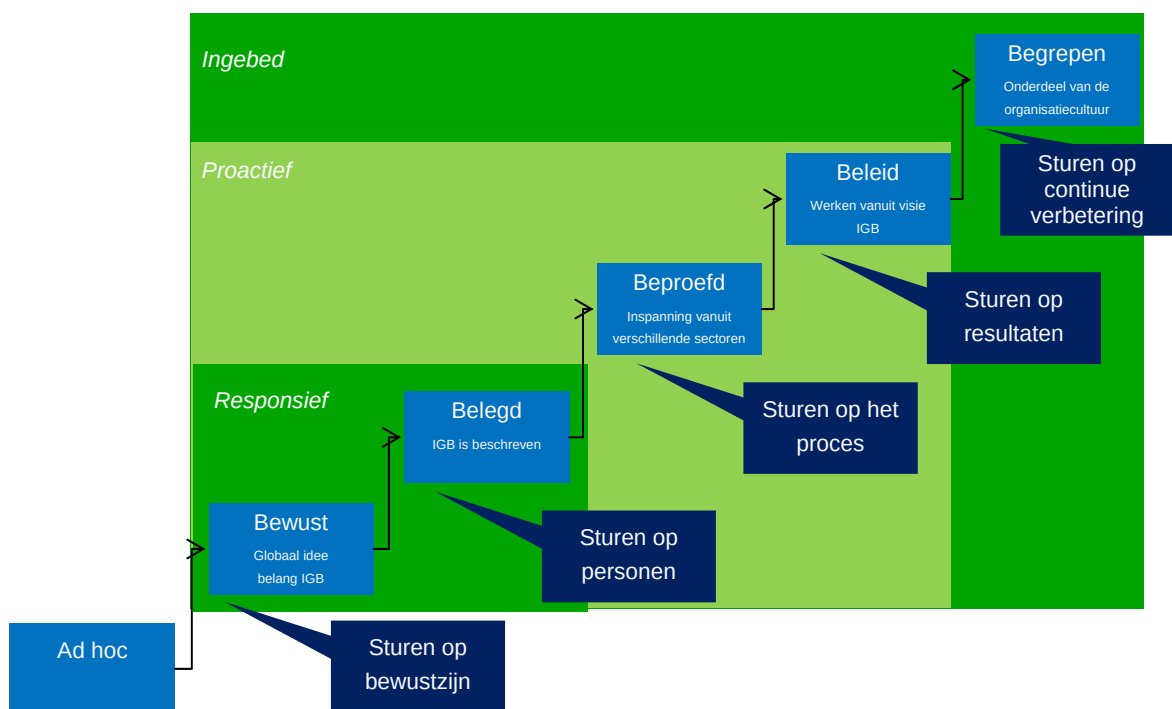
Een ander model voor integrale samenwerking preventief gezondheidsbeleid is het Disc Model. Dit model laat de volgende factoren zien: externe factoren (beleid, financiering), verandermanagement (visie, netwerkontwikkeling), context (bestaande samenwerkingsverbanden, kenmerken organisatie), draagvlak (percepties, intenties en acties), projectmatig werken (actoren, taken/rollen, overleggen) en gecoördineerd preventief overleg (Leurs et al., 2003).

Voor het *toepassen* van integraal gezondheidsbeleid zijn ook elementen van de bovengenoemde organisatiefactoren meegenomen in dit onderzoek (onder andere externe factoren, context, projectmatig werken).

Volwassenheidsmodel

Een ander interessant model is het Architecture Maturity Model (AMM), toegepast in organisaties uit het bedrijfsleven en voor zover bekend niet in gemeentelijke organisaties rond IGB.

Om de ‘volwassenheid’ van de gemeentelijke organisatie te verklaren op het gebied van integraal gezondheidsbeleid zijn mogelijk elementen uit het Architecture Maturity Model (AMM) relevant. Dit model hanteert een aantal stadia van volwassenheid, te weten responsief, proactief en high-performance (van der Zee et al., 2000). Bij vertaling van dit kader naar integraal gezondheidsbeleid betekent dat (zie Figuur IV.2):



Figuur IV.2 De volwassenheid van integraal gezondheidsbeleid (gebaseerd op AMM)

Bewust: Het begint met een bewustzijn van de mogelijkheden van IGB als aanpak van gezondheid, zowel binnen als buiten het VGZ-domein. Dit ontstaat meestal vanuit gezondheidssectoren die manieren zoeken om het verbeteren van gezondheid effectiever aan te pakken (voorzichtige eerste pogingen).

Belegd: In het tweede stadium is (een voldoende groot deel van) het management overtuigd om IGB te beleggen, IGB wordt benoemd, maar het IGB-denken is voornamelijk gebaseerd op het vertrouwen in mensen (IGB wordt werkbaar).

Beproefd: In het derde stadium wordt het draagvlak aanzienlijk vergroot, is een (deskundige) IGB-trekker aanwezig, worden inspanningen vanuit verschillende sectoren op elkaar afgestemd. Het management stuurt daar ook op (IGB bekend en gedragen).

Beleid: In het vierde stadium treedt duidelijk verandering op. Waar tot en met ‘beproefd’ vooral vanuit de verschillende sectoren wordt geredeneerd, wordt vanaf ‘beleid’ IGB vanuit de visie afgeleid. De processen en resultaten zijn dan ook integraal beschreven.

Begrepen: In het vijfde stadium is IGB een constante geworden in de gemeentelijke organisatie en worden processen continu verbeterd. IGB en het gebruik daarvan zijn verankerd op het hoogste niveau van de organisatie, zoals politiek en bestuurlijk niveau.

Om zicht te krijgen op het *formuleren en toepassen* van integraal gezondheidsbeleid zijn ook elementen van het volwassenheidsmodel gebruikt (onder andere belang van IGB, IGB beschreven in nota, inspanningen vanuit verschillende sectoren, werkwijze).

Succes- en faalfactoren in literatuur

Het succes van samenwerking op gemeentelijk niveau kan afhankelijk zijn van verschillende factoren. Veel van de hierboven geschreven factoren hebben mogelijk al een positieve of negatieve invloed. In de literatuur komen nog verschillende belemmerende en bevorderende factoren of ook wel randvoorwaarden in de samenwerking naar voren. Dit zijn algemene factoren en niet specifiek voor een integrale aanpak van gezondheidsachterstanden. Belemmerende en bevorderende factoren zijn onder andere: draagvlak, parallelle belangen, beschikbare middelen (geld en tijd), interesse van gemeente (politieke context), continuïteit en coördinatie (structurele aanpak), kennis en informatie (aanwezigheid effectieve maatregelen), afstemming activiteiten en politiek draagvlak (Koperen, 2007). Om zicht te krijgen op *succes- en faalfactoren* in het formuleren en toepassen van integraal gezondheidsbeleid zijn ook deze factoren meegenomen in het onderzoek.

Bijlage V Achtergrond onderzoeksvragen

Tabel V.1 Operationalisatie onderzoeksvragen

Onderdeel	Elementen/variabelen	Uit modellen (o.a.)	Veronderstellingen
Kenmerken gemeenten	Grootte en spreiding gemeenten, met en zonder krachtwijken		Inzicht in deelnemende gemeenten en sectoren
Beleidsinhoud	Doelstelling	Beleid	Een expliciete doelstelling op het gebied van gezondheidsachterstanden bepaalt of gezondheidsachterstanden centraal staan en is mogelijk bepalend voor welke sectoren en actoren betrokken zullen zijn
	Prioriteit/onderwerp	Beleid Bestuur	Gezondheidsachterstanden worden teruggedrongen als gezondheidsachterstanden en/of hiermee samenhangende determinanten prioriteit hebben in het beleid (of onderwerp zijn)
	Uitvoerende activiteiten	Beleid Organisatie	Gezondheidsachterstanden en/of hiermee samenhangende determinanten worden teruggedrongen als er vanuit verschillende sectoren aan wordt gewerkt
	Aandacht doelgroepen	Beleid	Gezondheidsachterstanden worden teruggedrongen als rekening wordt gehouden met kwetsbare groepen
	Monitoring en Evaluatie	Beleid	Gezondheidsachterstanden kunnen worden teruggedrongen als de totstandkoming en de uitvoering van het beleid worden gemonitord en geëvalueerd
Beleidsproces	Betrokken actoren	Samenwerking	Gezondheidsachterstanden worden teruggedrongen als er vanuit meerdere actoren (intern/extern) in het netwerk aandacht is voor gezondheidsachterstanden en/of hiermee samenhangende determinanten
	Concrete afspraken	Samenwerking Organisatie	Intersectorale samenwerking verloopt beter als er concrete samenwerkingsafspraken zijn voor de aanpak van gezondheidsachterstanden
	Structuur samenwerking	Organisatie	Intersectorale samenwerking verloopt beter als er sprake is van een structurele of gecoördineerde samenwerking binnen de gemeente
	Vorm samenwerking	Samenwerking	Intersectorale samenwerking verloopt beter als meerdere beleidsterreinen dezelfde thema's belangrijk vinden en er sprake is van een samenwerkingsstrategie (zoals bijv. werken aan een gemeenschappelijke doelstelling)
	Belang van samenwerken	Samenwerking	Intersectorale samenwerking verloopt beter als het belang hiervan wordt ingezien en als de voordelen opwegen tegen de nadelen
	Rol van actoren	Organisatie	Intersectorale samenwerking verloopt beter als de rol en taken van actoren in deze samenwerking duidelijk zijn
	Resultaten en ervaringen	Samenwerking	Positieve resultaten van het gevoerde beleid zijn van invloed op het terugdringen van gezondheidsachterstanden en intensievere intersectorale samenwerking
Belemmerende en bevorderende factoren	Positieve en negatieve factoren	Succes- en faalfactoren Beleid	Bij beïnvloeden positieve factoren in gunstige zin en wegnemen van negatieve factoren is kans op intersectoraal samenwerken groter
	Politieke factoren en context	Succes- en faalfactoren Beleid/bestuur	Politiek draagvlak en interesse van de gemeenten voor het terugdringen van gezondheidsachterstanden vergroten de kans dat aan dit gezondheidsprobleem wordt gewerkt en bepalen de intensiteit van de intersectorale samenwerking
	Voor- en nadelen	Succes- en faalfactoren Randvoorwaarden	Als de voordelen van intersectorale samenwerking opwegen tegen de nadelen, is de kans groter om intersectoraal samen te werken in de aanpak van gezondheidsachterstanden
	Deskundigheid	Succes- en faalfactoren Randvoorwaarden	Bij voldoende deskundigheid en aanwezigheid van een IGB-trekker is het gemakkelijker om intersectoraal samen te werken van de grond te krijgen
	Kennis en informatie	Succes- en faalfactoren Randvoorwaarden	Voldoende kennis over effecten en bewustzijn bij andere beleidssectoren kunnen de uitvoering van intersectorale samenwerking versterken
	Ondersteuning	Randvoorwaarden Beleid	Ondersteuning vanuit het landelijke niveau kan de intersectorale samenwerking op lokaal niveau versterken

Tabel V.2 Inhoud onderzoeksvragen vragenlijsten

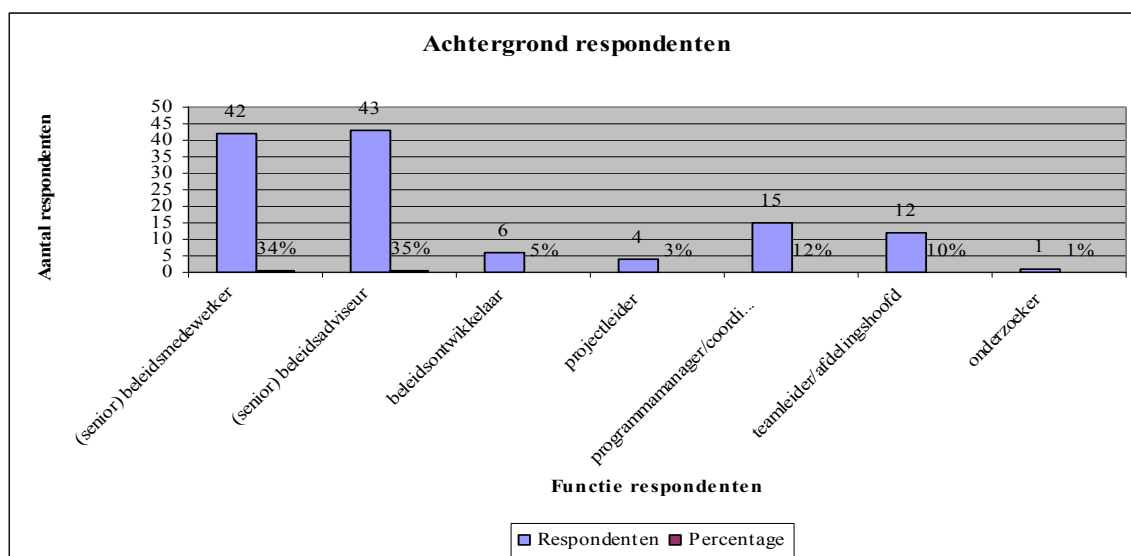
Paragraaf	Elementen/ variabelen	Vragen digitale vragenlijsten (vooral gesloten meerkeuze-antwoordcategorieën met ruimte voor toelichting)	Vragen semigestructureerde interviews (open vragen)
3.3 en 3.5	Kenmerken ambtenaren	Wat is uw functie? Voor welke afdeling werkt u? Wat is/zijn uw beleidsterreinen? Hoeveel uur per week besteedt u gemiddeld per week aan dit/deze beleidsterrein(en)?	Wat is uw functie? Wat zijn uw beleidsonderwerpen?
4.1	Doelstelling		Is er een doelstelling geformuleerd voor gemeentelijk beleid om gezondheidsachterstanden terug te dringen? Waarom wel of niet?
4.2	Onderwerp gezondheids- achterstanden	Is het verbeteren van de GEZONDHEID van burgers in uw gemeente een prioriteit binnen uw eigen beleidsterrein(en)? Is er vanuit uw eigen beleidsterrein(en) in het afgelopen jaar gewerkt aan het verbeteren van de GEZONDHEID van burgers? Op welke van uw beleidsterrein(en) is gewerkt aan het verbeteren van de GEZONDHEID? Is het terugdringen van GEZONDHEIDSACHTERSTANDEN van burgers in uw gemeente prioriteit binnen uw eigen beleidsterrein(en)? Is er vanuit uw eigen beleidsterrein(en) in het afgelopen jaar gewerkt aan het terugdringen van GEZONDHEIDSACHTERSTANDEN? Op welke van uw eigen beleidsterrein(en) is gewerkt aan het terugdringen van GEZONDHEIDSACHTERSTANDEN?	
4.3	Onderwerp determinanten gezondheids- achterstanden	Is er vanuit uw eigen beleidsterrein(en) in het afgelopen jaar gewerkt aan het verbeteren van ONGUNSTIGE OMSTANDIGHEDEN waar achterstandsgroepen vaak mee te maken hebben?	
4.4	Uitvoerende activiteiten		Welke concrete maatregelen en interventies worden vanuit uw beleidsterrein/afdeling in gang gezet om de gezondheid van mensen in een achterstandssituatie te verbeteren? Worden deze maatregelen en/of interventies ook specifiek ingezet om de gezondheid van mensen in achterstandssituaties te verbeteren of met een ander doel? Zo ja, welk doel? Waarom is gekozen voor deze maatregelen en/of interventies om de gezondheid van mensen in achterstandssituaties te verbeteren?
4.5	Aandacht doelgroepen	U geeft aan dat er vanuit uw beleidsterrein(en) is gewerkt aan het verbeteren van de GEZONDHEID. Wordt hierbij rekening gehouden met achterstandsgroepen? Zo ja, met welke achterstandsgroepen wordt dan rekening gehouden? U geeft aan dat er vanuit uw eigen beleidsterrein(en) is gewerkt aan het terugdringen van GEZONDHEIDSACHTERSTANDEN. Met welke achterstandsgroepen wordt dan rekening gehouden?	
4.6	Monitoring en evaluatie		Wordt de doelstelling ook geëvalueerd? Waarom wel of niet? Worden maatregelen en/of interventies geëvalueerd en gemonitord?
5.1	Betrokken actoren	Is er vanuit uw eigen beleidsterrein(en) in het afgelopen jaar samengewerkt met andere beleidsterreinen om GEZONDHEIDSACHTERSTANDEN van burgers in uw gemeente terug te dringen? Met welke beleidsterreinen is er samengewerkt om GEZONDHEIDSACHTERSTANDEN van burgers terug te dringen? Met welke externe partijen is er samengewerkt om	Waarom wordt er juist met deze beleidsterreinen en/of partijen samengewerkt op het gebied van gezondheid van mensen in achterstandssituaties? Vindt u dat de juiste gemeentelijke beleidsterreinen en/of andere partijen betrokken zijn bij de intersectorale samenwerking? Welke beleidsterreinen en/of andere partijen mist u? Waarom? Hoe kunnen andere beleidsterreinen betrokken worden in het intersectoraal samenwerken aan de gezondheid

		GEZONDHEIDSACHTERSTANDEN van burgers terug te dringen?	van mensen in een achterstandssituatie?
5.2	Concrete afspraken		Zijn er concrete afspraken gemaakt met andere beleidsterreinen en/of partijen om intersectoraal samen te werken aan de gezondheid van mensen in een achterstandssituatie? Welke afspraken?
5.3	Structuur samenwerking		Wat is de structuur van het overleg met andere beleidsterreinen en/of partijen (incidenteel/vast, frequentie van overleg, organisatie van het overleg)? Wat is de wenselijke structuur om gezondheidsachterstanden terug te dringen?
5.3	Vorm samenwerking	Waaruit bestaat de samenwerking met andere beleidsterreinen om GEZONDHEIDSACHTERSTANDEN van burgers terug te dringen? Waaruit bestaat de samenwerking met externe partijen om GEZONDHEIDSACHTERSTANDEN van burgers terug te dringen?	Op welke manier wordt vanuit uw eigen beleidsterrein de intersectorale samenwerking vorm gegeven? Wat is wenselijk?
5.4	Belang van samenwerken		Vindt u het belangrijk dat er intersectoraal wordt samengewerkt om gezondheid van mensen in achterstandssituaties aan te pakken?
5.5	Rol van actoren		Heeft uw beleidsterrein een regierol in de intersectorale samenwerking op het gebied van gezondheid van mensen in achterstandssituaties? Waarom wel of niet? Is de rol van uw beleidsterrein/afdeling in deze samenwerking duidelijk? Wat is uw rol? Welke rol is eventueel wenselijk vanuit het eigen beleidsterrein?
5.6	Resultaten en ervaringen		Hoe verloopt de intersectorale samenwerking in de aanpak van gezondheid van mensen in een achterstandssituatie naar uw mening? Wat is verder nog nodig om te komen tot een (nog) betere intersectorale samenwerking? Wat vindt u van de resultaten die tot nu toe behaald zijn om gezondheid van mensen in een achterstandssituatie aan te pakken?
6.1	Positieve en negatieve factoren	Hebben de onderstaande factoren een POSITIEVE INVLOED gehad op de intersectorale samenwerking om GEZONDHEIDSACHTERSTANDEN terug te dringen in uw gemeente? Hebben de onderstaande factoren een NEGATIEVE INVLOED gehad op de intersectorale samenwerking om GEZONDHEIDSACHTERSTANDEN terug te dringen in uw gemeente?	
6.2	Politieke factoren	Hebben de onderstaande POLITIEKE FACTOREN invloed gehad op de intersectorale samenwerking om GEZONDHEIDSACHTERSTANDEN terug te dringen in uw gemeente?	
6.3	Voor- en nadelen		Welke voordelen heeft intersectorale samenwerking op het gebied van gezondheid van mensen in achterstandssituaties voor uw eigen beleidsterrein/afdeling? Zijn er ook nadelen verbonden aan die samenwerking?
6.4	Randvoorwaarden		Welke ministeries kunnen een rol spelen om ervoor te zorgen dat op lokaal niveau (effectieve) maatregelen worden genomen om de gezondheid van mensen in een achterstandssituatie aan te pakken? Op welke wijze kunnen de desbetreffende ministeries en/of landelijke overheid een rol spelen (financieel, initiërend, faciliterend...)?

Bijlage VI Achtergrond deelnemende gemeenten

Tabel VI.1 Respons per beleidsterrein

Beleidssterreinen	Verstuurd	Ontvangen	Percentage
VGZ	16	14	88%
Onderwijs	11	8	73%
Jeugd	14	13	93%
Sociale zaken	12	8	67%
Wonen	12	7	58%
Ruimte	9	8	89%
Sport	16	10	63%
Mobiliteit	6	4	67%
Integratie	9	8	89%
Milieu	13	10	77%
Zorg	13	11	85%
Veiligheid	12	10	83%
Anders	12	12	100%
Totaal	155	123	79%



Figuur VI.1 Achtergrond respondenten

Tabel VI.3 Overzicht geïnterviewden binnen sector VGZ

Aantal interviews	Beleidsterrein(en)	Functie	Geslacht
1	Volksgezondheid	Beleidsmedewerker	Vrouw
2	Gezondheid en WMO	Senior beleidsmedewerker	Man
3	Zorg	Beleidsadviseur	Vrouw
4	Volksgezondheid	Senior Beleidsadviseur	Vrouw
5	Gezondheidsbeleid	Staf- en beleidsmedewerker	Man
6	Opvang en zorg (in wijk)	Programmamanager	Vrouw
7	Volksgezondheid en JGZ	Beleidsadviseur	Vrouw
8	Gezondheidsbeleid en WWZ	Beleidsmedewerker	Vrouw
9	Gezondheidsbeleid	Beleidsadviseur	Vrouw
10	Volksgezondheid	Projectleider nota LGB	Man
11	Gezond in stad	Programmamanager	Vrouw
12	Volksgezondheid	Beleidsmedewerker	Man
13	Volksgezondheid	Beleidsadviseur	Vrouw
14	Volksgezondheid	Senior beleidsadviseur	Vrouw
15	Gezondheidsbeleid	Senior beleidsmedewerker	Vrouw
16	Volksgezondheid	Beleidsmedewerker	Man

Tabel VI.4 Overzicht geïnterviewden buiten sector VGZ

Aantal interviews	Beleidsterrein(en)	Functie	Geslacht
<i>Ruimte/wonen</i>			
1	Ruimte	Beleidsmedewerker	Man
2	Wonen	Beleidsontwikkelaar	Man
3	Ruimtelijke ordening en milieu	Senior stedenbouwkundige	Man
4	Milieubeleid (ook link ruimte/wonen)	Programmamanager	Man
<i>Onderwijs/jeugd</i>			
5	Onderwijsbeleid	Financieel beleidsmedewerker	Man
6	Jeugdbeleid	Beleidsmedewerker	Vrouw
7	Onderwijs en jeugd	Beleidsmedewerker	Vrouw
8	Onderwijs en welzijn	Senior beleidsadviseur	Man
<i>Sociale zaken</i>			
9	Armoedebestrijding	Beleidsadviseur	Man
10	Sociale zaken	Beleidsmedewerker	Man
11	Sociale zaken	Hoofd afdeling	Man
12	Samenleving	Waarnemend hoofd	Man
<i>Sport</i>			
13	Sportstimulering	Beleidsadviseur	Man
14	Sport en jongerenwerk	Beleidsmedewerker	Man
15	Sportstimulering	Beleidsadviseur	Vrouw
16	Sportbeleid	Beleidsmedewerker	Vrouw

Bijlage VII Nadere informatie beleidsinhoud

Tabel VII.1 Doelstellingen gezondheid(sachterstanden)

Voorbeelden doelstelling/missie gezondheidsachterstanden	Voorbeelden doelstellingen/thema's gezondheid
De sociaaleconomische gezondheidsverschillen blijven onverminderd groot. Het gezondheidsbeleid zal zich daarom richten op mensen met een lage SES.	Psychosociale problematiek, seksuele gezondheid, bewegen en voeding, leefomgeving
	Leefstijl, psychische gezondheid, leefomgeving
Hoogste prioriteit is het verder terugdringen van gezondheidsachterstanden.	Gezond leven, gezonde wijken, gezonde stad
In het gezondheidsbeleid is het verkleinen van gezondheidsverschillen een belangrijk aandachtspunt.	Gezonde leefstijlbevordering, fysieke leefomgeving, afname overgewicht, bereikbaarheid en toegankelijkheid zorg
In de uitwerking van het gezondheidsbeleid heeft het verminderen van gezondheidsverschillen nadrukkelijk aandacht.	Psychosociale problematiek, alcohol, overgewicht, wijkgerichte aanpak van gezondheidsverschillen
Doel van het gezondheidsbeleid is het verbeteren van de volksgezondheid en het verkleinen van de gezondheidsverschillen.	Bevorderen gezonde leefstijl, alcoholmatiging, terugdringen depressie, terugdringen SEGV in achterstandswijken, eenzaamheid
De bestaande gezondheidsverschillen tussen burgers verkleinen.	Alcohol, overgewicht, depressie, diabetes, gezond binnenmilieu, huisartsenzorg, luchtkwaliteit
Het verkleinen van verschillen in gezondheid, gezondheidsverschillen worden als uitgangspunt gebruikt.	Overgewicht, zorginfrastructuur, verbeteren toegankelijkheid zorgvoorzieningen, jeugdzorg, GGZ
Hoofddoelstelling is het verkleinen van gezondheidsverschillen.	Depressie, alcohol, jeugdgezondheidszorg
Verkleinen van gezondheidsverschillen tussen burgers.	Bestrijden vermijdbare gezondheidsrisico's, verbeteren leefomgeving, binnenmilieu, werken aan wijken, sociale cohesie, toegang tot zorg
Specifieke aandacht voor mensen die minder kansen hebben en meer bedreigingen waar het gaat om hun gezondheid.	Overgewicht, alcohol, jeugdgezondheidszorg, ketenaanpak
De kans op gezondheid voor iedereen verhogen en de verschillen daarin tussen inwoners onderling verkleinen.	Psychosociale problematiek, overgewicht, binnenmilieu, wijkgericht werken, eenzaamheid
Het verkleinen van gezondheidsverschillen.	Alcohol, overgewicht, roken, depressie
Het helpen verkleinen van de gezondheidsverschillen tussen inwoners.	Leefomgeving, stimuleren gezonde keuzes, overgewicht, alcohol, laagdrempelige zorg
Doel van gezondheidsbeleid is om minder verschil in gezondheid tussen mensen te hebben.	Overgewicht, alcohol, seksuele gezondheid, opvoedingsondersteuning
	Psychosociale problemen, overgewicht, binnenmilieu en buiten milieu

Tabel VII.2 Aantallen gezondheid(sachterstanden) als onderwerp per gemeente

Gemeenten (vet krachtwijk(en))	Gezondheid prioriteit	Werken aan gezondheid	Achterstands- groepen	SEGV prioriteit	Werken aan SEGV	Totaal
1	75% (3)	100% (4)	100% (4)	75% (4)	100% (4)	4
2	86% (6)	100% (7)	86% (6)	86% (6)	72% (5)	7
3	83% (5)	83% (5)	83% (5)	33% (2)	67% (4)	6
4	63% (5)	63% (5)	80% (4)	75% (6)	75% (6)	8
5	56% (5)	78% (7)	57% (4)	44% (4)	44% (4)	9
6	43% (3)	71% (5)	40% (2)	43% (3)	43% (3)	7
7	50% (6)	83% (10)	90% (9)	25% (3)	67% (8)	12
8	36% (4)	82% (9)	67% (6)	18% (2)	55% (6)	11
9	75% (6)	88% (7)	86% (6)	50% (4)	63% (5)	8
10	40% (4)	80% (8)	63% (5)	30% (3)	60% (6)	10
11	56% (5)	78% (7)	71% (5)	22% (2)	33% (3)	9
12	50% (4)	63% (5)	80% (4)	63% (5)	38% (3)	8
13	75% (6)	88% (7)	71% (5)	38% (3)	63% (5)	8
14	75% (6)	88% (7)	75% (6)	50% (4)	63% (5)	8
15	57% (6)	86% (6)	17% (1)	14% (1)	14% (1)	7
16	100% (1)	100% (1)	100% (1)	100% (1)	100% (1)	1
Gemiddeld/Totaal	59% (73 v/d 123)	81% (100 v/d 123)	73% (73 v/d 100)	42% (52 v/d 123)	56% (69 v/d 123)	123

Tabel VII.3 Aantallen determinanten gezondheid(sachterstanden) per gemeente

Gemeenten (vet krachtwijk(en))	Verbeteren laag inkomen	Verminderen werkloosheid	Verbeteren laag opleidingsniveau	Verbeteren ongunstige woonomstandigheden	Verbeteren ongunstige werkomstandigheden	Tegengaan sociale uitsluiting	Tegengaan ongezonde leefstijl	Vergroten kwaliteit van zorg
1	25%	0%	25%	100%	0%	75%	100%	50%
(n=4)	(1)	(0)	(1)	(4)	(0)	(3)	(4)	(2)
2	57%	57%	72%	71%	29%	86%	100%	71%
(n=7)	(4)	(4)	(5)	(5)	(2)	(6)	(7)	(5)
3	0%	17%	17%	33%	0%	50%	83%	67%
(n=6)	(0)	(1)	(1)	(2)	(0)	(3)	(5)	(4)
4	38%	13%	13%	63%	0%	88%	63%	38%
(n= 8)	(3)	(1)	(1)	(5)	(0)	(7)	(5)	(3)
5	33%	33%	33%	56%	11%	56%	44%	33%
(n=9)	(3)	(3)	(3)	(5)	(1)	(5)	(4)	(3)
6	29%	14%	29%	29%	0%	43%	29%	29%
(n=7)	(2)	(1)	(2)	(2)	(0)	(3)	(2)	(2)
7	33%	42%	50%	17%	8%	67%	42%	58%
(n=12)	(4)	(5)	(6)	(2)	(1)	(8)	(5)	(7)
8	36%	36%	46%	36%	0%	64%	55%	46%
(n=11)	(4)	(4)	(5)	(4)	(0)	(7)	(6)	(5)
9	25%	25%	13%	50%	0%	63%	63%	63%
(n= 8)	(2)	(2)	(1)	(4)	(0)	(5)	(5)	(5)
10	30%	20%	40%	40%	0%	60%	50%	60%
(n=10)	(3)	(2)	(4)	(4)	(0)	(6)	(5)	(6)
11	22%	22%	22%	78%	0%	33%	56%	56%
(n=9)	(2)	(2)	(2)	(7)	(0)	(3)	(5)	(5)
12	25%	25%	50%	38%	13%	63%	50%	50%
(n= 8)	(2)	(2)	(4)	(3)	(1)	(5)	(4)	(4)
13	25%	38%	38%	50%	13%	63%	88%	38%
(n=8)	(2)	(3)	(3)	(4)	(1)	(5)	(7)	(3)
14	25%	50%	63%	38%	0%	50%	88%	75%
(n=8)	(2)	(4)	(5)	(3)	(0)	(4)	(7)	(6)
15	14%	14%	29%	29%	0%	29%	43%	57%
(n=7)	(1)	(1)	(2)	(2)	(0)	(2)	(3)	(4)
16	0%	100%	100%	100%	0%	100%	100%	100%
(n=1)	(0)	(1)	(1)	(1)	(0)	(1)	(1)	(1)
Gemiddeld	29%	29%	37%	46%	5%	59%	61%	53%
(N=123)	(35)	(36)	(46)	(57)	(6)	(73)	(75)	(65)

Box VII.1 Voorbeelden van gezondheidsachterstanden als onderwerp binnen verschillende beleidsterreinen (uit digitale vragenlijsten)

Jeugd:	programma's als stevig ouderschap; homestart en bemoeizorg; toeleiding naar voor- en vroegschoolse educatie via de JGZ; verbeteren samenwerking verloskundigen en JGZ;
Onderwijs:	brede school gericht op bieden van ontwikkelingskansen van kinderen; prioriteit ligt op scholen in achterstandswijken; voorlichting op scholen;
Sport:	achterstandswijken zijn in sportbeleid aangemerkt als prioriteitswijken; sportstimulering bij verschillende doelgroepen; programma's gericht op groepen met achterstanden (inkomen, overgewicht); door playgrounds sport dicht bij de mensen te brengen; sportprojecten in het onderwijs;
Ruimte:	werken aan een gezonde stad en stimuleren lopen en fietsen; realiseren Cruyff-courts en playgrounds in achterstandswijken;
Wonen:	sociale programma's in herstructureringswijken (samenlevingsopbouw, opvang en zorg, sport, onderwijs); kwaliteitsverbetering van woningen en woonomgeving in naoorlogse wijken, inrichting van wijken om lichaamsbeweging te stimuleren; bewustmaking van bewoners over eigen invloed op binnenmilieu en energieverbruik; ondersteunen ketenzorg dementie; begeleid wonen voor specifieke groepen;
Milieu:	voorzieningsniveau in wijk met aandacht voor o.a. eenzaamheid, bewegen, sociale contacten en sport; verminderen geluidsoverlast en verbeteren luchtkwaliteit; minimeer beleid in gemeentelijk duurzaamheidsbeleid; verbeteren kwaliteit van de leefomgeving voor mensen in achterstandsgroepen die vaak meer last hebben van de negatieve gezondheidseffecten van een slecht milieu en minder mogelijkheden hebben hiervoor te compenseren;
Mobiliteit:	goed openbaar vervoer heeft een sociale functie en draagt bij aan verbetering positie in achterstandswijken;
Sociale Zaken:	stimuleren meedoen van burgers via ondersteuning van vervoer- en woonvoorzieningen; extra inzet op voorkomen schulden (preventie o.a. op basisscholen) en nazorg; verbeteren sociale gezondheid van bijstandsccliënten; voor burgers met een inkomen tot 120% van het sociaal minimum een collectieve ziektekostenverzekering; preventieprojecten voor de jeugd; via bijstand recht op bijstand voor meerkosten door ziekte of handicap; organiseren cursussen 'stoppen met roken' en 'gezonde voeding hoeft niet duur te zijn' voor mensen met een laag inkomen; met financiële tegemoetkomingen participatie stimuleren (sport/cultuur);
Integratie:	stimuleren arbeidsparticipatie van allochtonen, verbeteren sociaal-culturele integratie en beeldvorming;
Zorg:	samenwerking versterken met sociale dienst ten aanzien van leefstijl en kwetsbare groepen (verslaafden en dak- en thuislozen); verminderen sociaal isolement; via bijzondere bijstand extra ondersteuning regelen voor achterstandsgroepen of door specifiek beleid gericht op bepaalde wijken met achterstandsgroepen; projecten binnen achterstandswijken; coördinatie zorg multiprobleem gezinnen; lokale zorgnetwerken; activerende huisbezoeken vormen input voor activiteiten en programma's; voorlichting allochtone ouderen en mantelzorgers;
Veiligheid:	voor veelplegers extra aandacht om gezondheid te verbeteren en recidive te voorkomen; buurten met bewoners uit lagere sociale klassen meer aandacht voor veiligheid; organiseren van hulpverlening in individuele probleemsituaties (zorgmijders);
Anders:	(financiering) wijkgerichte projecten in achterstandswijken; gezonde stad; informatie en adviesfunctie uitwerken die gericht zijn op mensen met gezondheidsachterstanden.

Bijlage VIII Nadere informatie beleidsproces

Tabel VIII.1 Samenwerken met andere sectoren vanuit perspectief beleidssector

Beleidssectoren	Intersectoraal samenwerken	Totaal
VGZ	100% (14)	14
Onderwijs	75% (6)	8
Jeugd	85% (11)	13
Sociale zaken	100% (8)	8
Wonen	71% (5)	7
Ruimte	63% (5)	8
Sport	100% (10)	10
Mobiliteit	75% (3)	4
Integratie	63% (5)	8
Milieu	40% (4)	10
Zorg	91% (10)	11
Veiligheid	80% (8)	10
Anders	75% (9)	12
Gemiddeld/Totaal	80% (98) (98 v/d 123)	123

Tabel VIII.2 Samenwerken met andere sectoren vanuit perspectief gemeente

Gemeenten (vet krachtwijk(en))	Intersectoraal samenwerken	Totaal
1	100% (4)	4
2	86% (6)	7
3	100% (6)	6
4	100% (8)	8
5	44% (4)	9
6	57% (4)	7
7	75% (9)	12
8	73% (8)	11
9	88% (7)	8
10	80% (8)	10
11	78% (7)	9
12	88% (7)	8
13	88% (7)	8
14	88% (7)	8
15	71% (5)	7
16	100% (1)	1
Gemiddeld/Totaal	80% (98) (98 v/d 123)	123

Tabel VIII.3 Manieren van samenwerken *

Gemeenten (vet krachtijk(en))	Het uitwisselen van informatie	Het uitvoeren van losstaande activiteiten	Het op elkaar afstemmen van activiteiten	Het gezamenlijk uitvoeren van activiteiten	Het werken aan een gezamenlijk doel
1	100%	75%	75%	100%	100%
(n=4)	(4)	(3)	(3)	(4)	(4)
2	100%	83%	100%	100%	100%
(n=6)	(6)	(5)	(6)	(6)	(6)
3	100%	67%	100%	67%	100%
(n=6)	(6)	(4)	(6)	(4)	(6)
4	100%	75%	88%	50%	88%
(n= 8)	(8)	(6)	(7)	(4)	(7)
5	75%	75%	75%	50%	100%
(n=4)	(3)	(3)	(3)	(2)	(4)
6	100%	50%	100%	75%	75%
(n=4)	(4)	(2)	(4)	(3)	(3)
7	100%	89%	89%	89%	78%
(n=9)	(9)	(8)	(8)	(8)	(7)
8	100%	100%	88%	75%	88%
(n=8)	(8)	(8)	(7)	(6)	(7)
9	100%	71%	100%	86%	100%
(n=7)	(7)	(5)	(7)	(6)	(7)
10	100%	75%	100%	88%	88%
(n=8)	(8)	(6)	(8)	(7)	(7)
11	100%	43%	86%	57%	86%
(n=7)	(7)	(3)	(6)	(4)	(6)
12	100%	100%	100%	71%	71%
(n= 7)	(7)	(7)	(7)	(5)	(5)
13	100%	71%	100%	86%	100%
(n=7)	(7)	(5)	(7)	(6)	(7)
14	100%	86%	100%	71%	100%
(n=7)	(7)	(6)	(7)	(5)	(7)
15	100%	100%	80%	100%	100%
(n=5)	(5)	(5)	(4)	(5)	(5)
16	100%	100%	100%	100%	100%
(n=1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)
Gemiddeld	99%	79%	93%	78%	91%
(n=98)	(97)	(77)	(91)	(76)	(89)

* De vragen zijn alleen ingevuld door beleidsambtenaren die samenwerken om gezondheidsachterstanden terug te dringen (98 v/d 123).

Bijlage IX Belemmerende en bevorderende factoren

Tabel IX.1 Factoren met een positieve invloed vanuit perspectief gemeenten *

Gemeenten (vet krachtwijk(en))	Positieve ervaringen met samenwerken	Aanwezigheid structurele overleggen	Duidelijke rolverdeling	Voldoende middelen	Aanwezigheid sleutelpersonen	Aanwezigheid concrete uitvoeringsplannen	Duidelijk hoe beleidssector bijdraagt	Bestaan goede relaties	Gemeenschappelijk belang	Uniform taalgebruik
1 (n=4)	75% (3)	50% (2)	50% (3)	75% (3)	100% (4)	75% (3)	75% (3)	100% (4)	100% (4)	75% (3)
2 (n=6)	100% (6)	83% (5)	83% (5)	100% (6)	83% (5)	100% (6)	100% (6)	100% (6)	100% (6)	67% (4)
3 (n=6)	83% (5)	33% (2)	67% (4)	67% (4)	50% (3)	33% (2)	100% (6)	83% (5)	83% (5)	50% (3)
4 (n= 8)	88% (7)	50% (4)	50% (4)	75% (6)	88% (7)	75% (6)	75% (6)	75% (6)	88% (7)	50% (4)
5 (n=4)	100% (4)	75% (3)	25% (1)	75% (3)	50% (2)	50% (2)	50% (2)	100% (4)	100% (4)	50% (2)
6 (n=4)	100% (4)	50% (2)	50% (2)	50% (2)	100% (4)	75% (3)	75% (3)	50% (2)	75% (3)	50% (2)
7 (n=9)	78% (7)	67% (6)	56% (5)	22% (2)	44% (4)	33% (3)	56% (5)	100% (9)	78% (7)	33% (3)
8 (n=8)	100% (8)	38% (3)	38% (3)	50% (4)	75% (6)	38% (3)	75% (6)	100% (8)	100% (8)	13% (1)
9 (n= 7)	71% (5)	71% (5)	71% (5)	57% (4)	86% (6)	57% (4)	100% (7)	100% (7)	100% (7)	57% (4)
10 (n=8)	75% (6)	63% (5)	38% (3)	38% (3)	75% (6)	50% (4)	75% (6)	75% (6)	75% (6)	50% (4)
11 (n=7)	100% (7)	57% (4)	43% (3)	57% (4)	71% (5)	71% (5)	100% (0)	100% (7)	100% (7)	14% (1)
12 (n= 7)	86% (6)	57% (4)	86% (6)	43% (3)	57% (4)	43% (3)	86% (6)	100% (7)	100% (7)	57% (4)
13 (n=7)	71% (5)	71% (5)	43% (3)	43% (3)	86% (6)	57% (4)	71% (5)	100% (7)	100% (7)	29% (2)
14 (n=7)	100% (7)	100% (7)	86% (6)	100% (7)	100% (7)	57% (4)	86% (6)	100% (7)	100% (7)	29% (2)
15 (n=5)	80% (4)	40% (2)	40% (2)	20% (1)	80% (4)	20% (1)	80% (4)	80% (4)	80% (4)	20 (1)
16 (n=1)	100% (1)	100% (1)	100% (1)	100% (1)	100% (1)	100% (1)	100% (1)	100% (1)	100% (1)	100% (1)
Gemiddeld (n=98)	87% (85)	61% (60)	56% (55)	57% (56)	76% (74)	55% (54)	81% (79)	92% (90)	92 % (90)	42% (41)

* De vragen zijn alleen ingevuld door beleidsambtenaren die samenwerken om gezondheidsachterstanden terug te dringen (98 v/d 123).

Tabel IX.2 Factoren met een negatieve invloed vanuit perspectief gemeenten *

Gemeenten (vet krachtwjk(en))	Negatieve ervaringen met samenwerken	Afwezigheid structurele overleggen	Ontbreken duidelijke rolverdeling	Onvoldoende middelen	Afwezigheid sleutelpersonen	Afwezigheid concrete uitvoeringsplannen	Niet duidelijk hoe beleidssector bijdraagt	Ontbreken goede relaties	Tegengesteld belang	Geen uniform taalgebruik
1	0%	25%	50%	100%	0%	25%	0%	25%	75%	100%
(n=4)	(0)	(1)	(3)	(4)	(0)	(1)	(0)	(1)	(4)	(4)
2	67%	83%	83%	100%	50%	67%	50%	67%	100%	50%
(n=6)	(4)	(5)	(5)	(6)	(3)	(4)	(3)	(4)	(6)	(3)
3	33%	67%	67%	83%	33%	100%	17%	17%	50%	17%
(n=6)	(2)	(4)	(4)	(5)	(2)	(6)	(1)	(1)	(3)	(1)
4	13%	25%	25%	63%	25%	25%	13%	13%	25%	13%
(n= 8)	(1)	(2)	(2)	(5)	(2)	(2)	(1)	(1)	(2)	(1)
5	0%	25%	25%	50%	25%	25%	0%	0%	25%	0%
(n=4)	(0)	(1)	(1)	(2)	(1)	(1)	(0)	(0)	(1)	(0)
6	25%	25%	25%	50%	0%	50%	25%	25%	25%	50%
(n=4)	(1)	(1)	(1)	(2)	(0)	(2)	(1)	(2)	(1)	(2)
7	33%	56%	44%	78%	33%	22%	0%	33%	44%	33%
(n=9)	(3)	(5)	(4)	(7)	(3)	(2)	(0)	(3)	(4)	(3)
8	0%	38%	63%	75%	38%	13%	13%	0%	13%	25%
(n=8)	(0)	(3)	(5)	(6)	(3)	(1)	(1)	(0)	(1)	(2)
9	29%	14%	29%	57%	29%	14%	0%	0%	14%	14%
(n= 7)	(2)	(1)	(2)	(4)	(2)	(1)	(0)	(0)	(1)	(1)
10	25%	63%	50%	25%	38%	50%	88%	13%	25%	38%
(n=8)	(2)	(5)	(4)	(2)	(3)	(4)	(7)	(1)	(2)	(3)
11	14%	43%	71%	43%	43%	43%	29%	14%	14%	0%
(n=7)	(1)	(3)	(5)	(3)	(3)	(3)	(2)	(1)	(1)	(0)
12	29%	29%	29%	71%	43%	43%	29%	29%	29%	43%
(n= 7)	(2)	(2)	(2)	(5)	(3)	(3)	(2)	(2)	(2)	(3)
13	29%	43%	43%	71%	29%	43%	86%	14%	43%	71%
(n=7)	(2)	(3)	(3)	(5)	(2)	(3)	(6)	(1)	(3)	(5)
14	71%	29%	29%	14%	29%	29%	14%	14%	14%	29%
(n=7)	(5)	(2)	(2)	(1)	(2)	(2)	(1)	(1)	(1)	(2)
15	0%	0%	0%	20%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
(n=5)	(0)	(0)	(0)	(1)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)
16	0%	0%	100%	100%	100%	100%	0%	0%	100%	100%
(n=1)	(0)	(0)	(1)	(1)	(1)	(1)	(0)	(0)	(1)	(1)
Gemiddeld	20%	39%	44%	63%	31%	37%	12%	17%	33%	32%
(n=98)	(20)	(38)	(43)	(62)	(30)	(36)	(12)	(17)	(32)	(31)

* De vragen zijn alleen ingevuld door beleidsambtenaren die samenwerken om gezondheidsachterstanden terug te dringen (98 v/d 123).

Tabel IX.3 Politieke factoren met een positieve invloed vanuit perspectief gemeenten*

Gemeenten (vet krachtwjk(en))	Optimale inzet portefeuillehouder	Voldoende draagvlak college	Goede timing voor aanpak	Hoge urgentie van de problematiek	Veel media-aandacht voor de problematiek	Veel aandacht vanuit landelijk beleid
1	100%	75%	75%	50%	50%	75%
(n=4)	(4)	(3)	(3)	(2)	(2)	(3)
2	100%	100%	83%	100%	67%	67%
(n=6)	(6)	(6)	(5)	(6)	(4)	(4)
3	50%	50%	50%	67%	83%	100%
(n=6)	(3)	(3)	(3)	(4)	(5)	(6)
4	75%	75%	75%	50%	38%	75%
(n= 8)	(6)	(6)	(6)	(4)	(3)	(6)
5	50%	50%	75%	75%	25%	75%
(n=4)	(2)	(2)	(3)	(3)	(1)	(3)
6	50%	50%	50%	50%	50%	50%
(n=4)	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)
7	89%	89%	56%	78%	44%	33%
(n=9)	(8)	(8)	(5)	(7)	(4)	(3)
8	75%	88%	50%	25%	13%	50%
(n=8)	(6)	(7)	(4)	(2)	(1)	(4)
9	86%	86%	71%	71%	29%	71%
(n=7)	(6)	(6)	(5)	(5)	(2)	(5)
10	88%	100%	38%	88%	38%	75%
(n=8)	(7)	(8)	(3)	(7)	(3)	(6)
11	72%	43%	14%	43%	14%	43%
(n=7)	(5)	(3)	(1)	(3)	(1)	(3)
12	71%	86%	100%	86%	43%	57%
(n= 7)	(5)	(6)	(7)	(6)	(3)	(4)
13	100%	100%	71%	43%	57%	100%
(n=7)	(7)	(7)	(5)	(3)	(4)	(7)
14	71%	86%	71%	0%	71%	43%
(n=7)	(5)	(6)	(5)	(0)	(5)	(3)
15	14%	14%	29%	29%	0%	29%
(n=5)	(1)	(1)	(2)	(2)	(0)	(2)
16	100%	100%	100%	100%	100%	100%
(n=1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)
Gemiddeld	78%	79%	61%	63%	42%	62%
(n=98)	(76)	(77)	(60)	(62)	(41)	(61)

* De vragen zijn alleen ingevuld door beleidsambtenaren die samenwerken om gezondheidsachterstanden terug te dringen (96 v/d 123).

