



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

## **Integraal gezondheidsbeleid op lokaal niveau**

*Wat weten we en hoe nu verder?*

RIVM Briefrapport 270161004/2011  
I. Storm | A. Verweij | F. van der Lucht



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

## **Integraal gezondheidsbeleid op lokaal niveau**

Wat weten we en hoe nu verder?

RIVM Briefrapport 270161004

## Colofon

© RIVM 2011

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

Ilse Storm  
Antonia Verweij  
Fons van der Lucht

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

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

## **Inhoud**

### **Samenvatting—5**

- 1 Inleiding—7**
- 2 Wat gebeurt er bij gemeenten onder de noemer IGB?—9**
- 3 Wat is er bekend over de effectiviteit van IGB?—11**
- 4 Wat is de bijdrage van actoren en processen aan de uitvoering van IGB?—13**
- 5 Wat valt er te leren op basis van de beschikbare kennis over IGB?—17**

### **Literatuurlijst—23**

### **Bijlage I Referenten –25**



## Samenvatting

### **Integraal gezondheidsbeleid op lokaal niveau**

*Wat weten we en hoe nu verder?*

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) wil graag dat gemeenten lokaal integraal gezondheidsbeleid (IGB) ontwikkelen en uitvoeren. Dat betekent dat de volksgezondheidssector samen met andere beleidsectoren de volksgezondheid moet verbeteren. Om de lokale overheid hierin verder op weg te helpen heeft het RIVM de belangrijkste bevindingen uit enkele recente onderzoeken tegen het licht gehouden en vertaald naar leerpunten voor IGB op lokaal niveau.

Om andere sectoren mee te krijgen in het verbeteren van de volksgezondheid is helderheid en overtuigingskracht onontbeerlijk. Voor verdere ontwikkeling van IGB is het daarom essentieel heldere terminologie en een eenduidig begrippenkader te gebruiken. Overtuigingskracht kan ontleend worden aan bewijs over effectiviteit. Het is daarom van groot belang om door te gaan met effectiviteitsonderzoek en dit te verdiepen. Het blijkt in de praktijk nog erg moeilijk belangen voor andere sectoren duidelijk te maken. Een doelenboom kan dit vergemakkelijken. Een doelenboom is een manier om maatregelen en effecten met elkaar te verbinden. Hierdoor wordt inzichtelijk dat een ander beleidsdoel ook van belang is voor de gezondheid of dat gezondheid als middel kan bijdragen aan andere beleidsdoelen.

De lokale overheid kan IGB op verschillende wijzen faciliteren. Het is bijvoorbeeld belangrijk om dit te verankeren in de gemeentelijke organisatie en vooral inzetten op het in contact brengen van verschillende partijen. Om andere partijen vervolgens mee te krijgen kan het belangrijk zijn om gezondheid niet altijd als primair doel te beschouwen. De landelijke overheid kan randvoorwaarden creëren voor effectief integraal gezondheidsbeleid. Het bijeenbrengen en ontsluiten van kennis over en ervaringen met IGB op landelijk niveau kan het werken met IGB op lokaal niveau aanzienlijk bevorderen. Tegelijkertijd zal de overheid ook een gevoel van urgentie moeten creëren en financieringsstromen hierop afstemmen.



## **1 Inleiding**

Het ministerie van VWS wil graag dat gemeenten lokaal integraal gezondheidsbeleid (IGB) ontwikkelen en uitvoeren. Hoewel de aandacht voor IGB is gestegen in de gemeentelijke nota's (Walg, 2010), is het voor gemeenten niet eenvoudig om inhoud en vorm te geven aan IGB. Zo is het lastig om andere sectoren te betrekken bij gezondheid, verbindingen te leggen tussen problemen, oplossingen en verschillende sectoren, of zorg te dragen voor een continue en structurele aanpak (Schuit en Storm, 2007). De afgelopen jaren hebben diverse onderzoeken plaatsgevonden over IGB op lokaal niveau. Het ministerie van VWS wil daarom graag weten waar we staan en hoe IGB op lokaal niveau nog meer vorm kan krijgen.

Om de balans op te maken heeft het RIVM in opdracht van het ministerie van VWS in dit briefrapport de volgende vier deelvragen beantwoord:

- Wat gebeurt er bij gemeenten onder de noemer van IGB?
- Wat is er bekend over de effectiviteit van IGB?
- Wat is de bijdrage van actoren en processen aan de uitvoering van IGB?
- Wat valt er te leren op basis van de beschikbare kennis over IGB?

Het oorspronkelijke verzoek van het ministerie van VWS was om deze vragen te beantwoorden aan de hand van compilatie van informatie uit twee rapporten en de uitkomsten van een IGB werkconferentie, gehouden in 2009. Als aanvulling hierop hebben we een aantal rapporten en artikelen toegevoegd (zie literatuurlijst). Deze publicaties hebben elk een specifieke invalshoek en vraagstelling. De bevindingen waartoe we zijn gekomen op basis van de bestudeerde publicaties hebben we besproken met het landelijke netwerk IGB. Ten slotte hebben we dit briefrapport voorgelegd aan een aantal (interne en externe) referenten (zie bijlage I).





## 2 Wat gebeurt er bij gemeenten onder de noemer IGB?

### 2.1 Verschillende termen in gebruik

Bij het doornemen van de publicaties over IGB is het eerste wat opvalt dat er verschillende termen gebruikt worden om IGB aan te duiden. In het ene geval gaat het om integraal gezondheidsbeleid, elders gaat het om intersectoraal gezondheidsbeleid of om een integrale aanpak van volksgezondheidsproblemen. Deze termen worden ook door elkaar gebruikt en lijken inwisselbaar, terwijl er af en toe toch iets anders mee bedoeld wordt.

### 2.2. Diverse invullingen van IGB

In theorie is integraal gezondheidsbeleid erop gericht de determinanten (zoals leefstijl, fysieke en sociale omgeving) die van invloed zijn op gezondheid van individuen in *samenhang* aan te pakken. Het bevorderen en/of het beschermen van gezondheid is hierbij het gemeenschappelijke doel (Storm et al., 2007). Om langdurige gedragsveranderingen te realiseren moeten we de achterliggende (maatschappelijke) oorzaken van gedrag aanpakken en condities scheppen waarin gezond gedrag gestimuleerd wordt. Ook moet de omgeving zodanig ingericht zijn dat het individu niet blootgesteld wordt aan gevaarlijke of ongezonde situaties. Het inrichten van een dergelijke gezonde omgeving kan doorgaans niet zonder medewerking van sectoren buiten het volksgezondheidsdomein (zoals ruimtelijke ordening, veiligheid, onderwijs en arbeid). Dat betekent een goede samenhang van maatregelen gericht op het individu, wet- en regelgeving en de omgeving. Echter in de *praktijk* wordt de term IGB uiteenlopend ingevuld, waardoor elke keer weer opnieuw de vraag wordt gesteld: 'wat is dat nu eigenlijk?' en 'wat valt er wel en niet onder' (zie box 1).

<b>Box 1. Voorbeelden van IGB invullingen in de praktijk</b>	<b>Theoretisch term</b>
Beleid binnen het VGZ domein, waarbij samenwerken mogelijk is tussen een of meerdere sectoren binnen VGZ domein	Gezondheidsbeleid
Samenwerken tussen meerdere beleidssectoren binnen en buiten het VGZ domein rond een volksgezondheidsprobleem	Integraal gezondheidsbeleid
Samenwerken tussen twee beleidssectoren binnen en buiten het VGZ domein rond een volksgezondheidsprobleem	Intersectoraal gezondheidsbeleid
Werkwijze waarbij een volksgezondheidsprobleem met meerdere partijen wordt aangepakt binnen diverse settings (school, wijk, zorg)	Integrale aanpak
Samenwerken tussen beleidssectoren en verschillende externe partijen. Deze partijen kunnen ook andere publieke en/of private partijen zijn	Publiek-private samenwerking
Samenwerken tussen meerdere beleidssectoren aan een gemeenschappelijk doel (maar gezondheid is geen hoofddoel)	Integraal beleid
Beleid buiten het VGZ domein met mogelijke effecten op gezondheid, maar waarbij geen samenwerking is met het VGZ domein	Sectoraal beleid

### 2.3 Binnen gemeenten vooral samenwerking rond projecten

Als gekeken wordt naar de verschillende invullingen van IGB binnen gemeenten (en niet alleen naar voorbeelden binnen de strikte IGB definitie) dan valt te concluderen dat er veel op dit terrein gebeurt, te weten:

- Maatregelen en interventies die binnen projecten worden uitgevoerd (vooral in de setting school of wijk). Het gaat vaak om integrale uitvoering en minder om structurele integrale beleidsvorming.
- Maatregelen en interventies waarbij de samenwerkende partijen veelal 'gezondheids- en welzijnsorganisaties' zijn. In slechts een aantal gevallen zijn ook de fysieke sectoren voor een gezonde omgeving betrokken (zie box 2)<sup>1</sup>. Dat betekent dat de nadruk vaak meer op het individu ligt en minder op de omgeving.
- Maatregelen en interventies worden vaak uitgevoerd met als doel de gezondheid te bevorderen of gezondheidsachterstanden in wijken aan te pakken. Het gaat veel minder over maatregelen om de gezondheid te beschermen en/of veiligheid te vergroten in de bestudeerde publicaties over IGB.

#### **Box 2. Projecten die als voorbeelden van intersectoraal gezondheidsbeleid worden gezien (RVZ, 2009b)**

De RVZ brochure geeft twaalf inspirerende voorbeelden van intersectoraal gezondheidsbeleid:

- Utrecht gezond!
- Van Klacht naar kracht
- Convenant overgewicht
- Thuis op straat
- Richard Krajicek Playgrounds
- Parkstad in beweging
- Nuchter Verstand
- Lectoraat de Gezonde stad
- De Gezonde Regio
- De Gezonde schoolkantine
- Zon aan de Zeekant

In alle projecten is sprake van samenwerking tussen verschillende partijen. De meeste projecten hebben een expliciet gezondheidsdoel, maar het project 'Thuis op straat' heeft bijvoorbeeld als doel 'het verbeteren van het klimaat en de sfeer in de wijk'.

Bij de samenwerkende partijen valt op dat 'gezondheids- en welzijnsorganisaties' het meeste voorkomen. Ook scholen worden bij enkele projecten genoemd, vooral ook omdat via de scholen de doelgroep goed bereikt kan worden. Samenwerking met andere en dan vooral de fysieke sectoren komt nauwelijks terug in deze projecten. Bij het lectoraat de Gezonde Stad is geprobeerd samen te werken met groenvoorziening, volkshuisvesting en verkeer, maar deze samenwerking kwam minder goed van de grond dan de samenwerking met de 'sociale sector'.

De projecten zijn inspirerend en vol enthousiasme neergezet in de RVZ brochure. Als succesfactoren wordt vooral de nadruk op het proces gelegd. Daarbij wordt de goed lopende samenwerking genoemd, de korte lijntjes, de positieve benadering, enthousiaste wethouders, enzovoort. Toch is bij geen enkel project iets te zeggen over de resultaten in termen van effecten op de volksgezondheid.

<sup>1</sup> In het rapport 'Buiten gebaande paden. Advies over intersectoraal gezondheidsbeleid' van de RVZ, Onderwijsraad en Rob wordt vooral de term intersectoraal gezondheidsbeleid gehanteerd.

### **3 Wat is er bekend over de effectiviteit van IGB?**

#### **3.1 Moeilijk om effectiviteit van IGB vast te stellen**

Het is moeilijk om de effectiviteit van integraal gezondheidsbeleid (IGB) vast te stellen, omdat het in principe om een palet van maatregelen gaat dat zowel gericht is op het individu als op de omgeving. Deze maatregelen kunnen afzonderlijk misschien wel op hun effectiviteit worden onderzocht, het evalueren van het totale pakket is een stuk lastiger. In de voor dit briefrapport bestudeerde IGB publicaties is veelal onderzoek gedaan naar de effecten van afzonderlijke maatregelen buiten het volksgezondheidsdomein op gezondheid (zie box 3). Van veel maatregelen die niet per se met een gezondheidsdoel worden ingezet, is er wel enige bewijslast over de effecten op determinanten van gezondheid (zoals bewegen of luchtkwaliteit). Er is meestal geen bewijslast specifiek op het verbeteren van gezondheid of het terugdringen van gezondheidsachterstanden. Dit komt omdat deze effecten niet onderzocht zijn of omdat de informatie over de effectiviteit inconsistent is. Veel kennis over effectiviteit komt ook uit het buitenland en het is nog onvoldoende bekend in hoeverre deze maatregelen in Nederland werkzaam zijn. Dat dit nader onderzoek vergt, werd geconcludeerd in de meerdere publicaties (RVZ, 2009b, Savelkoul et al., 2010). Als gekeken wordt naar effecten van een integrale aanpak om gezondheid via de setting wijk te bevorderen (zoals integrale depressiepreventie en buurt-onderwijs-sport projecten) is ook weinig bekend over de effectiviteit op gezondheidsmaten (Meijer en Sturkenboom, 2009).<sup>2</sup>

#### **3.2 Hoge eisen aan het vaststellen van effectiviteit van IGB**

Aan het vaststellen van de effectiviteit van IGB worden hoge eisen gesteld. Dit uit zich op twee manieren. Ten eerste moeten maatregelen bewezen gezondheidseffecten hebben (aan de hand van reviews of RCT's) of soms zelfs effecten op het terugdringen van gezondheidsachterstanden. De strenge eisen omtrent effectiviteit hebben als logisch gevolg dat het van veel maatregelen onbekend is of ze werken. Ze zijn immers niet onderzocht in de vorm van een RCT, wat ook niet verwonderend is, want veel maatregelen in de fysieke of sociale omgeving lenen zich niet voor een RCT. Ten tweede gaat bij het vaststellen van de effectiviteit vooral aandacht uit naar effecten op gezondheid en minder naar effecten op het niveau van determinanten van gezondheid (zie verder paragraaf 5.3, doelenboom). Bij bijvoorbeeld het aanbieden van taalcursussen zijn er effecten op het gebied van taalbeheersing (determinant van gezondheid).

<sup>2</sup> Zie voor effectiviteit over IGB ook het briefrapport 'Integraal gezondheidsbeleid op nationaal niveau. *Wat kunnen we leren van de ervaringen uit andere landen?* (Maas en Storm, 2011).

### **Box 3. Beleidsmaatregelen buiten het volksgezondheidsdomein met de meeste bewijslast voor effectiviteit (Storm et al., 2009)**

#### **Communicatief**

##### Voorlichting

*Roken:* voorlichting op school en werk;

*Lichamelijke activiteit:* voorlichting op school, keuzemomenten;

*Alcohol:* voorlichting via gezin;

*Voeding:* voorlichting via gezin;

*Luchtkwaliteit:* advies op maat binnenmilieu;

*Verkeersveiligheid:* campagne;

*Stress:* sociaal-emotionele vaardigheidstrainingen in gezin (opvoedingsondersteuning).

#### **Economisch**

##### Subsidie

*Roken:* vergoeding stoppen met roken;

*Lichamelijke activiteit:* stimuleren fietsen naar het werk;

*Luchtkwaliteit:* subsidie roetfilters, stimuleringsregeling schone scheepvaart;

*Stress:* kantoorinrichting.

##### Heffing

*Roken:* tabakaccijnzen en prijzen;

*Alcohol:* alcoholaccijnzen en prijzen.

#### **Aanbod en spreiding**

##### Versterking

*Lichamelijke activiteit:* meer bewegingsonderwijs op school, wandel- en fietspaden, beweegvriendelijke inrichting schoolplein, aanwezigheid voorzieningen op loop- en fietsafstand, beweegprogramma's op werk;

*Voeding:* samenstelling voedingsmiddelen door industrie, aanbod frisdranken en snacks in automaten op school;

*Alcohol:* controle (blaastest)

*Luchtkwaliteit:* fietsvriendelijke steden;

*Openbare ruimte:* aanwezigheid voorzieningen, wandel en fietspaden;

*Veiligheid:* handhaving verkeersregels, lokale infrastructurele maatregelen (verkeer), oefenprogramma's veiligheid voor ouderen;

*Stress:* gezond roosteren, verbeteren werkfactoren, ontspanningsoefeningen.

##### Beperking

*Roken:* rookvrije school, rookvrije werkplek;

*Alcohol:* beperkte beschikbaarheid verkooppunten (inclusief vergunningen).

#### **Juridisch**

##### Wetgeving (gebod/verbod)

*Roken:* rookverbod werkplek;

*Alcohol:* verkooptijden alcohol, (handhaving) leeftijdsgrenzen alcohol;

*Luchtkwaliteit:* beperking uitstoot verkeer (vervuilende vrachtauto's uit de stad, maximum snelheid van 80 km/u, langzaam rijden), vervoersmanagement schoon wagenpark, garanderen gezondheidkundige kwaliteit woningen;

*Veiligheid:* veiligheidsvoorzieningen zwembaden, voertuigmaatregelen, verkeerswetgeving.

In de achtergrondstudie van de RVZ is een inventarisatie gemaakt van maatregelen buiten het volksgezondheidsdomein op de gezondheid van de bevolking. Hierbij is uitgegaan van ziekten die de meeste ziektelast veroorzaken en daarbij zijn de meest belangrijke determinanten gezocht. De mate van bewijslast is het grootste voor vooral de aanbod gerelateerde maatregelen (aanbod en spreiding van voorzieningen) en ook voor wet- en regelgeving, bijvoorbeeld op het terrein van luchtkwaliteit en verkeer. Economische maatregelen in de vorm van subsidies en accijnzen lijken ook effectief, bijvoorbeeld ten aanzien van roken en alcoholgebruik. Ook in deze studie is de informatie over de bewijslast vooral afkomstig van buitenlandse literatuur. Het gaat vaak om relatief geïsoleerde maatregelen waarbij een andere sector is betrokken en niet om een brede samenhangende aanpak van een probleem. De maatregelen die geschetst worden in de achtergrondstudie van de RVZ tonen verschillende mogelijkheden met als kanttekening dat de bewijslast aangaande effectiviteit voor Nederland (nog) niet bekend is.

## **4 Wat is de bijdrage van actoren en processen aan de uitvoering van IGB?**

### **4.1 Actoren**

#### *Veel mogelijke actoren bij IGB binnen gemeenten*

Samenwerking tussen de sectoren binnen en buiten het volksgezondheidsdomein (VGZ domein) is een belangrijke voorwaarde om integraal gezondheidsbeleid (IGB) inhoud en vorm te geven. Het bestaan van goede relaties tussen beleidssectoren heeft hierop een positieve invloed. Op gemeentelijk niveau kan dan ook met veel verschillende actoren worden samengewerkt. Er zijn immers raakvlakken aanwezig tussen (volks)gezondheid en de inrichting van de omgeving, economische activiteit, werkgelegenheid, verkeersveiligheid, onderwijs et cetera. Mogelijke betrokken beleidssectoren zijn dan ook wonen, ruimte, mobiliteit, milieu en veiligheid en mogelijke externe partijen zijn het maatschappelijk werk, scholen, de politie, woningbouwcorporaties en commerciële bedrijven. Uit onderzoek onder zestien gemeenten blijkt dat de volksgezondheidssector nog vooral samenwerkt met de sociale sectoren (jeugd, onderwijs en sport) en minder met de fysieke sectoren (ruimte, wonen en milieu). In de aanpak van gezondheidsachterstanden wordt bijvoorbeeld samengewerkt met de sociale sectoren om ongezonde leefstijl (waaronder overgewicht) en sociale uitsluiting tegen te gaan en de kwaliteit van de gezondheidszorg te vergroten. De fysieke sectoren ontbreken vaak, terwijl deze juist relevant zijn als het gaat om het beïnvloeden van gezonde woon- en leefomstandigheden (Storm et al., 2010). Deze zijn ook van belang als het gaat om gezondheidsbescherming en veiligheid van individuen (denk aan Q-koorts). In de praktijk zijn actoren echter niet altijd bewust van de relaties tussen gezondheid en gezond gedrag en een gezonde woon- en leefomgeving.

#### *Beleidsambtenaren VGZ kunnen verschillende rollen hebben*

Om te sturen op IGB binnen gemeenten kunnen de beleidsambtenaren volksgezondheid (VGZ) mogelijk een rol spelen. Beleidsambtenaren VGZ geven momenteel op diverse manieren invulling aan hun rol op het gebied van volksgezondheid. Het gaat om de rollen van adviseur, regisseur, makelaar, aanjager en bewaker (Storm et al., 2010). Zij geven aan meestal de regisserende rol te hebben. Deze regierol wordt nagestreefd om aan de wettelijke taak op het gebied van collectieve preventie te voldoen (in het kader van de WPG). Verder hebben beleidsambtenaren VGZ ook een makelaarsrol (netwerk onderhouden en opzetten), waarbij het van belang is over de juiste competenties te beschikken (zoals het leggen van verbindingen tussen problemen en oplossingen, en het bij elkaar brengen van partijen). Een rol die minder vaak ingenomen wordt is die van aanjager om gezondheid te agenderen en om gezondheid onder de aandacht te brengen (in projecten of programma's) van sectoren en partijen buiten het volksgezondheidsdomein. Ook komt het voor dat beleidsambtenaren buiten VGZ advies vragen aan de beleidsambtenaar VGZ op het gebied van gezondheid. Beleidsambtenaren VGZ vervullen nauwelijks de bewaakrol, terwijl volgens de WPG bestuurlijke beslissingen in andere beleidssectoren bewaakt dienen te worden op gezondheidseffecten. De rol die de beleidsambtenaar VGZ inneemt hangt ook samen met de diverse processen rond IGB.

## 4.2 Processen

### *Niet alle bestuursniveaus optimaal betrokken bij IGB*

Om samenwerking tussen de sectoren binnen en buiten het VGZ domein te stimuleren, geven beleidsambtenaren aan dat het van belang is voldoende steun te hebben van afdelingshoofden en portefeuillehouders (Storm et al., 2010). Het gaat immers niet alleen om samenwerking tussen de verschillende beleidssectoren (operationeel niveau), maar ook om samenwerking met afdelingshoofden (tactisch niveau) en portefeuillehouders (strategisch niveau) (Steenbakkers et al., 2010). Hierdoor kan de verantwoordelijkheid in gemeenten op een hoger niveau komen te liggen. Uit een onderzoek naar IGB door de Academische Werkplaats Publieke Gezondheid Limburg blijkt dat managers vrijwel niet betrokken zijn bij het gezondheidsbeleid en het stimuleren van intersectorale samenwerking (Steenbakkers et al., 2010). Tot op heden wordt de GGD (als verlengd lokaal bestuur) over het algemeen ook nog onvoldoende betrokken. Een voorbeeld is dat GGD'en onvoldoende worden betrokken als het gaat om gezondheidseffecten van besluiten binnen de verschillende sectoren (IGZ, 2010). Ook worden GGD'en niet altijd om advies gevraagd als het gaat om andere sectoren te overtuigen ook vanuit die sector aan gezondheid te werken of parallelle belangen te expliciteren (Storm et al., 2010). In grotere gemeenten is de functie van beleidsambtenaar VGZ vaak verweven met de functie van GGD beleidsadviseur gemeentelijk gezondheidsbeleid en speelt dit minder een rol.

### *Parallele belangen worden nog niet vanzelfsprekend benut*

Om inspanningen vanuit relevante sectoren te bewerkstelligen rond een volksgezondheidsprobleem zijn wederzijdse winst en parallelle belangen essentieel. Met parallelle van belangen wordt bedoeld op het feit dat ook andere sectoren belang hebben bij een gezondere bevolking. Zo is gezondheid onder andere van invloed op de schoolprestaties, de loopbaan van mensen en de (arbeids)participatie (Van der Lucht & Polder, 2010). Toch is het binnen gemeenten niet vanzelfsprekend dat deze parallelle belangen benut worden om vorm te geven aan IGB. Parallelle van belangen moeten nogal eens concurreren met tegenstellingen in belangen die vaak tussen beleidssectoren aanwezig zijn (denk aan verkeersvertragende maatregelen). Gezondheid is vaak slechts een van de belangen en heeft meestal niet de hoogste prioriteit. Sectoren buiten VGZ zijn zich ook niet altijd voldoende bewust wat hun beleid kan bijdragen aan gezondheid. In box 4 staan voorbeelden van verbindingen tussen sectoren weergegeven uit een onderzoek onder zestien gemeenten (Storm et al., 2010).

### *Een aantal gemeenten werkt vanuit overkoepelende gemeentelijke thema's*

Het formaliseren van samenwerking tussen sectoren binnen en buiten het VGZ domein hangt tot op heden vooral nog af van organisatie en de visie van gemeenten (Storm et al., 2010). Samenwerkingsstructuren kunnen daarom per gemeente sterk wisselen en afhankelijk zijn van de problemen en de geprioriteerde gezondheidsthema's. Echter een aantal gemeenten werkt vanuit overkoepelende gemeentelijke thema's en niet vanuit de sectoren aan gezondheid. In bijvoorbeeld een gezonde wijkaanpak wordt gewerkt aan een gezonde leefstijl, een gezonde leefomgeving en toegankelijkheid van zorg. Op basis van het thema wijkaanpak of gezonde stad wordt dan gestuurd op sectoren en resultaten. De regie hierop hoeft hierbij niet altijd vanuit het VGZ domein plaats te vinden. Echter over het algemeen worden binnen gemeenten vaak geen gezamenlijke doelen gesteld (over de sectoren heen) en concrete maatregelen vastgesteld die hiertoe leiden. Er zijn wel overkoepelende gemeentelijke thema's die meer in de politieke belangstelling staan, zoals participatie en duurzaamheid, en waarbij het relevant is voor de sector volksgezondheid om daar bij aan te sluiten.

**Box 4. Voorbeelden van verbindingen met sectoren buiten VGZ domein****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

<sup>1</sup> Voor wat betreft 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 in relatie met het terugdringen van gezondheidsachterstanden.

*Financieringsstromen nog niet afgestemd op IGB*

Uit onderzoek komt naar voren dat samenwerken tussen sectoren binnen en buiten het VGZ domein veel tijd en geld kost (Storm et al., 2010). In de tijd van bezuinigingen geven beleidsambtenaren binnen en buiten het VGZ domein aan dat het niet haalbaar lijkt meer mensen of middelen te vragen, maar dat het vooral gaat om het verstandig inzetten van organisatiestructuren, beleidsprocessen en financiën. Een belangrijk aspect is hierbij wel dat het lastig is om IGB te vertalen in een gemeentebegroting en het goed bestuurbaar te maken. Tot op heden zitten de verantwoordingsmechanismen op gemeentelijk



niveau nog in 'hokjes'. Pas als doelen zijn gekoppeld aan de (themagerichte) begroting krijgen ze een officiële status en wordt aansturing gelegitimeerd. Deze koppeling wordt in gemeenten vaak nog niet gelegd waardoor de legitimiteit ontbreekt en IGB vooral nog vorm krijgt via individuele personen.

## **5 Wat valt er te leren op basis van de beschikbare kennis over IGB?**

In de bestudeerde publicaties is veel informatie over integraal gezondheidsbeleid (IGB) te vinden, en de hiermee samenhangende invullingen in de praktijk. Toch is het niet eenvoudig om op basis hiervan aan te geven hoe IGB op lokaal niveau meer vorm kan krijgen. Wat erg belangrijk is om te constateren, is dat er niet zoiets als een succesformule bestaat. In gemeenten waar met veel enthousiasme op dit terrein wordt gewerkt, lijkt dit vooral nog samen te hangen met individuen/actoren (zoals de aanwezigheid van goede relaties tussen beleidssectoren), en minder met beleids- of organisatorische processen (zoals structurele aanpak gericht op zowel individu als omgeving of voldoende draagvlak van management voor integraal werken). Hieronder staat beschreven wat er te leren valt aan de hand van de beschikbare kennis over IGB.

### **5.1 Streef naar heldere terminologie en een eenduidig begrippenkader**

Er zijn diverse termen in omloop die afwisselend gebruikt worden om integraal gezondheidsbeleid aan te duiden. Bovendien is er een grote verscheidenheid aan invullingen van IGB. De diversiteit aan termen en invullingen van IGB kunnen leiden tot verwarring. Hierdoor is het vaak onduidelijk waar we het precies over hebben als het over IGB gaat. Voor verdere ontwikkeling en doorvoering van IGB is het essentieel heldere terminologie en een eenduidig begrippenkader te gebruiken (zowel wat betreft definitie als inhoud en vorm). Dit geldt uiteraard niet alleen voor lokale overheden, maar ook voor de landelijke overheid en voor kennisinstituten. Een eenduidig begrippenkader is essentieel voor het systematisch vergaren en verspreiden van kennis.

De vraag is ook of gezondheid altijd centraal moet staan en we dus alleen het begrip IGB moeten hanteren (als overkoepelende term). Er zijn immers veel initiatieven in de praktijk die buiten de strikte definitie van IGB vallen, maar daar zeker niet minder relevant door worden. Het belangrijkste is dat het om samenwerking gaat tussen de sectoren binnen en buiten het volksgezondheidsdomein (VGZ-domein). Met relevante sectoren wordt samen naar een oplossing voor een gemeentelijk probleem gezocht. Dit kan een gezondheidsprobleem zijn of juist een ander probleem dat raakvlakken heeft met de gezondheid (gezondheid is dan niet het overkoepelende doel, maar een subdoel). Een goed te hanteren overkoepelende term kan daarom ook integraal beleid zijn. Integraal samenwerken aan een gemeenschappelijk doel, waarbij afhankelijk van het centrale thema andere termen gehanteerd worden. Voorbeelden zijn: integraal gezondheidsbeleid, integraal veiligheidsbeleid, integraal jeugdbeleid, et cetera. Er moet echter wel voor gewaakt worden dat genoeg aandacht blijft bestaan voor het behalen van gezondheidsdoelen.

### **5.2 Versterk en verbreed onderzoek naar effectiviteit**

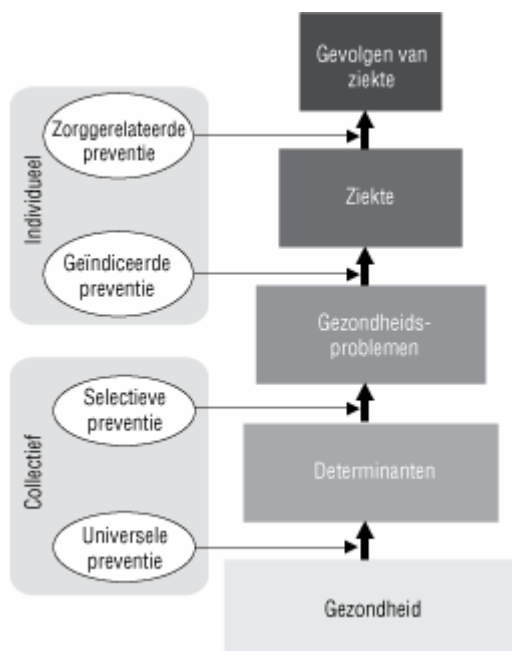
In een tijd waar veel nadruk wordt gelegd op 'evidence based'-werken is het natuurlijk ook belangrijk om te laten zien dat integraal gezondheidsbeleid werkt. Enthousiasme en bereidheid tot IGB bestaat, maar er is meer nodig. Om andere sectoren mee te krijgen en dan vooral de fysieke sectoren (zoals ruimtelijke ordening) is onder andere helderheid en overtuigingskracht onontbeerlijk. Overtuigingskracht kan ontleend worden aan bewijs omtrent effectiviteit. Immers een aangetoond effect kan invoering enorm vergemakkelijken. Tot op heden is er nog slechts weinig bewijs over de effectiviteit van de vele maatregelen buiten het volksgezondheidsdomein op specifiek het verbeteren van gezondheid of terugdringen van gezondheidsachterstanden.

Het is daarom van groot belang om door te gaan met effectiviteitsonderzoek en dit te verdiepen. Daarbij moet vooral ook aandacht worden besteed aan andere onderzoeksmethoden dan het RCT. Observationeel onderzoek of onderzoek van 'natuurlijke experimenten' kan ook zeer waardevol zijn in het verkrijgen van 'evidence' ten aanzien van de werkzaamheid van maatregelen. Verdiepen van onderzoek betekent ook dat in effectiviteitsonderzoek de aandacht niet uitsluitend uitgaat naar gezondheidseffecten. In plaats van naar effecten op gezondheid te kijken, kan ook gekeken worden naar effecten op het niveau van determinanten van gezondheid. Op deze manier is het mogelijk om op verschillende niveaus effecten vast te stellen (zoals op gezondheid, determinanten, ziekte) waardoor duidelijker wordt wat een maatregel doet. Ten slotte is alleen overtuigen op inhoud onvoldoende, immers beleidsprocessen en organisatiestructuren spelen een essentiële rol om te kunnen sturen op integrale beleidsontwikkeling (mag niet alleen van individuen afhangen). Dat betekent dat in evaluatieonderzoek ook naar de procesindicatoren gekeken moet worden. Voorbeelden zijn: creëren managementsteun of realiseren gemeenschappelijk belang. Dit heeft echter alleen zin als bekend is welke onderdelen van het proces leiden tot effectief IGB. Om daar inzicht in te krijgen zou onderzoek gedaan moeten worden naar procesindicatoren gekoppeld aan effecten.

### 5.3 Breng het belang voor andere sectoren in beeld

Het blijkt in de praktijk nog erg moeilijk parallelle van belangen zichtbaar te maken. Een doelenboom kan dit vergemakkelijken. In *figuur 1* is een doelenboom weergegeven die het denken over doelen kan structureren. Dit is ook gedaan in de VTV2010 en dan vooral in het deelrapport effecten van preventie (Van den Berg & Schoemaker, 2010). Met een doelenboom kunnen doelen op verschillende niveaus (bijvoorbeeld determinanten van gezondheid) worden vastgesteld.

Allerlei doelen van het volksgezondheidsbeleid zijn niet los van elkaar te zien. Beleidsdoelen zijn vaak op het hoogst gelegen niveau geformuleerd, bijvoorbeeld langer gezond leven. Beleidsmaatregelen zijn vaak gericht op onderliggende doelen op een lager niveau. Een doelenboom is een manier om maatregelen en effecten met elkaar te verbinden. Maatregelen in het kader van IGB kunnen ook op verschillende niveaus plaatsvinden. De weergegeven doelenboom is een boom voor de volksgezondheidssector, waar effecten op de volksgezondheidsbeleid centraal staan. Een dergelijke doelenboom is ook te maken voor andere sectoren, waar andere doelen centraal staan. Vervolgens is het de vraag waar beide bomen elkaar raken. Dat kan op verschillende manieren. Voor sectoren waar gezondheid vooral wordt gezien als middel is het voorkomen van ziekte en gezondheidsproblemen een intermediair doel ten aanzien van de eigen doelstelling. Soms is een determinant van gezondheid ook te zien als een hoger gelegen beleidsdoelstelling van een andere beleidssector. Denk bijvoorbeeld aan verkeersveiligheid. Ook kan een gezondheidsdeterminant een intermediaire plek innemen in een doelenboom van een andere sector. In dat geval zijn er parallelle belangen bij het interveniëren ten aanzien van de betreffende determinant. In box 5 staan voorbeelden van mogelijkheden wat andere sectoren kunnen bijdragen aan de volksgezondheid om onderlinge afstemming van doelen en beleid te stimuleren.

Figuur1: Preventie indeling weergegeven in een doelenboom.

#### **Box 5. Voorbeelden van mogelijkheden voor gezondheidsbeleid door andere sectoren**

De potentiële bijdrage van de sector onderwijs bestaat uit relevante maatregelen ten aanzien van bijvoorbeeld het bewegingsonderwijs. Vooral bij het MBO is er nog veel winst te halen met de verbetering van het bewegingsonderwijs. Daarnaast is ook het binnenmilieu op scholen van belang. Ook door mee te doen aan stimuleringsregelingen, brede scholen om ontwikkelingskansen van kinderen te vergroten of gezonde schoolkantine projecten kunnen scholen bijdragen aan de volksgezondheid. Daarnaast bestaan nog enkele specifieke lokale mogelijkheden. Zo kan bij nieuwbouwplannen de omgeving rondom de school aantrekkelijk en veilig worden ingericht.

Ook vanuit de sector arbeid liggen meerdere kansen. Denk bijvoorbeeld aan goede arbeidsomstandigheden en een gezond werkklimaat welke kan bijdragen aan het terugdringen van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Hier zou de aandacht vooral naar zware beroepen dienen uit te gaan. Tot slot kan via de werkplek leefstijlbeleid worden gevoerd.

Op lokaal niveau bestaan ook nog specifieke mogelijkheden. Vooral op het terrein van samenwerking met zorgverzekeraars, de inrichting van de leefomgeving, voorrang aan sociaaleconomisch zwakkere groepen en een gebiedsgerichte aanpak.

#### **5.4 Lokale overheid kan IGB faciliteren**

Er is niet één standaard manier te geven hoe je IGB systematisch kunt vormgeven op gemeentelijk niveau. Daarvoor zijn de onderlinge verschillen tussen gemeenten te groot. Wel is het mogelijk enkele stappen te zetten die IGB faciliteren.

##### *GGD meer inzetten*

De betrokkenheid van actoren bij het vormgeven van IGB zal samenhangen met de problemen, oplossingen en schaalgrootte van gemeenten. Gemeenten kunnen echter wel de GGD meer inzetten (als verlengd lokaal bestuur) om andere sectoren te overtuigen van het belang om vanuit die sector aan gezondheid te werken. Bijvoorbeeld in de rol van adviseur of aanjager. De GGD

heeft immers de beschikking over lokale onderzoeksgegevens uit monitors om dit te illustreren, zoals binnen- en buitenmilieu, leefomgeving, inkomen en sociale veiligheid. Ook kan hiermee gebruik worden gemaakt van de beleids capaciteit die daar beschikbaar is. Deze mogelijkheden dienen verder te worden onderzocht.

#### *Meer inzetten op makelaarsrol beleidsambtenaren*

De makelaarsrol van beleidsambtenaren VGZ is van belang voor het signaleren van mogelijke gedeelde belangen. Dit kan bijvoorbeeld door te signaleren waar gezondheid een middel kan zijn voor het behalen van een beleidsdoel van een andere sector. De betrokkenheid van andere sectoren bij gezondheid is niet vanzelfsprekend, maar andersom ook niet: voor de volksgezondheidssector is het ook van belang om te beseffen dat gezondheid op minder directe manieren raakvlakken heeft met andere beleidsterreinen. Intersectoraal samenwerken en afstemmen van maatregelen is essentieel om integraal (gezondheids)beleid te ontwikkelen en uit te voeren. Een krachtige sleutelpersoon binnen de gemeentelijke organisatie kan in dit kader de makelaarsrol vervullen om bestaand beleid meer met elkaar te verbinden en overlap/tegenstellingen tussen verschillende beleidssectoren te inventariseren.

#### *Beschouw gezondheid niet altijd als primair doel*

Wanneer wordt losgelaten dat gezondheid het primaire doel is, schept dit mogelijkheden in de samenwerking met andere partijen die andere doelen nastreven. Dit kan op twee manieren. Ten eerste door een ander, meer overkoepelend doel of thema te formuleren, waarvan gezondheid één van de onderdelen is. Voorbeelden zijn: participatie, duurzaamheid of veiligheid. Ten tweede is gezondheid soms een middel bij het bereiken van een doel. In het meekrijgen van sectoren buiten VGZ is het natuurlijk wel van belang om te laten zien wat gezondheid voor hun beleidssector kan betekenen. Ook in het RVZ advies staat dat het aanhaken bij overkoepelende thema's de kansen voor IGB kan vergroten (RVZ 2009a).

#### *Verankering IGB in gemeentelijke organisatie*

IGB zal moeten worden verankerd in de gemeentelijke organisatie. Steun van afdelingsmanagers en portefeuillehouders is van groot belang om op IGB te kunnen sturen. In een aantal gemeenten is dat ook gelukt. Het aansturen en het vormgeven van IGB is een gemeentelijke verantwoordelijkheid. Gemeenten voeren de regie en zijn probleemeigenaar. IGB moet niet verplicht worden gesteld, maar het is wel van belang toe te zien op samenwerking en afstemming tussen beleidssectoren als er vorm gegeven wordt aan IGB. Verandering in de organisatiestructuur of specifieke mandaten kunnen een dergelijke samenwerking faciliteren. Dit bevordert bovendien overeenstemming over de urgentie van het probleem en verheldert de wijze waarop verschillende sectoren en actoren kunnen bijdragen aan het probleem.

### **5.5 Landelijk inzetten op randvoorwaarden voor IGB**

Het vormgeven van effectief integraal gezondheidsbeleid is uiteraard niet alleen een gemeentelijk vraagstuk. Volgens de RVZ bestaat er nog wel de nodige spanning in wat centraal en decentraal geregeld moet worden (RVZ, 2009b).

#### *Faciliteren netwerkvorming en deskundigheidsbevordering*

Intersectoraal samenwerken vereist een andere manier van werken (Storm et al., 2010). Dat betekent andere vaardigheden en competenties van beleidsambtenaren, zoals het leggen van verbindingen tussen beleidssectoren, het overbrengen van heldere boodschappen, het onder de aandacht brengen bij andere sectoren hoe samen te werken rond gezondheid. Om meer inhoud en vorm te geven aan IGB is het daarom van belang op nationaal niveau

netwerkvorming te faciliteren met als doel ervaringen uit te wisselen. In dit kader is ondermeer aansluiting te zoeken bij het landelijke netwerk IGB en de regionale bijeenkomsten welke het Centrum Gezond Leven van het RIVM voor beleidsambtenaren organiseren. Ook is het van belang trainingen/cursussen te organiseren om competenties en deskundigheid van beleidsambtenaren te versterken (bijvoorbeeld hoe nu wethouder en college mee te krijgen in het integraal werken).

*Duidelijkheid over effecten en voorbeelden over samenwerken nodig*

Het systematische verzamelen en ontsluiten van kennis over en ervaringen met IGB op landelijk niveau bevordert het werken met IGB op lokaal niveau. Er is echter nog veel onduidelijkheid over de effectiviteit van IGB. Inzicht in de effectiviteit van IGB is belangrijk om andere sectoren mee te krijgen om samen te werken. Gezien het feit dat sommige effecten pas op de lange termijn verwacht mogen worden, is het ook van belang oog te hebben voor effecten op intermediaire maten. Deze effecten moeten helder zijn om integraal werken op de agenda te krijgen, zodat gemeenten niet steeds de discussie op lokaal niveau hoeven te voeren wat werkt nu wel en wat werkt nu niet. Verder zijn ook voorbeelden nodig van het samenwerken tussen sectoren binnen en buiten het volksgezondheidsdomein en processen die daarbij een rol spelen. Dit om het lokale niveau met de juiste kennis en informatie te faciliteren.

*De overheid moet een gevoel van urgentie creëren*

Zoals de RVZ ook in haar advies aangeeft, is de belangrijkste taak voor de overheid om bij alle maatschappelijk actoren bewustwording en een gevoel van urgentie te creëren voor gezondheidsvraagstukken. Hierbij is het adresseren van overkoepelende doelen en onderliggende determinanten van gezondheid van belang. Het is in de eerste plaats aan het ministerie van VWS om daar aandacht voor te vragen: bij andere ministeries en in alle lagen van het openbaar bestuur. De minister van VWS heeft hierin dus een leidende rol, en de nieuwe landelijke nota gezondheidsbeleid biedt hiervoor een goede mogelijkheid. Op lokaal niveau dient de wethouder voor Volksgezondheid een sleutelrol te spelen en is ook draagvlak van het college cruciaal.

*Financiële ondersteuning realiseren*

Naast een duidelijke lijn vanuit de overheid is het voor samenwerken tussen de beleidssectoren binnen en buiten het VGZ domein op gemeentelijk niveau ook van belang de financieringsstromen hierop af te stemmen. Dit kan bijvoorbeeld via decentralisatie uitkering of door verstrekking van middelen afhankelijk te maken van samenwerking binnen gemeenten. De RVZ geeft aan dat het in sommige gevallen nodig zal zijn om de in andere sectoren gevoelde 'paralellie' van belangen te versterken met financiële prikkels of tijdelijk te ondersteunen.



## Literatuurlijst

Berg M van den, Schoemaker CG. Effecten van preventie. Deelrapport van de VTV 2010 Van gezond naar beter. RIVM rapport: 270061007. Houten. Bohn Stafleu en Van Loghum, 2010.

Dam J ten. Gezond beleid. Tijdschrift Gezondheidswetenschappen 2010, 88: 228-231

IGZ. Staat van de Gezondheidszorg 2010. Meer effect mogelijk van publieke gezondheidszorg. Utrecht: Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2010.

Meijer S, Sturkenboom M. Gezond wonen en werken. Een oriëntatie op gezondheidsbevordering in de settings wijk en werk in Nederland. CGL-rapportage 09-04. Bilthoven: RIVM, 2009.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, Onderwijsraad, Raad voor openbaar bestuur. Buiten de gebaande paden. Advies over intersectoraal gezondheidsbeleid. Den Haag: RVZ, 2009a.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, Onderwijsraad, Raad voor openbaar bestuur. Buiten de gebaande paden. Inspirerende voorbeelden van Intersectoraal gezondheidsbeleid. Den Haag: RVZ, 2009b.

Roorda J. Integrale visie? De uitdaging van integraal gezondheidsbeleid. Augustus 2009.

Ruland E, Assema P van, Ament A, Gorgels T, Ree J van. Hartslag Limburg: integrale gezondheidsbevordering in buurten, gemeenten, bij huisartsen en in het ziekenhuis. De opbouw: bundeling van praktijk, onderzoek en beleid. TSG, 2006; 84(2): 83-89.

Savelkoul M, Schuit J, Storm I. Terugdringen van gezondheidsachterstanden door gemeentelijk beleid: een literatuurverkenning naar effectiviteit van fysieke en sociale omgevingsmaatregelen. RIVM rapport: 27016105/2010. Bilthoven, RIVM (in press).

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

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

Steenbakkers M, Janssen M, Maarse H, Vries N de. Lokaal integraal gezondheidsbeleid: intersectorale samenwerking vanuit het perspectief van gemeenten. Tijdschr. Gezondheidswetenschappen 2010, 88: 136-143.

Storm I, Savelkoul M, Busch MCM, Maas J, Schuit AJ. Intersectoraal samenwerken in de aanpak van gezondheidsachterstanden. Een onderzoek onder zestien gemeenten in Nederland. RIVM rapport: 270161002. Bilthoven: RIVM, 2010.

Storm I, Jansen J, Schuit J. Effecten van beleidsmaatregelen buiten het volksgezondheidsdomein op de gezondheid. Een verkennende studie. RIVM rapport 270304001. Bilthoven: RIVM, 2009.



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

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

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.

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

## **Bijlage I Referenten**

Met dank aan externe referenten:

- Drs. Frans van Zoest, ZIBO, Zin in Preventie
- Drs. Mieke Steenbakkers, GGD Zuid-Limburg

Met dank aan interne referenten (RIVM):

- Prof. Dr. ir. Jantine Schuit, PZO
- Dr. Frank den Hertog, VTV
- Drs. Hanneke van Zoest, CGL
- Drs. Laurens Zwakhals, VTV

Dit is een uitgave van:

**Rijksinstituut voor Volksgezondheid  
en Milieu**

Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven  
[www.rivm.nl](http://www.rivm.nl)