

## Tilburg University

### Lokaal gezondheidsbeleid

Hoeijmakers, M.; de Leeuw, E.; Kenis, P.N.; de Vries, N.K.

*Published in:*

TSG: Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen

*Publication date:*

2007

[Link to publication in Tilburg University Research Portal](#)

*Citation for published version (APA):*

Hoeijmakers, M., de Leeuw, E., Kenis, P. N., & de Vries, N. K. (2007). Lokaal gezondheidsbeleid: Een beleidsentrepreneur voor integraal beleid. *TSG: Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 85(1), 43-47.

#### General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

#### Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

## Praktijk

## Praktijk

## Lokaal gezondheidsbeleid: een beleidsentrepreneur voor integraal beleid

Marjan Hoeijmakers, Evelyne de Leeuw, Patrick Kenis, Nanne. K. de Vries\*

*De overheid heeft onder meer tot taak de gezondheid van Nederlanders te bevorderen en beschermen. Ook gemeenten delen in die rol. Elke vier jaar legt de gemeente in een beleidsplan vast vanuit welke visie en met welke acties dit gebeurt. De GGD heeft op dit gebied een adviserende rol.*

Het perspectief dat de publieke gezondheidszorg hanteert heeft zich in de loop van de tijd vanuit een bio-medisch- en gedragsparadigma ontwikkeld naar een sociaal- omgevingsperspectief.<sup>1</sup> Er komt meer nadruk te liggen op de leefsituatie van mensen in de meest brede zin. Programma's voor gezondheidsbescherming en -bevordering zijn veel gevarieerder geworden en richten zich via verschillende soorten interventies (regulerend, faciliterend, en communicatief) op een breed, maar vaak weloverwogen, spectrum aan doelgroepen. Naast de meer traditionele volksgezondheidsinterventies (screening, immunisatie, voorlichting) betekent dat ook aandacht voor settings (wijken, werkplekken, scholen). In diezelfde lijn richt gezondheidsbeleid in de publieke sector zich gelijktijdig op meerdere factoren die de gezondheid bepalen, in samenhang met andere beleidsterreinen dan volksgezondheid. Dit wordt ook wel integraal gezondheidsbeleid genoemd. Dit artikel doet verslag van een onderzoek naar de totstandkoming van integraal gezondheidsbeleid

vanuit de gemeentelijke sector volksgezondheid. Het maken van integraal gezondheidsbeleid gebeurt idealiter in samenwerking met andere sectoren zoals welzijn, onderwijs, wonen en bouwen omdat beslissingen bij deze sectoren de gezondheid van mensen mede bepalen en zij een deel van de oplossing van gezondheidsproblemen in handen hebben. Door de complexiteit van gezondheidsproblemen (denk aan overgewicht, depressiviteit en sociaal-economische gezondheidsverschillen) en specialisatie in de sector zijn ook verschillende typen professionals betrokken bij beleidsvorming en van elkaar afhankelijk bij het oplossen van problemen.<sup>2</sup> Ook de betrokkenheid van de bevolking, denk aan belangenbehartigingsorganisaties en bewonersinitiatieven, wordt bepleit omdat dit het draagvlak voor het beleid vergroot.<sup>1</sup>

### LOKAAL GEZONDHEIDSBELEID

De gemeenten in Nederland zijn in het verleden met wisselende intensiteit en succes betrokken geweest bij de bevordering van de volksgezondheid. Sinds de inwerkingtreding van de Wet collectieve preventie volksgezondheid (WCPV) in 1990 is de gemeente bij wet verantwoordelijk voor de collectieve preventie. De gewijzigde WCPV (januari 2003), met

daarin opgenomen de verplichting tot het maken van lokaal gezondheidsbeleid, appelleert behalve aan daarin opgenomen taken (zoals jeugdgezondheidszorg, infectieziektebestrijding, medische milieukunde) nog meer aan de unieke positie en mogelijkheden van de gemeente te reageren op gezondheidsproblemen in de lokale leefsituatie met de inzet van lokale actoren en middelen.

### CASE STUDY IN VIER GEMEENTEN IN MIDDEN-LIMBURG

Van 2000-2004 is door de Universiteit Maastricht in samenwerking met de GGD Noord- en Midden-Limburg onderzoek gedaan naar de vorming van lokaal gezondheidsbeleid. De centrale vraag in de studie was welke actoren en factoren van belang zijn bij het tot stand komen van lokaal gezondheidsbeleid. Heel specifiek is gekeken welke actor(en) in het beleidsproces de rol van beleidsentrepreneur op zich nam. We veronderstelden dat de gezondheidsbevorderaar (noot a), algemener gezegd de GGD, of de gemeente in de vorming van integraal gezondheidsbeleid deze rol zou vervullen.

In vier gemeenten zijn het beleidsvormende proces en de uitkomsten in kaart gebracht.<sup>3</sup> Bij het bestuderen van de beleidsprocessen in deze gemeenten

\*Marjan Hoeijmakers,<sup>1</sup> Evelyne de Leeuw,<sup>2</sup> Patrick Kenis,<sup>3</sup> Nanne. K. de Vries<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Universiteit Maastricht/GVO, momenteel werkzaam bij het RIVM

<sup>2</sup>Deakin University, School of Health and Social Development, Melbourne, Australië

<sup>3</sup>Universiteit Tilburg, Beleid en Organisatiewetenschappen

<sup>4</sup>Universiteit Maastricht, Gezondheidsvoorlichting en -bevordering

hebben we het netwerkperspectief op beleidsvorming en de stromentheorie van Kingdon als leidraad gebruikt. De stromentheorie<sup>4</sup> zegt dat beleid tot stand komt als er een erkend probleem is dat gekoppeld wordt aan een acceptabele oplossing op het moment dat de tijd er rijp voor is. In feite zijn er drie processen die zich onafhankelijk van elkaar in een eigen 'stroom' (probleemstroom, oplossingenstroom en politieke stroom) ontwikkelen. In elke stroom zijn verschillende actoren tegelijkertijd actief (ambtenaren, politici, professionals, wetenschappers en anderen) waaronder zich één of meerdere 'beleidsentrepreneurs' kunnen bevinden. Volgens de stromentheorie bevordert een beleidsentrepreneur het ontstaan van een koppeling tussen de drie stromen waardoor beleid tot stand komt. Dit moet gebeuren op het moment dat zich een 'window of opportunity' opent ten gevolge van een voorziene of onvoorziene gebeurtenis in de probleem- of politieke stroom, bijvoorbeeld een ramp, of de jaarlijkse begrotingsbesprekingen. Een beleidsentrepreneur is niet alleen alert op dit ultieme moment, maar is voortdurend bezig om invloed uit te oefenen in de afzonderlijke stromen of processen: om problemen op de agenda te krijgen (door overtuigen, pleiten), oplossingen te promoten en aan te passen (door onderhandelen), en aansluiting te vinden bij het politieke klimaat. De beleidsentrepreneur is in deze theorie een kritische factor bij het tot stand komen van beleid vanwege zijn voorbereidende activiteiten en het maken van

de koppeling tussen probleem, oplossing en politiek.

Catford<sup>5</sup> zegt dat beleids- of 'social entrepreneurs' van vitaal belang zijn in het bevorderen van gezondheid, omdat ze in staat zouden zijn ook de omgevings- en sociale determinanten van gezondheid te beïnvloeden. Een domein waar de gezondheidsbevordering tot nu toe minder vertrouwd mee is, maar dat voor een integrale benadering van gezondheid wel belangrijk is. Hij beschrijft de capaciteiten van deze entrepreneurs als communiceren, enthousiasmeren, analyseren, vooruitzien, mediëren, invoelen en in staat stellen.

## METHODE

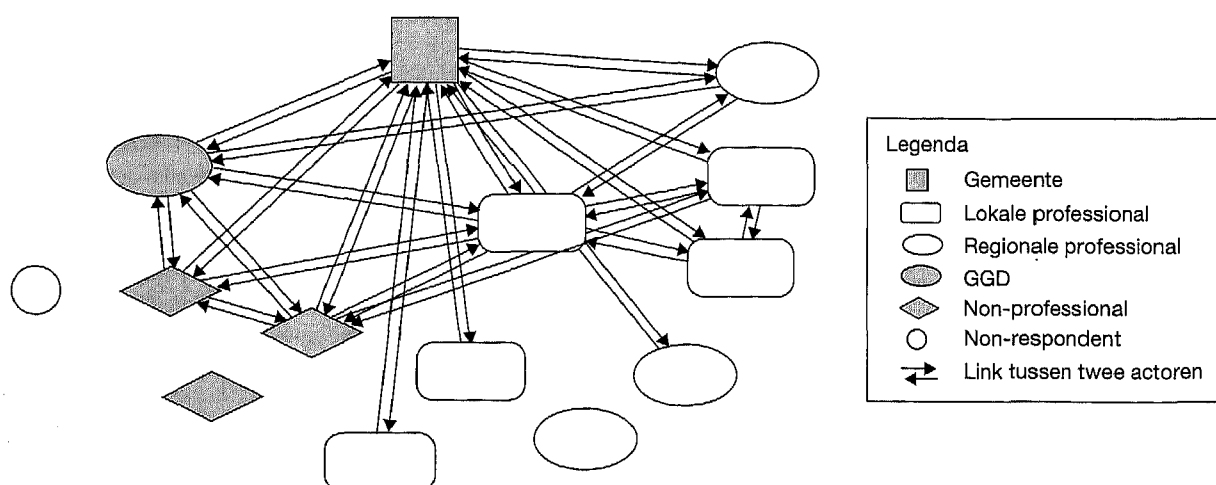
Het onderzoek, een multiplecase-study waarin de beleidsprocessen in vier gemeenten met elkaar werden vergeleken, maakte gebruik van kwalitatieve onderzoeksmethoden:

- Semi-gestructureerde interviews met vooraf geïdentificeerde stakeholders
  - Participatieve observatie in vergaderingen en bijeenkomsten op verschillende niveaus
  - Documentenanalyse (onder andere nota's lokaal gezondheidsbeleid)
  - Stakeholder- en netwerkanalyse
- Stakeholderanalyse is een instrument om actoren in kaart te brengen die een belang hebben bij een bepaald beleid, programma of organisatie. Het beschrijft de kenmerken van deze actoren. Drie

groepen stakeholders werden geïdentificeerd: professionals (onder andere thuiszorg, welzijnswerk, huisarts), gemeente (ambtenaren, wethouders) en non-professionals (zoals seniorenraad, gehandicaptenplatform). We hebben gekeken naar stakeholderperspectieven op gezondheidsbeleid, hun belangen, samenwerking met anderen, betrokkenheid, invloed en bijdrage aan de ontwikkeling van het gezondheidsbeleid. Deze gegevens over de differentiatie van stakeholders werden gecombineerd met de uitkomsten van netwerkanalyse.

Netwerkanalyse beschrijft en analyseert de onderlinge interacties van een set actoren (hier de eerder genoemde stakeholders). Het geeft inzicht in de integratie van de actoren met betrekking tot een bepaald onderwerp.

Per gemeente zijn drie netwerken in beeld gebracht met betrekking tot communicatie over lokaal gezondheidsbeleid, concrete betrokkenheid bij elkaars werk in de OGZ en strategische samenwerking (zie figuur 1. voor een willekeurig voorbeeld). We hebben gekeken naar een tweetal kenmerken van die netwerken: a) de 'dichtheid' van een netwerk omdat het informatie geeft over de participatie en de mate van integratie van de stakeholders, b) de posities, ofwel de 'centraliteit', van de individuele stakeholders in het netwerk. Dit laatste kenmerk geeft informatie over de mate waarin een stakeholder in staat is de andere actoren in het netwerk te bereiken en invloed uit te oefenen op de activiteiten van het netwerk als geheel. We veronderstelden dat



Figuur 1 Voorbeeld van een netwerk

een beleidsentrepreneur een centrale positie in de netwerken zou innemen.

## BEVINDINGEN

Onze bevindingen worden hier op geaggregeerd niveau weergegeven, dus niet per gemeente of type netwerk. Voor meer informatie: zie<sup>3</sup>.

Over de betrokkenheid van de verschillende stakeholders in het beleidsproces laten de data het volgende zien. De gemeente blijkt in alle netwerken de centrale actor te zijn, maar gedraagt zich niet als een beleidsentrepreneur. De gemeente heeft zich niet opgesteld als actief bepleiter van gezondheidsproblemen, noch als onderhandelaar in het proces (de typische kenmerken van de beleidsentrepreneur). Men liet zich vooral leiden door kennis van professionals en signalen van burgers. De gemeente is beter te typeren als facilitator van het beleidsproces dan als beleidsentrepreneur of regievoerder.

De GGD is ondanks de directe relatie met de gemeente geen centrale actor. De netwerken laten zien dat de GGD (met uitzondering van het communicatienetwerk) weinig relaties met andere professionele organisaties heeft en nauwelijks met lokale groeperingen. De GGD heeft echter wel een actief ondersteunende rol in de verschillende beleidsprocessen gespeeld. Deze bestond primair uit het aanleveren van epidemiologische gegevens en vervolgens de organisatie van interactieve bijeenkomsten en soms het schrijven van de nota lokaal gezondheidsbeleid. Dit alles was afhankelijk van de vraag en dus de ambitie en visie op de eigen rol en die van de individuele gemeente.

Andere professionele organisaties (zoals het Riagg, welzijnswerk) hebben naast de gemeente in sommige netwerken ook een centrale positie. Professionals hebben echter, hoewel ze op uitnodiging van de gemeenten tijdens daarvoor georganiseerde bijeenkomsten hun kennis en expertise hebben ingebracht, geen actieve rol gespeeld in het beleidsproces.

Lokale niet-professionele organisaties en groepen hebben een perifere positie in de netwerken of zijn niet verbonden in

het netwerk. Zij hebben niet in alle gevallen in het beleidsproces geparticipeerd. Waar ze dat wel deden, waren ze door hun positie minder in staat hun belangen naar voren te brengen dan andere actoren.

De betrokkenheid van de verschillende actoren bij het gezondheidsbeleid was over de gehele lijn genomen laag. In geen van de onderzochte gemeenten was duidelijk sprake van een beleidsentrepreneur onder de deelnemers aan het beleidsproces.

Het is de gemeente maar zeer ten dele gelukt om de verschillende perspectieven van de actoren in het beleidsproces (gemeentelijke actoren en externe professionals en niet-professionals) te bundelen tot een beleid dat een reflectie vormt van de belangen van die actoren en hen bindt aan beleidsdoelstellingen. De volgende factoren spelen hierbij een rol. Ten eerste is uit onze analyse gebleken dat actoren zich bij uitstek richten op hun specifieke organisationele doelstellingen en belangen; dat sluit vaak uit dat deze partijen zich kunnen (of willen) committeren aan een breder gezondheidsbeleid. Uit de re-actieve opstelling van de actoren in het beleidsproces blijkt verder dat de vorming van een geïntegreerd lokaal gezondheidsbeleid voor (bijna) niemand bijzonder belangrijk is. Geen van de stakeholders nam de rol van beleidsentrepreneur op zich. Ten derde leidt objectieve kennis niet automatisch tot beleid. De objectieve kennis die is ingebracht in het beleidsvormingsproces bleef beperkt tot voornamelijk 'technische' informatie zoals epidemiologische gegevens. Het grootste deel van de geformuleerde beleidsvoornemens is echter gebaseerd op de ervaringskennis van professionals uit de dagelijkse praktijkvoering en die van de bevolking ten aanzien van ervaren knelpunten in de gemeente. Ook op dit punt lijkt de afwezigheid van een beleidsentrepreneur, ten slotte, een kritische factor te zijn, omdat deze in voortdurende interactie met andere actoren in het beleidsproces voor een integrale aanpak van gezondheidskwesties kan zorgen. We vonden echter dat niemand bijzonder investeerde in een integrale benadering.

We zagen dan ook dat de nota's lokaal gezondheidsbeleid weinig samenhang vertonen met andere beleidsterreinen en er nauwelijks concrete afspraken

gemaakt zijn over de rol- en taakverdeling tussen (belanghebbende) actoren.

## BESCHOUWING

Het gebruik van stakeholder- en netwerk-analyse op het terrein van de vorming van lokaal gezondheidsbeleid heeft verrassende en vernieuwende inzichten opgeleverd. Zo maakt het de belangen en bijdrage van stakeholders duidelijk. Het in kaart brengen van de participatie, interacties en posities van stakeholders geeft verder inzicht in hun (on)mogelijkheden de beleidsvorming te beïnvloeden en in de vraag wie in de beste positie verkeert voor het beleidsentrepreneurschap. Afgezien van verder wetenschappelijk onderzoek naar de relatie tussen netwerkstructuren en beleidsuitkomsten en de invloed van een beleidsentrepreneur hierop is ook een meer praktische uitwerking van het begrip beleidsentrepreneur van belang.

De capaciteiten van beleidsentrepreneurs zijn samen te vatten als overtuigen, onderhandelen, bepleiten, invoelen, enthousiasmeren en vooruitzien. Onze bevindingen geven een indicatie hoe een beleidsentrepreneur deze kan toepassen.

Objectieve kennis over gezondheidsproblemen en hun oplossingen leidt zoals hierboven beschreven niet automatisch tot beleid. In de interactieve context van het beleidsproces moeten problemen en oplossingen gedurende het beleidsvormingsproces blijkbaar actief met het netwerk gecommuniceerd worden (niet alleen met de gemeente als 'beleidsmaker') en voor de verschillende deelnemers in het beleidsnetwerk op een voor hen passende wijze worden gepresenteerd. Dus, niet alleen in een voor de producent begrijpbare taal, maar op manieren en met 'kennisplaatjes' die passen bij de waarden en voorkeuren van de verschillende typen stakeholders. Om een onderwerp op de beleidsagenda te krijgen gebruikt de beleidsentrepreneur in de communicatie met professionals andere argumenten en methoden, dan bij politici of organisaties van non-professionals. Oplossingen worden tegelijkertijd 'getest' op acceptatie en toepasbaarheid en in een 'softening up' proces voortdurend aangepast.

Bij wie past dan nu het entrepreneurschap als het om integraal lokaal gezondheidsbeleid gaat?

#### De gemeente als beleidsentrepreneur

Gezien zijn centrale positie in de verschillende lokale netwerken is de gemeente in de beste positie voor het entrepreneurschap. Het feit dat de gemeente echter niet altijd genegen is of niet de ambitie heeft de mogelijkheden van hun centrale positie te gelde te maken, draagt gezien de actuele ontwikkelingen in de publieke gezondheidszorg op zijn minst risico's in zich. In de publieke gezondheidszorg vindt momenteel een (re)centralisatiebeweging plaats. Het ministerie van VWS wil meer sturingsmogelijkheden voor de rijksoverheid. Bovendien wordt een krachtige, doelmatige en efficiënte uitvoeringsstructuur van de publieke gezondheidszorg voorgestaan. Deze structuur moet gaan bestaan uit 25 GGD'en die congruent zijn aan de veiligheidsregio's in het land en bovenregionale samenwerkingsverbanden op het niveau van vijf regio's. Deze beweging heeft mogelijk tot gevolg dat de beleidsruimte voor gemeenten met betrekking tot een aantal uitvoeringstaken in de WCPV geringer wordt. Gemeenten kunnen zich dus vooral concentreren op het lokale maatwerk; de aanpak van specifieke lokale (gezondheids)problematiek (zoals gezondheidsverschillen, de toegankelijkheid van voorzieningen) in samenhang met andere activiteiten van de gemeente en de bijdrage van lokale actoren zoals het welzijnswerk, huisarts en seniorenplatform. Voor dit lokaal maatwerk met een integrale aanpak is lokale beleidsvoering noodzakelijk. In feite is lokaal maatwerk de essentie van lokaal gezondheidsbeleid en is het een zonder het ander inhoudsloos.

Gemeenten zijn volledig gelegitimeerd het entrepreneurschap in lokaal maatwerk en lokaal gezondheidsbeleid uit te voeren, zowel bij wet (WCPV) als door hun

maatschappelijke, centrale positie in de lokale volksgezondheid, zoals wij hebben laten zien in dit onderzoek. Het is wel denkbaar dat de gemeente dit entrepreneurschap als een opdracht bij de GGD belegt.

#### De gezondheidsbevorderaar als beleidsentrepreneur

Het beleids- of sociaal entrepreneurschap lijkt van toenemend belang voor de ontwikkeling van de gezondheidsbevordering en de professionele beroepsuitvoering van gezondheidsbevoorwaarden en preventiewerkers. Hun rol in het organiseren van strategische interventies, pleitbezorging en beleidsontwikkeling wordt namelijk steeds belangrijker.<sup>6</sup>

Gezondheidsbevoorwaarden (bij de GGD) zijn goed ingevoerd in gezondheidsproblemen; ze weten oplossingen toe te passen en zijn vanwege hun relatie met de gemeente, dus met de politiek, in de positie om de totstandkoming van beleid te bevorderen, dus om de rol van beleidsentrepreneur op zich te nemen. De gezondheidsbevorderaar richt zijn unieke professionaliteit al op de lokale situatie en kan gemakkelijk participeren in lokale netwerken. Hierdoor kunnen verschillende actoren (lokale professionals, vertegenwoordigers van de bevolking) worden gemotiveerd om op een intersectorale manier gezondheidsbevorderende activiteiten te implementeren (daarbij gebruikmakend van landelijk aangewezen effectieve interventies).

Praktische uitwerking van het entrepreneurschap vraagt om de invulling van een aantal randvoorwaarden: erkenning van de rol door zowel individuele professionals als door management; training en gebruik van nieuwe instrumenten. Stakeholder- en netwerkanalyse zijn noodzakelijke instrumenten voor de gezondheidsbevorderaar om kennis van stakeholders en de samenstelling van lokale netwerken te verwerven. We pleiten daarom voor verdere ontwikkeling

van deze instrumenten zodat ze eenvoudig toepasbaar worden in de praktijk.

## NOOT

- a. Gezondheidsbevorderaar wordt hier gebruikt als verzamelnaam voor epidemiologen, preventiewerkers, beleidsmedewerkers lokaal gezondheidsbeleid, GVO-ers.

## LITERATUUR

1. Baum F. *The New Public Health*. Oxford: Oxford University Press, 2003.
2. Bruijn H de, Heuvelhof E ten. *Networks and Decision Making*. Utrecht: Lemma Publishers, 2000.
3. Hoeijmakers, M. *Local health policy development processes. Health promotion and network perspectives on local health policy-making in the Netherlands*. (proefschrift) Maastricht: University Maastricht, 2005.
4. Kingdon JW. *Agendas, alternatives, and public policies*. Michigan: Harper Collins College Publishers, 1995.
5. Catford J. *Social entrepreneurs are vital for health promotion - but they need supportive environments too*. *Health Promot Int* 1998; 13:95-8.
6. Saan H, de Haes WFM. *Gezond effect bevorderen. Het organiseren van effectieve gezondheidsbevordering*. Woerden: Uitgeverij NIGZ, 2005.

## CORRESPONDENTIEADRES

Marjan Hoeijmakers, de Groenling 10, 5993 HD Maasbree, tel: 030-2713280 / 06-49930698, e-mail: marjan.hoeijmakers@rivm.nl / marjan.hoeijmakers@xs4all.nl