

# Responsieve evaluatie van Integrale Actie (RIA): een methode voor monitoring door stakeholderdialogen over gezondheidsgerelateerde integrale actie

Marleen Bekker,<sup>1</sup> Bregje Mutsaers,<sup>2</sup> Richard Dumont,<sup>2</sup> Erik Boers,<sup>3</sup> Maria Jansen<sup>1,4</sup>

Om processen van integrale actie voor gezondheid te kunnen monitoren is een methode nodig die gevoelig is voor de percepties en ervaringen van verschillende betrokken stakeholders en het soms onvoorspelbare, grillige karakter van dit soort processen. Responsieve evaluatie is een vorm van participatief onderzoek waarbij de onderzoeker actief inspeelt op de informatiebehoefte, verwachtingen en mogelijkheden van de belanghebbenden in kwestie. Doelen zijn om een gelijkwaardig overzicht te verschaffen over de diversiteit aan beelden, verwachtingen, waarden en veronderstellingen van belanghebbenden, en om wederzijds inzicht en begrip te bevorderen. Samen met gezondheidsadviseurs van de provincie Noord-Brabant werd een responsieve evaluatie van Integrale Actie (RIA) opgezet, uitgevoerd en geëvalueerd om in kaart te brengen hoe de twaalf grootste gemeenten in Brabant invulling geven aan een gezonde fysieke leefomgeving. Na twaalf groepsinterviews met verschillende functionarissen in de twaalf gemeenten is een interactieve stakeholderworkshop georganiseerd op het thema Gezonde Stad om een dialoog te faciliteren over al lopende initiatieven en acties, bevorderende en belemmerende factoren van integrale samenwerking en bestuurlijke en politieke randvoorwaarden voor een Gezonde Stad. RIA bleek een geloofwaardige methode om authentieke stakeholderinzichten uit te wisselen, die heeft geleid tot meer steun en draagvlak onder stakeholders en diverse spin off activiteiten.

Trefwoorden: responsieve evaluatie, stakeholderdialoog, integrale actie, Gezonde Stad

## INLEIDING

Hoe kan Integraal Gezondheidsbeleid worden geëvalueerd? In dit artikel wordt de ontwikkeling en toepassing van een Responsieve evaluatie van Integrale Actie (RIA) in de provincie Noord-Brabant besproken. Integraal gezondheidsbeleid (IGB) is gedefinieerd als 'beleid waarbij de belangrijkste relevante sectoren binnen en buiten het volksgezondheidsdomein samenwerken aan het aspect gezondheid, waarbij het gemeenschappelijke doel is het bevorderen of beschermen van de gezondheid.'<sup>1</sup> Het wordt gekenmerkt door een onderlinge afhankelijkheid tussen sectoren, publieke en private uitvoeringsorganisaties, burgers en andere stakeholders. Hierdoor is de ca-

paciteit en kennis om gezondheidsproblemen of risico's aan te pakken verdeeld over verschillende sectoren en organisaties, waar gezondheid vaak geen prioriteit is. Samenwerking, afstemming of zelfs interactie is hierdoor allerm minst vanzelfsprekend en processen verlopen vaak grillig.<sup>2-4</sup> Studies van deze processen schieten tekort in de analyse van politiek-bestuurlijke factoren en implementatieprocessen.<sup>5-7</sup> De term 'integraal gezondheidsbeleid' is bij de meeste stakeholders onbekend, roept soms weerstand op, en draagt de valkuil met zich mee dat het een papieren werkelijkheid betreft. Daarom gaan we in dit artikel uit van 'integrale actie', waarbij beleid en activiteiten van verschillende sectoren of beleidsterreinen worden afgestemd om samenhang te creëren. Om de voortgang van integrale beleids- en planvorming te kunnen volgen en evalueren is een methode nodig die gevoelig is voor normatieve kenmerken van beleidsprocessen: de verschillende betekenissen van gezondheid voor diverse stakeholders; maar ook de soms onvoorspelbare

<sup>1</sup> Health Services Research, Maastricht University, Academische Werkplaats Publieke Gezondheid Limburg, Maastricht

<sup>2</sup> Provincie Noord-Brabant, cluster Cultuur en Samenleving, Den Bosch

<sup>3</sup> Het Nieuwe Trivium, Eindhoven

<sup>4</sup> GGD Zuid-Limburg, Maastricht

dynamiek die vaak samenhangt met het wegvallen van steun; en de rol van democratische verantwoording van beleid in de volksvertegenwoordiging waarbij overheidsingrijpen legitiem moet zijn.<sup>8</sup> Hierbij past ‘interpretatief onderzoek’ om het verloop van integrale processen vanuit verschillende perspectieven van belanghebbenden te verkennen en begrijpen.<sup>9</sup> Hoe draagt RIA<sup>10-13</sup> middels stakeholderdialogen bij aan de monitoring van integrale actie en aan reflectie en bijsturing in de beleidspraktijk? Dit artikel valt niet los te zien van een aanpalend artikel waarin de inhoudelijke bevindingen zijn gerapporteerd die de rijkheid illustreren van een stakeholdergerichte analyse.<sup>14</sup>

## Kernpunten

- Om de voortgang van integrale beleids- en planvorming te kunnen evalueren is een methode nodig gericht op de verschillende betekenissen van gezondheid voor diverse stakeholders, de onvoorspelbare dynamiek die vaak samenhangt met het wegvallen van steun, en de rol van democratische verantwoording van beleid.
- Responsieve evaluatie van Integrale Actie (RIA) is gericht op het verzamelen en delen van de praktische ervaringskennis van stakeholders, zodat daarover een constructieve dialoog kan ontstaan.
- Er wordt niet gezocht naar gezamenlijkheid en consensus, maar naar onzekerheden, ervaren knelpunten en tegenstrijdigheden, resulterend in een kwalitatieve onderbouwing van een geloofwaardige en aanvaardbare planning van beleidsactiviteiten en een vervolgdialoog.

- 3 Zijn de bevindingen uit de RIA geloofwaardig en authentiek?
- 4 Is RIA nuttig, wenselijk en haalbaar in de ogen van belanghebbenden?

## METHODEN

Allereerst hebben we een literatuurstudie gedaan naar responsieve evaluatie. Vervolgens hebben we een testcase gevonden in het Aspectbeleid Gezondheid van de provincie Noord-Brabant. Hier hebben we de responsieve evaluatie toegepast op het werkconcept Gezonde Stad, met als doel te verkennen hoe gemeenten invulling geven aan een gezonde fysieke leefomgeving, en of (en hoe) de provincie daarin een faciliterende rol kan oppakken. Na een analyse van provinciale documenten over het aspectbeleid gezondheid hebben we met twee provinciale gezondheidsbeleidsadviseurs, die verantwoordelijk zijn voor het verbinden van verschillende gezondheidsrelevante provinciale beleidsterreinen aan het aspect gezondheid, en een onafhankelijke, ervaren gespreksleider van publieke dialogen, de stakeholderdialogen vormgegeven door middel van groepsinterviews met ambtenaren van verschillende sectoren uit de twaalf grootste gemeenten in Brabant, en een stakeholderworkshop op provinciaal niveau.

Aan de twaalf groepsinterviews namen in totaal 34 beleidsadviseurs, afdelingshoofden en projectmanagers van twaalf verschillende gemeenten deel. De selectie werd bepaald door de centrale contactpersoon van de betreffende gemeente bij de provincie op basis van de vraag wie antwoord zou kunnen geven op een voorgelegde topiclijst. Vanwege het provinciale streven dit onderzoek te gebruiken om zicht te krijgen op gemeentelijke ervaringen is er bewust voor gekozen nu geen andere stakeholders te includeren.

## Onderzoeksvraag

De volgende vragen staan centraal:

- 1 Wat is responsieve evaluatie?
- 2 Hoe kan een responsieve evaluatie van integrale actie (RIA) in de beleidspraktijk worden ontwikkeld om processen van integrale actie voor gezondheid te kunnen volgen?

Tabel 1 Topiclijst

Provincie Noord-Brabant	
1	Welke activiteiten op uw terrein associeert u met een Gezonde Stad, een gezonde leefomgeving?
2	Wat doet u al op het terrein van een gezonde fysieke leefomgeving? Waar bent u trots op?
3	Welke beleidsterreinen zijn daarbij betrokken?
4	Hoe kan de verbinding tussen fysieke leefomgeving en gezondheid worden verbeterd?
5	Welk beeld heeft de burger volgens jullie van de fysieke leefomgeving? En welke behoeften hebben burgers op dit thema?
6	Wat zijn je ervaringen met de factoren of omstandigheden die het succes van dit beleid bepalen?
7	Waar kan de gemeente ondersteund worden door de provincie?

### Onderzoeker Universiteit Maastricht

1	Hoe verloopt de agendering van gezondheids- of natuurkwesties of doelstellingen die over de grenzen van een beleidssector heen gaan? Hoe valt dat bij bestuurders, managers, en beleidsambtenaren? Hoe verkrijgt u steun? Tegen welk dilemma's loopt u aan?
2	Hoe pakt u zo'n kwestie of doelstelling aan? Bijvoorbeeld heel planmatig of juist meer procesgericht, of allebei? Kunt u voorbeelden geven?
3	Hoe verloopt de samenwerking met andere sectoren binnen de gemeente op deze integrale aanpak natuur en gezondheid? Voorbeeld(en)
4	Hoe verloopt de samenwerking met maatschappelijke en/of private organisaties en belanghebbenden op de integrale aanpak natuur en gezondheid?
5	Hoe staat de Gemeenteraad ertegenover?
6	Hoe kun je de voortgang goed inzichtelijk maken?
7	Wat kan de provincie voor toegevoegde waarde bieden aan het lokale gezondheidsbeleid, daar waar het gaat om economie, landbouw en cultuur?

Tabel 2 Respondenten groepsinterviews

Gemeenten	Aantal respondenten
1 Bergen op Zoom	4
2 Roosendaal	5
3 Breda	3
4 Oosterhout	4
5 Waalwijk	3
6 Tilburg	2
7 's-Hertogenbosch	1
8 Uden	2
9 Oss	2
10 Eindhoven	2
11 Veghel	2
12 Helmond	4
Totaal	34

**Tabel 3** *Vertegenwoordiging beleidsterreinen*

Beleidssterreinen	Interviews maart 2014	Workshop 27 mei 2014
Stedelijke ontwikkeling (ruimtelijke ordening, planologie, mobiliteit, openbare werken, natuur)	9	4
Milieu en duurzaamheid	11	8
Onderwijs	1	-
Economie	1	1
Sport	6	1
Maatschappelijke ontwikkeling (Zorg, Welzijn, Publieke Gezondheid)	6	4
	(2 publieke gezondheid)	(alle gezondheid)
Totaal aantal respondenten	34	18

Op basis van de uitkomsten uit de gesprekken is een opzet gemaakt voor een responsieve stakeholderworkshop. Aan deze workshop hebben twaalf gemeentelijke beleidsadviseurs en afdelingshoofden van vijf verschillende beleidsterreinen uit acht gemeenten deelgenomen, en zes provinciale beleidsadviseurs van 5 verschillende beleidsterreinen. Dat zorgde voor voldoende thematische en hiërarchische diversiteit onder de aanwezigen om zicht te krijgen op verschillen in percepties en ervaringen.

De groepsinterviews en de workshop zijn getranscribeerd en verslagen zijn teruggekoppeld naar de deelnemers. Een 'thick description'<sup>15</sup> is opgesteld waarin een gedetailleerde reconstructie plaatsvindt van de casus om die deelbaar te maken met andere betrokkenen. De data werden in twee rondes door twee onderzoekers geanalyseerd door citaten op topics vanuit verschillende gemeenten te koppelen en zo een beeld te verkrijgen van de overeenkomsten en verschillen in vijf analyse categorieën: percepties van een Gezonde Stad; voorbeelden van integrale plannen en projecten; burgerinitiatieven en behoeften; gemeentebehoeften ten aanzien van de provincie; en succes- en invloedsfactoren voor integrale actie. Hierbij leidden enkele verschillen in interpretatie tot exclusie. Hiermee is een 'member check' uitgevoerd onder alle deelnemers, om de betrouwbaarheid van de waarneming en de interpretatie van de bevindingen te toetsen en aan te scherpen. De triangulatie van bronnen en methoden is een bekende kwaliteitsnorm voor kwalitatief onderzoek.<sup>16,17</sup> Hiermee is redelijkerwijs te verwachten dat de bevindingen geloofwaardig zijn. Zo wordt aan de vereisten voor interpretatief onderzoek om het onderzoeksproces transparant te maken voldaan.<sup>9</sup> Een andere kwaliteitsvereiste, de authenticiteit van de bevindingen, hebben we achterhaald door na te gaan of de dialoog heeft geleid tot wederzijds toegenomen begrip, verandering of verbreding van perspectieven en referentiekaders, en toegenomen handelingsalternatieven en oplossingscapaciteit.<sup>18</sup> Dit hebben wij geëvalueerd in een gesprek met de opdrachtgevers, gespreksleider en enkele deelnemers.

## RESULTATEN

Achtereenvolgens bespreken we de principes van responsieve evaluatie, reconstrueren we de aanleiding en het ontwikkelingsproces van de methode, en waar dit toe heeft geleid. Ten slotte belichten we de ervaringen en oordelen van deelnemers over RIA.

## Principes van Responsieve Evaluatie (RE)

De responsieve evaluatiemethode werd in de jaren zeventig ontwikkeld door Robert Stake<sup>19</sup> en verder uitgewerkt door onder andere Guba & Lincoln<sup>20</sup> en Abma.<sup>11,12</sup> Het responsieve principe bestaat uit een actieve focus op de informatiebehoeften, verwachtingen en mogelijkheden van de belanghebbenden in kwestie om informatie te verwerken, inzicht te verwerven, en wat zij daarmee doen.<sup>19</sup> Dat maakt dat de opzet en vorm van responsieve evaluatie (RE) niet van tevoren vaststaat maar gaandeweg in samenspraak met de betrokken actoren en belanghebbende groepen wordt ontwikkeld. Doelen zijn om een overzicht te verschaffen over de diversiteit aan beelden, verwachtingen, waarden en veronderstellingen die zij van een specifieke kwestie hebben, en om wederzijds inzicht en begrip te bevorderen. Hierbij is de onderzoeker niet langer de objectieve en afstandelijke expert die uitsluitend bepaalt wat de onderzoeksvragen zijn, hoe die onderzocht moeten worden en hoe de analyse moet plaatsvinden. Bij RE mengt de onderzoeker zich actief in de wereld die onderzocht moet worden en bevraagt belanghebbenden actief op hoe het onderzoek volgens hen ingericht zou moeten worden zodat het past in de setting en de timing.<sup>18</sup> Wel behoudt de onderzoeker de 'academische vrijheid' om op basis van literatuur en vergelijkingen met andere casuïstiek aanvullende of alternatieve interpretaties te presenteren.

RE is gericht op het verzamelen en delen van verhalen die de praktische ervaringskennis van deelnemers ontsluiten voor andere deelnemers, zodat daar een constructieve dialoog over kan worden aangegaan. De kennis die hieruit voortkomt is niet zozeer subjectief en lokaal, maar gezamenlijk geconstrueerd tot een intersubjectieve – dus gedeelde – interpretatie die voor alle betrokkenen betekenis heeft.

RE bestaat uit de volgende kernelementen of principes:<sup>11,12,18</sup>

- 1 Claims (verwachtingen), concerns (zorgen) en issues (conflicten tussen stakeholders) brengen zicht op onderliggende motivaties en waardensystemen door te vragen naar ervaringen, verhalen, emoties en leereffecten.
- 2 De stakeholders participeren in het gehele proces: het formuleren van de vragen, de selectie van deelnemers, en de interpretatie van de bevindingen. De opzet is dus één van de (tussen)uitkomsten van deze aanpak, en improvisatie is een bewuste strategie. Daarmee be-

houdt het onderzoek aansluiting bij veranderingen in de sociale context.

- 3 De facilitator of gespreksleider bevordert een sfeer van veiligheid en vertrouwen. Oordeelsvorming en consensus moeten zo lang mogelijk worden uitgesteld zodat afwijkende ervaringen en minderheidsstandpunten verkend kunnen worden.
- 4 De onderzoeker (soms dezelfde persoon, soms verschillend) beschrijft de voortgang van het proces en zijn eigen rol daarin. Behalve het interpreteren van de genoemde kwesties bestaat deze rol ook uit het bevragen van ogenschijnlijke vanzelfsprekendheden, feiten en zekerheden ('Socratische gids').<sup>18</sup>
- 5 De onderzoeker formuleert aan het einde een agenda waarin de controverses zichtbaar terugkeren. Het resulterende rapport reflecteert de bestaande diversiteit rondom een specifiek onderwerp, en dient vooral als werkdocument voor een geloofwaardige en aanvaardbare planning van activiteiten en een vervolgdialoog. RE lijkt door de organisatie van een publieke dialoog overeenkomsten te vertonen met 'interactieve beleidsvorming' en 'adaptieve netwerksturing', waardoor beide methoden elkaar in de beleidspraktijk kunnen versterken en geïntegreerd kunnen worden.<sup>7</sup> Ook zijn er overeenkomsten met methoden van 'public mediation', het bemiddelen bij controversiële kwesties in de publieke sfeer.<sup>21</sup> RE kan dan worden beschouwd als een analytische wegbereider voor groepsreflectie en mediation. De methode verschilt van interactieve beleidsvorming in de zin dat niet wordt gezocht naar gezamenlijkheid en consensus maar naar onzekerheden en tegenstrijdigheden.

Ook wetenschappelijk heeft RE toegevoegde waarde: integrale actie wordt nog nauwelijks vanuit een interpretatieve benadering geanalyseerd om de inherente diversiteit aan perspectieven en waarden in beleidsprocessen inzichtelijk te maken en door in heterogene groepen een dialoog te organiseren waarin wederzijds begrip kan ontstaan. Dat hoeft niet per se uit te monden in consensus. Voordeel hiervan is dat inzicht wordt verkregen in hoe betrokkenen leren van ervaringen met netwerksturing in een meerduidige context, en op basis daarvan hun strategieën aanpassen.

### **Aanleiding, proces en uitkomsten van de RIA**

De aanleiding van de provincie Brabant om als testcase mee te doen in dit onderzoek was dat de gezondheidsadviseur eerder goede ervaringen heeft opgedaan met de werkvorm van stakeholderdialogen. Na rijp beraad hebben we besloten om de RIA niet in te zetten in lopende beleidsprocessen, omdat de introductie van een externe onderzoeker de gevoelige relaties en het prille vertrouwen van belanghebbenden zou kunnen verstoren. De provincie heeft een voorkeur voor koppeling van het aspectbeleid gezondheid aan nieuw te ontwikkelen provinciaal natuurbeleid. Doel was om burgers te betrekken door hun directe leefomgeving onderdeel te maken van dit natuurbeleid. Door gebruikmaking van de gemeentelijke kennis en ervaringen in het bevorderen van een gezonde leefomgeving van de burger kon inzicht, feedback en

draagvlak worden verkregen voor passende en aanvaardbare provinciale ondersteuning. Een gelijktijdige RIA begeleidde de interactieve beleidsdialoog met gemeenten om zicht te krijgen op de wijze waarop gemeenten gezondheid in de integrale beleids- of planvorming meenemen, evenals op de toegevoegde waarde van de provinciale dialoog met gemeenten.

In samenspraak met de gezondheidsadviseurs van de provincie hebben we een topiclijst opgesteld met open vragen die uitnodigen tot een dialoog tussen de beleidsambtenaren in het groepsinterview (zie tabel 1).

Belangrijkste vraag was: *'Welke associatie kwam er bij u op bij het lezen van het thema Gezonde Stad, de gezonde fysieke leefomgeving?'* Bewust hebben we ervoor gewaakt een definitie te geven van de Gezonde Stad omdat we juist zicht wilden krijgen op de diversiteit in associaties van de verschillende beleidsambtenaren zelf. Vervolgens hebben we doorgevraagd op voorbeelden, ervaringen, en een mogelijke rol voor de provincie. Daarnaast werden enkele vragen gesteld die verdieping konden brengen in de samenhangende onderliggende processen van agendering, samenwerking, monitoring en evaluatie, en verantwoording.

Voor de selectie van deelnemers heeft de gezondheidsmakelaar ter voorbereiding eerst contact gezocht met een provinciaal platform om na te gaan of er voldoende draagvlak zou zijn voor een stakeholderworkshop natuur en gezondheid met gemeenten. Daaruit kwam een lijst met te benaderen personen. Vervolgens hebben deze gemeentelijke medewerkers de participanten in het groepsinterview zelf geselecteerd. Dat resulteerde in de meeste gemeenten in een heterogene groep van beleidsadviseurs, afdelingshoofden, en juristen van verschillende beleidssectoren (zie tabel 2 en 3).

De groepsinterviews werden in maart 2014 uitgevoerd door de onderzoeker en de junior gezondheidsadviseur van de provincie in het gemeentehuis van de desbetreffende gemeenten. In de meeste gemeenten verliepen de gesprekken geanimeerd en in een goede en open sfeer.

Uit de groepsinterviews kwamen een drietal inhoudelijke thema's naar voren die in de workshop nader uitgewerkt worden:

- 1 Duurzaam bouwen, energie, klimaat, en openbare groen- en beweegvoorzieningen als verbindende elementen tussen gezondheid en de directe leefomgeving in de openbare ruimte
- 2 Burgerinitiatieven en de nieuwe regierol van de gemeente
- 3 Verkenning van gezondheid als agendapunt in de provinciale overlegstructuur 'Brabantstad' (bestuurders en ambtenaren provincie en de vijf grootste gemeenten).

Deze thema's zijn met behulp van de volgende werkvormen in discussie gebracht. In lijn met RE principes hebben we van tevoren niet zelf debatstellingen bedacht. In plaats daarvan hebben we deelnemers na twee inleidende presentaties gevraagd om hun eigen cruciale vragen te formuleren en te verzamelen; aan de hand daarvan zijn

**Tabel 4** Door respondentent geformuleerde conclusies aan het einde van de workshop

- 1 Gebruik het vehikel van een verduurzaamd Brabantstad om in Brabant gezamenlijk een impuls te geven aan kwaliteit van leven, te vertalen in een 'Green Deal' met het Rijk en de EU [n.a.v. Rijksbeleid Modernisering Milieubeleid 2014].
- 2 Gezondheid omvat nog meer dan ik dacht. Eerste stap: kennismaken met alle collega's binnen mijn gemeente die hierover gaan om krachten te bundelen.
- 3 Als (lagere) overheid zouden wij ervoor moeten zorgen dat ieder burgerinitiatief dat gezondheid raakt, met open armen wordt ontvangen.
- 4 Gezondheid: het gemeenschappelijk belang boven de norm.
- 5 Gezonde Stad: hoe nu verder? Duurzaamheid staat op de agenda, maar de integratie met gezondheid? Volg de weg van het geld: het geld zit nu bij Klimaatadaptatie.
- 6 Gezondheid is van ons allemaal, maar wie is er nou verantwoordelijk?
- 7 De vraag/taak van de overheid ligt op het gebied van de gebiedsoverstijgende volksgezondheid (hoogspanning, fijn stof). De kansen liggen echter in de openbare ruimte en leefomgeving.
- 8 Luchtkwaliteitsmetingen als ambassadeur voor verdere burgerparticipatie in gezondheid en duurzaamheid.
- 9 We willen allemaal een gezonde omgeving voor onze burgers. Nu nog samen onze doelen formuleren en realiseren.
- 10 Het glas is halfvol. Start met oogsten en pak integrale burgerinitiatieven klein aan. Succeservaring is nodig en werkt als katalysator: ambtelijk, bestuurlijk en politiek. Spill over en Multiplier effecten over de langere termijn.
- 11 Hebben we een wethouder voor gezondheid (nodig)?
- 12 Kansrijk is mijns inziens de verkenning horizontaal (tussen de rollen) van gezondheid en fietsbeleid: meer bewegen, en de fietsbeleving en recreatie in de natuur.
- 13 Benoem gezondheid als een kwaliteit in plaats van als een probleem.
- 14 Het gezondheidsterrein is breed, maar biedt wel mogelijkheden om gezamenlijk (verschillende gemeentelijke beleidsterreinen) beleid te formuleren.
- 15 Gezondheid vooral toespitsen op burgerinitiatieven waarbij de gemeente met een open vizier de mogelijkheden onderzoekt.
- 16 Zoek de samenwerking en 'make it hot'.
- 17 Voornemen: inzet op gezondheid als 'voertuig' bij ruimtelijke ordening en milieu, verkeer en vervoer, en sport en groen. Vragen: begroting, collegeprogramma, interne ambitie van de sectorplannen.
- 18 Er liggen momenteel veel kansen om het fysieke en sociale domein te koppelen middels het thema Gezonde Stad. Die kansen gaan we benutten.
- 19 Laten we elkaar opzoeken waar de energie zit. Op het gezamenlijke belang kunnen we aan de slag.

de deelnemers eerst in tweetallen met elkaar gaan 'speeddaten': korte gesprekjes over een door henzelf gekozen vraag, gevolgd door uitwisseling en uitdieping in twee subgroepen. Vervolgens vond er een dialoog plaats over door deelnemers aangedragen voorbeelden van burgerinitiatieven die raken aan gezondheid. Het laatste onderdeel van de workshop bestond uit een verkenning van de agenda van het provinciale programma Brabantstad, om kansen en strategieën in beeld te krijgen voor een provinciale rol op het gebied van de Gezonde Stad. De workshop werd afgesloten met door de deelnemers zelf geformuleerde conclusies (zie tabel 4).

Tijdens de workshop nam de onafhankelijke gespreksleider, een ervaren 'praktijkfilosoof' die gespecialiseerd is in Socratische dialogotechnieken, een sterk aanwezige, structurerende rol op zich. De gespreksleider vroeg door, bevestigde de deelnemers maar zette hen ook aan het denken. Dit leidde tot een groot scala aan inhoudelijke voorbeelden, bevorderende en belemmerende factoren en agenderingsmogelijkheden, maar ook tot

steun voor het gedachtegoed van de Gezonde Stad. De onderzoeker bleef, behalve een korte presentatie in de rol van 'traditionele wetenschappelijk expert' over gezondheidsdeterminanten, institutionele verkokering, en de terugkoppeling van de groepsinterviews aan de deelnemers, op de achtergrond.

De uitkomsten van deze RIA bieden een blik op de mate van steun en op discussiepunten voor een vervolg. Hoewel de deelnemers het belang van gezondheid voor hun eigen beleidsterrein zonder uitzondering erkennen, reflecteren hun conclusies ook legitimiteitsvragen. Tijdens de workshop zien we naarmate de discussie vordert een transformatie in de deelnemervragen van een technisch-instrumenteel (hoe 'doe' je iets, hoe pak je het aan?) naar een normatief karakter (de legitimiteit van het overheidsingrijpen op het thema gezondheid). De begrenzing van het begrip gezondheid en de gezonde leefomgeving is van belang om overheidsingrijpen langs de geldende institutionele scheidslijnen en verantwoordingsregels te kunnen legitimeren en verantwoorden. Dat staat op gespannen voet met een integraal gezondheidsbegrip en integrale actie door de overheid. Toch zijn alle deelnemers met een slotconclusie gekomen die de gedachte van de gezonde leefomgeving ondersteunt.<sup>14</sup>

Na afloop van de workshop is een kort verslag verspreid binnen de provincie en onder de deelnemers. Dit heeft geleid tot spin off: de aanpak van de stakeholderworkshop 'Gezonde Stad' wordt verwerkt in het Provinciale milieu- en waterplan (2016-2022); vanuit het provinciale fietsbeleid werd in december 2014 een workshop Integrale beleidsafweging snelfietsroutes georganiseerd; het onderwerp gezondheid is in bijeenkomsten van Brabantstad met nieuwe burgemeesters en wethouders op de bestuurlijke agenda geplaatst; in het provinciale natuurprogramma is opgenomen dat 'ommetjes' worden generaliseerd om dorpen kleinschalig en gemaksvriendelijk te verbinden met de agrarische omgeving. Daarnaast participeert de provincie in een pledge in het kader van het Nationaal Programma Preventie, en zijn de relaties en netwerken uitgebreid. Daarmee heeft deze RIA voldaan aan de verwachting van de provincie om op het onderwerp gezondheid een 'makel- en schakelfunctie' te kunnen vervullen. Volgens de provincie heeft RIA als een interventie gefungeerd om veel verschillende beleidsterreinen om de tafel te krijgen. Er is een beweging van buitenaf gecreëerd die een impuls geeft aan interne processen: het thema gezondheid blijkt als 'brug' te kunnen dienen om economische en natuurbeleidsoverwegingen met elkaar te verbinden.

### Zijn de bevindingen uit de RIA geloofwaardig en authentiek?

De inhoudelijke bevindingen uit de RIA zijn beschreven in de samenvattende tabel van het aanpalende artikel dat hierop nader ingaat.

Afgezien van een enkele formulering die volgens reacties van deelnemers te sterk was aangezet, zijn er tijdens de 'member check' geen reacties ontvangen van deelne-

**Tabel 5** Resultaten responsieve evaluatie integrale actie (RIA) Gezonde Stad in Noord-Brabant

Deelnemer percepties Gezonde Stad per sector	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 'Duurzame stad op gebied van klimaat, energie, lucht, geluid, en andere risico's' (duurzaamheid)</li> <li>2 'Gezond vestigingsklimaat voor ondernemers en jong talent' (milieu)</li> <li>3 'Ontmoetingen in openbare ruimte tussen sociale groepen' (stedelijke vernieuwing)</li> <li>4 'Ongeorganiseerd bewegen en sporten in openbare ruimte' (sport)</li> <li>5 'Gezonde leefstijl, infectieziekten' (Gezondheid)</li> </ol>
Positie aspect gezondheid in beleid	<p>'Niet centraal'</p> <p>'Secundaire winst'</p> <p>'burgers hebben verschillende mening over belang gezondheid, risico's of groen'</p> <p>'In gezondheidsnota weinig of geen aandacht voor openbare ruimte'</p> <p>'Geen structurele relaties vanuit sectoren met gezondheidsambtenaar'</p> <p>'Projectmatige samenwerking vanuit sectoren met GGD' (geen beleidsmatige sw)</p>
Strategieën en invloedsfactoren voor agendering van integrale actie en draagvlak(behoud)	<p>'voldoen aan wettelijke normen is onvoldoende'</p> <p>'positieve labeling en profilering'</p> <p>'uitsluitend technische benadering ten koste van politiek entrepreneurschap'</p> <p>'politiek handwerk vereist ervaring, relaties en een lenige geest'</p> <p>'idealisme of eenzijdig activisme werkt contraproductief'</p> <p>'externe agenderingsroute via mobilisatie van gezaghebbende personen of organisaties'</p> <p>'vraag om regelruimte op gespannen voet met interne planning en control, gemeentelijke juristen en handhavers'</p>

mers die zich niet herkenden in de rapportage. Op sommige punten leveren de bevindingen inzicht in recente ontwikkelingen, zoals de groeiende aansluiting van het milieubeleid op economisch, mobiliteits- en stedelijk ontwikkelingsbeleid; en de aandacht van gemeentelijke projectontwikkelaars voor sociale condities in de openbare ruimte. De besproken strategieën en ervaringen met de agendering van gezondheid en het creëren en behouden van draagvlak in andere sectoren leveren inzichten en lessen op voor de integrale aanpak van gezondheid. Hoewel de ervaringen van deelnemers altijd gekleurd zijn door hun specifieke context, levert de ervaren 'gap' met het gemeentelijk gezondheidsbeleid mogelijk nuttige feedback. In ieder geval werd duidelijk dat de beschikbare kennis en activiteiten in de gezondheidssector op het terrein van de openbare ruimte meestal nauwelijks bekend waren bij de deelnemers uit andere sectoren.

### Zijn de bevindingen nuttig, wenselijk en haalbaar in de ogen van de stakeholders?

Na afloop zijn enkele deelnemers benaderd voor een korte telefonische terugblik op de workshop. Behalve over de organisatie van de workshop zelf en de diversiteit in functies, sectoren en overheden van deelnemers vonden deze deelnemers het meest positief dat het heeft ingegrepen op hun bewustwording en wederzijdse begrip: *'Positief dat het gezondheid meer op de kaart heeft gezet, het heeft vooral iets gedaan in mijn bewustwording. Ik had van tevoren niet echt vragen, maar in [onze] gemeente hebben de bewoners wel een gezondheidsachterstand, het is goed om je bewust te worden wat je kunt doen om dat te helpen veranderen. (...) en dat je daar met sport en spel nog meer kunt doen dan we nu doen is wel duidelijk.'* Het minst positief vonden zij enerzijds dat *'men [in andere sectoren] al heel snel vindt dat men aan gezondheid doet'*, en anderzijds dat gezondheid toch wat ongrijpbaar blijft als het over zoveel verschillende aspecten gaat. Op de vraag 'kijkt u nu anders tegen het onderwerp Gezonde Stad aan?' gaven deze deelnemers een positief antwoord: *'Ik vond het een eye opener, erg nuttig. (...). Hiervoor hield ik me meer bezig met regelgeving, dan kijk je wat past er en wat niet?'*

*Wat kan en wat niet? Maar het risicomanagement blijft toch praktisch lastig: wanneer investeer je in iets om mogelijke onwenselijke effecten te voorkomen?'*

Het onderdeel over Brabantstad was niet voor alle deelnemers van meerwaarde. Een deelnemer vond het een *'nogal bureaucratische discussie, je hoeft je niet altijd afhankelijk op te stellen van het bestuur'*. Ook is het voor de middelgrote en kleinere gemeenten soms onduidelijk wat Brabantstad hen te bieden heeft. Een mogelijke provinciale rol als gezondheidsmakelaar zou dus ook op andere manieren invulling moeten krijgen.

Een van de deelnemers merkte op dat, hoewel de vervolgstappen nog niet helemaal duidelijk zijn, de provincie met de workshop Gezonde Stad vertrouwen heeft gecreëerd in een nuttig vervolg.

Ten slotte heeft ook de spin off van de workshop Gezonde Stad als onderdeel van de RIA geleid tot een positieve waardering voor RIA. De uitkomsten lijken te worden bevestigd door nog lopend extern evaluatieonderzoek naar het Aspectbeleid Gezondheid als geheel.

### CONCLUSIE

Om processen van integrale actie voor gezondheid in kaart te kunnen brengen is een methode nodig die gevoelig is voor de percepties en ervaringen van verschillende betrokken stakeholders. Daarnaast moet rekening worden gehouden met de procesdynamiek, waarbij steun en draagvlak om onvoorspelbare redenen onverwachts kunnen wegvallen. In dit artikel beschrijven we de ontwikkeling en evaluatie van een Responsieve evaluatie van Integrale Actie (RIA) die een aanvulling kan bieden op bestaande methoden voor monitoring en evaluatie. In de hoofdstuktekst staat beschreven wat RIA inhoudt en hoe het kan worden ingezet. Hier gaan we nader in op de vraag of de bevindingen uit de RIA volgens de kwaliteitseisen in kwalitatief en interpretatief onderzoek geloofwaardig en authentiek zijn.

De authenticiteit kan worden vastgesteld door na te gaan of het perspectief van de deelnemers is verbreed of verdiept (is de bewustwording toegenomen?); of het heeft geleid tot meer wederzijds begrip; en of het de hande-

lingscapaciteit van de deelnemers heeft bevorderd of vergroot. Op basis van de evaluatie van de workshop geven enkele deelnemers aan dat hun bewustwording van de verschillende aspecten en samenhang tussen gezondheid en andere beleidssectoren door de overkoepelende term van de Gezonde Stad is verbreed. Het brede gezondheidsbegrip blijft echter in hun ervaring ongrijpbaar en dat maakt het moeilijk om dit in de dagelijkse beleidspraktijk niet ten prooi te laten vallen aan de dynamiek tussen ambtenarij, management en directie, en het bestuur en de Gemeenteraad. Het veelomvattende begrip vraagt aan alle betrokkenen 'een lenige geest' om een integrale benadering te herkennen en te steunen daar waar dat in de verantwoordingsgremia niet nodig is of zelfs wordt ontmoedigd.<sup>14</sup> Deelnemers geven aan dat door de RIA het wederzijds begrip tussen de verschillende sectoren en tussen gemeenten en provincie is toegenomen. Dat betekent niet dat alle activiteiten voor alle deelnemers even relevant en zinvol zijn, zoals sommige voorbeelden van kleinschalige burgerinitiatieven of het overlegcircuit van Brabantstad voor de middelgrote gemeenten. Het derde en laatste element om de authenticiteit van de bevindingen te bepalen is de vraag of de deelnemers ervaren dat hun handelingscapaciteit is bevorderd of vergroot. De deelnemers hebben veel ervaringen met elkaar uitgewisseld die vaak herkenbaarheid oproepen. Er zijn ook veel suggesties gedaan die een breed palet van mogelijke strategieën en interventies heeft opgeleverd, maar ook inzichten in wanneer wel of niet daarvan gebruik te maken.<sup>14</sup>

Is RIA van integrale actie nuttig, wenselijk en haalbaar in de ogen van belanghebbenden? Deelnemers suggereren dat zij gebaat zijn bij het aanleveren van feitelijke kennis, 'technische' instrumenten, kwantitatieve indicatoren, en een wetenschappelijk-rationele argumentatie. Echter, als deze worden ingezet als hulpbronnen voor beleidsexperimenten, stakeholderdialogen en politieke alliantievorming,<sup>22</sup> zal de toegevoegde waarde ervan enorm kunnen toenemen. Daarmee komen verwachtingen over evidence-based beleid in een politiek realistischer perspectief.

## DISCUSSIE

RIA is maatschappelijk relevant omdat het de beoogde gebruikers en belanghebbenden in beleid en integrale actie tot medeproducenten van de evaluatie maakt. Het helpt de beeldvorming te democratiseren (Abma et al). Behalve voor democratisering van beleid is de methode ook prima inzetbaar ten behoeve van netwerkvorming en agendering van gezondheid in andere sectoren. Bij integrale actie voor gezondheid ontkomen we niet aan de realiteit van een verkokerde overheid. Het beperkte mandaat van provincies om gezondheidsbeleid te ontwikkelen legitimeert de keuze in deze casus om het doel te verkleinen tot het verbinden van overheidslagen en beleidssectoren als tussenstap in het organiseren van integrale actie. In deze toepassingscasus bleven de stakeholdergroepen beperkt tot een aantal gemeentelijke beleidssectoren, omdat het doel bestond uit een verkenning hoe gemeenten invulling geven aan een gezonde fysieke leefomgeving, en of (en hoe) de provincie daarin een

faciliterende rol kan oppakken. Dat laat uiteraard onverlet, dat, om zicht te krijgen op andere stakeholderperspectieven op integrale actie voor een Gezonde Stad, zoals die van bewoners, ondernemers, maatschappelijke instellingen aanvullend onderzoek nodig is. Dat daarnaast in deze selectie de onderwijssector nagenoeg ontbreekt zegt ook iets over de mate waarin onderwijsbeleid verbonden is aan andere gemeentelijke beleidssectoren, en dat daar nog verbetering in mogelijk is.

Door de nabijheid van de evaluatie kunnen mogelijke gevoeligheden vroegtijdig worden onderkend en kan de werkvorm worden aangepast om eventuele negatieve consequenties te voorkomen of beperken. Echter, de kritiek dat de evaluatie dan niet meer onafhankelijk heeft plaatsgevonden ligt voor de hand. We beschouwen RIA dan ook als een methode die een waardevolle aanvulling biedt op andere methoden zoals registraties en vragenlijstonderzoek. Deelnemers geven aan dat een narratieve stijl van rapportage, waarbij cijfers in onderlinge samenhang worden gepresenteerd en geduid, bij bestuur en volksvertegenwoordiging eerder tot steun en draagvlak leidt dan een rapportage die uitsluitend op cijfers is gebaseerd.

De wetenschappelijk meerwaarde van RIA is de gevoeligheid voor het soms onvoorspelbare karakter van dynamische beleidsprocessen en voor de meerduidige stakeholderperspectieven op gezondheid en de gezonde leefomgeving. Dergelijke beleidsprocessen maken dat sociaal-wetenschappelijke kennis beperkt standaardiseerbaar en generaliseerbaar is. Daarbij heeft het excluseren van onzekerheid en complexiteit uit het onderzoeksdesign tot gevolg dat de geproduceerde 'kennis' in de gebruikerscontext betekenisloos blijft. Tijdens de workshop bleek de presentatie van de onderzoeker over het regenboogmodel juist discussie op te roepen over de grenzen van overheidsbemoedienissen, die daarna weer werd gekanaliseerd door deelnemers te vragen naar lokale burgerinitiatieven die geen rekenschap geven van institutionele scheidingslijnen tussen sectoren. Het vergaren van kennis over integrale actie veronderstelt een methode die beleidsmakers en wetenschappers stimuleert te reflecteren op de wijze waarop zij omgaan met inherente onzekerheden en daarover te rapporteren. RIA is een inductieve methode om de lokale ervaringskennis te expliciteren, te confronteren met inzichten uit de wetenschappelijke literatuur, en daarmee tot een groter en verbeterd begrip te komen in het beleidsdomein én het wetenschappelijke domein.

De beleidsrelevantie van RIA blijft vooralsnog onscherp. De waarde van RIA voor monitoring gedurende een langere periode hebben we in deze testcase niet kunnen onderzoeken, maar er zijn geen aanwijzingen dat de herhaalde inzet van RIA problematisch is, zolang iedere inzet maar tot aantoonbare bijdragen leidt aan de beeldvorming. Hoewel de RIA in deze testcase tot vervolgacties en spin off heeft geleid is de scheidingslijn tussen de RIA en de beleidsdialoog die de provincie zonder RIA zelf zou hebben ondernomen niet heel scherp te trekken. Wel is duidelijk geworden dat een aantal deelnemers op een niet gangbare wijze is benaderd en daardoor aan het

denken werd gezet: in de groepsinterviews kregen zij vragen voorgelegd die een integraal antwoord behoeven; die vragen hebben zij beantwoord in samenspraak met collega's van andere sectoren die zij soms niet eerder hadden ontmoet; en in de workshop heeft het toespitsen van de opzet op hun vragen, dilemma's en suggesties ertoe geleid dat de workshop als nuttig en van toegevoegde waarde werd beschouwd. Het heeft bij een deel van de deelnemers tot verbreding van inzichten geleid en tot meer begrip voor het perspectief en de positie van collega's in andere sectoren. Het is de vraag of dit leer-effect was opgetreden zonder inbreng van de onafhankelijke onderzoekers en gespreksleider.

RIA kent echter een aantal andere risico's. Op onderwerpen waar de verhoudingen tussen de stakeholders en beleidsmakers gespannen zijn kan RIA vastlopen. De onderzoeker en facilitator moet er dan zeer alert op blijven dat alle perspectieven, ook die van minderheidsbelangen, op constructieve wijze uitgewisseld worden. Hierbij is de gespreksleiding een vak apart en het verdient dan ook aanbeveling om daarvoor een expert in te huren. Een ander risico is dat de dialoog na afloop van de RIA stil komt te liggen. RIA vormt vrijwel altijd een eerste stap waarin een geloofwaardig beeld moet ontstaan over het nut en de actiestrategie van de opdrachtgever. In die zin lijkt het soms gemakkelijker om een afstandelijke evaluatie te organiseren, waaraan dan vooral de symbolische betekenis wordt gehecht dat zonder veel 'gedoe' aan de verplichting voor een evaluatie is voldaan. De bereidheid om te leren is dan ook een noodzakelijke voorwaarde om met RIA aan de slag te gaan. Zo biedt RIA een basis voor de uitbouw van interactieve beleidsvorming en/of alliantievorming voor integrale actie.

#### NOTEN

- Dit onderzoek werd mogelijk gemaakt door ZonMw (dossiernummer 200400018, 2012-2014). Wij danken de leden van het Consortium i4i, Klasien Horstman, en alle respondenten van dit onderzoek voor hun bijdragen aan dit artikel.
- Het i4i Consortium bestaat uit: RIVM, UvA-AMC, TNO, Universiteit Maastricht, VU, iBMG, Tranzo, GGD NOG/Agora, en Erasmus MC. In TSG Spectrum 2014(1) werd een eerste tussenrapportage van de voorlopige inzichten gegeven.

#### ABSTRACT

*Responsive evaluation of Integrated Action (RIA): a method for monitoring by stakeholder dialogues on health-related integrated action*

Processes of integrated action to promote and protect health require a distinct method for monitoring and evaluation that is sensitive to the perceptions and experiences of different stakeholders and the often capricious and unpredictable course of events. Responsive evaluation is a method for participatory research in which the researcher actively builds on the information needs, expectations and capacities of the stakeholders. Goals consist of providing a balanced overview of the diversity of frames, expectations, values and assumptions, and facilitating mutual under-

standing. In collaboration with the health policy officers of the Province North-Brabant and an independent professional dialogue facilitator we developed, conducted and evaluated a responsive evaluation of integrated action (RIA). In group interviews with a diverse representation of policy officers, we first mapped the activities of the 12 largest municipalities in the province that they associate with a 'Healthy City'. We then organised a stakeholder workshop based on the themes that resulted from the interviews. There the stakeholders identified current activities, enabling and disabling conditions for integrated action, and the political-administrative conditions for a Healthy City. Afterwards stakeholders valued the responsive evaluation as a credible method for exchanging authentic stakeholder experiences, which has led to more support among the stakeholders and a diversity of spin off activities and consolidation of health considerations in other provincial policy documents. Keywords: responsive evaluation, stakeholder dialogue, integrated action, Healthy City

#### LITERATUUR

1. Storm I, Zoest F van, Broeder L den. Integraal gezondheidsbeleid: theorie en toepassing. Bilthoven: RIVM, 2007.
2. Koppenjan J, Klijn EH. Managing uncertainties in networks. London: Routledge; 2004.
3. Hill M, Hupe P. Analysing policy processes as multiple governance: accountability in social policy. Policy Polit. 2006;34(3): 557-73.
4. Bekker MPM, Putters K, Grinten TED van der. Exploring the relation between evidence and decision-making. Environ Impact Assess Rev. 2004;24(2):139-49.
5. Wismar M, McQueen D, Lin V, Jones C, Davies M. Rethinking the politics and implementation of health in all policies. Isr J Health Policy Res. 2013;2(1):17.
6. Leeuw E de, Clavier C. Healthy public in all policies. Health Promot Int. 2011;26(12, Suppl 2):ii237-44.
7. Koivusalo M. The state of Health in All policies (HiAP) in the European Union: potential and pitfalls. J Epidemiol Community Health. 2010;64(6):500-3.
8. Hajer M, Wagenaar H, editors. Deliberative policy analysis. Understanding governance in the network society. Cambridge: Cambridge University Press. 2003.
9. Yanow D, Schwartz-Shea P. Interpretation and method. Empirical research methods and the interpretive turn. 2nd ed. New York: M.E.Sharpe; 2014.
10. Stake RE. Program Evaluation Particularly Responsive Evaluation\*. Journal of MultiDisciplinary Evaluation. 2010;7:180-201.
11. Abma TA. Responsive evaluation in health promotion: its value for ambiguous contexts. Health Promot Int. 2005;20:391-7.
12. Abma T. Responsive Evaluation: the Meaning and Special Contribution to Public Administration. Public Adm. 2004;82: 993-1012.
13. Abma TA. The Practice and Politics of Responsive Evaluation. Am J Eval. 2006 1;27:31-43.
14. Bekker M, Mutsaers B, Dumont R, Jansen M. Het belang van een "lenige geest". Agendering van integrale actie voor een Gezonde Stad. Tijdschr Gezondheidswet 2015;93:234-240.
15. Geertz C. Thick description: toward an interpretive theory of



culture. *The Interpretation of Cultures: Selected Essays*. New York: Basic Books; 1973. p. 3–30.

16. *Denzin NK, Lincoln YS*. The Sage handbook of qualitative research. 4th ed. Thousand Oaks: Sage; 2011.
17. *Creswell JW*. Qualitative inquiry and research design. Choosing among five approaches. . 3rd ed. Los Angeles: Sage; 2013.
18. *Abma TA, Widdershoven GAM*. Responsieve methodologie. Interactief onderzoek in de praktijk. Den Haag: Lemma; 2006.
19. *Stake R*. Program evaluation, particularly responsive evaluation. On new trends in evaluation Göteborg October 1973 [Internet]. Urbana-Champaign: University of Illinois; 1975. Available from: [https://www.globalhivmeinfo.org/Capacity-Building/Occasional Papers/05 Program Evaluation, Particularly Responsive Evaluation.pdf](https://www.globalhivmeinfo.org/Capacity-Building/Occasional%20Papers/05%20Program%20Evaluation,%20Particularly%20Responsive%20Evaluation.pdf)
20. *Guba E, Lincoln Y*. Fourth generation evaluation. Newbury Park: Sage; 1989.
21. *Laws D, Wagenaar H, Heijden J van der, Kramer A, Hogendoorn D*. Publieke beleidsbemiddeling. Amsterdam Centre for Conflict Studies. Den Haag; 2012.
22. *Rydin Y, Bleahu A, Davies M et al*. Shaping cities for health: complexity and the planning of urban environments in the 21st century. *Lancet*. 2012;279(8931):2079–108.

#### **CORRESPONDENTIEADRES**

**Dr. M.P.M. Bekker, Health Services Research, Maastricht University, Academische Werkplaats Publieke Gezondheid Limburg, Maastricht, tel. 043-38 81 570, e-mail: [m.bekker@maastrichtuniversity.nl](mailto:m.bekker@maastrichtuniversity.nl).**

# Het belang van een ‘lenige geest’

## *Agendering van integrale actie voor een Gezonde Stad*

Marleen Bekker,<sup>1</sup> Bregje Mutsaers,<sup>2</sup> Richard Dumont,<sup>2</sup> Maria Jansen<sup>1,3</sup>

In dit artikel staat de vraag centraal hoe draagvlak onder stakeholders voor integrale actie voor gezondheid tot stand komt. Daartoe hebben we in samenwerking met de provincie Noord-Brabant een responsieve evaluatie opgezet waarin 32 gemeentelijke ambtenaren van verschillende beleidsterreinen bevestigd zijn op hun percepties van een Gezonde Stad, en hun ervaringen met het agenderen van integrale actie. Percepties van een Gezonde Stad leveren een beeld op van een duurzame stad met een gezond vestigingsklimaat voor talentvolle ondernemers en werknemers, die in de openbare ruimte ontmoetingen faciliteert tussen verschillende sociale groepen, en bewegen en sporten aantrekkelijk maakt. Ondanks raakvlakken onderhouden de ambtelijke stakeholders geen beleidsmatige relaties met de gezondheidssector. Bij het agenderen van integrale initiatieven hebben ambtenaren vooral geleerd van wat er niet werkt: een activistische benadering, het uitsluitend vertrouwen op wetenschappelijke ‘bewijs’ of op de morele superioriteit van gezondheid. Een belangrijke agenderingsstrategie van ambtenaren bestaat uit het mobiliseren van externe invloedrijke actoren. Daarnaast lijkt de ontwikkeling van ‘lenigheid van geest’ van belang: de persoonlijke attitude om gegeven de institutionele kokers en verantwoordingsregels flexibel te kunnen opereren. Dat contrasteert met het top down concept van IGB. Een pragmatisch-flexibel concept als ‘adaptieve integrale actie’ lijkt ons voorlopig een beter passend concept voor de analyse en versterking van gezondheidsbevordering en bescherming.

Trefwoorden: responsieve evaluatie, integrale actie, provincie Noord-Brabant, gezonde stad

### **INLEIDING**

Bijna dertig jaar hebben overheden en uitvoeringsorganisaties nu ervaring opgedaan met diverse initiatieven voor ‘integraal gezondheidsbeleid’ (IGB). De internationale term voor IGB, ‘Health in All Policies’, wordt door de WHO gedefinieerd als ‘een benadering van overheidsbeleid over verschillende sectoren heen, waarin rekening wordt gehouden met de gezondheidseffecten van besluiten, waarmee synergie wordt gezocht, en waarmee schadelijke gezondheidseffecten worden vermeden om de publieke gezondheid en gezondheidsachterstanden te verbeteren’.<sup>1,2</sup> Studies naar de processen en opbrengsten van IGB laten zien dat implementatie en uitvoering vaak problematisch zijn.<sup>3-6</sup> Tegelijkertijd bieden evaluaties en analyses onvoldoende inzicht in de onderliggende keuzeprocessen van stakeholders die een rol hebben in de uitvoering.<sup>7</sup> Beide constatering nopen tot bezinning op één van de meest genoemde, maar vooralsnog ongrijp-

bare factoren: het creëren en behouden van draagvlak voor integrale beleidsvorming en integrale afstemming voor gezondheid.

### **Ervaringen met ‘integraal gezondheidsbeleid’**

Bij integraal gezondheidsbeleid spelen verschillende kwesties. Ten eerste manifesteert het zich in de beleidspraktijk in uiteenlopende vormen van afstemming en samenwerking tussen verschillende partijen. Deze pluriformiteit zien we terug in de verschillende begrippen waarmee integrale actie in de internationale literatuur wordt gedeut, zoals Health in All Policies (HiAP), healthy public policy, intersectoral action, Whole of Government en Whole of Society.<sup>8,9</sup>

Ten tweede bieden diverse studies van HiAP processen nog onvoldoende verklaring voor de beperkte uitkomsten in termen van duurzame beleidsverandering. Generieke succesfactoren voor HiAP<sup>10,11</sup> leiden volgens Wismar et al (2013) tot verschillende uitkomsten.<sup>7</sup> Kouvusalo (2010) constateert dat HiAP in de EU, ondanks de formele agendastatus vanaf 2006, niet tot implementatie komt en vooral een retorische waarde heeft in het creëren van beleidsruimte om het gezondheidsbelang te articuleren.<sup>3</sup> In Nederland constateerden Bekker (2007) en

<sup>1</sup> Health Services Research, Maastricht University, Academische Werkplaats Publieke Gezondheid Limburg, Maastricht

<sup>2</sup> Provincie Noord-Brabant, cluster Cultuur en Samenleving, Den Bosch

<sup>3</sup> GGD Zuid-Limburg, Maastricht

Steenbakkers (2012) dat de ambities van integraal beleid schuren met de politieke en hiërarchische verantwoordingsregels van hogere ambtenaren en managers binnen de gezondheidssector zelf. Volgens Wismar et al (2013) blijven dergelijke politieke en implementatieaspecten van integraal gezondheidsbeleid onderbelicht.<sup>7</sup> Zo wijten De Leeuw en Clavier (2011) de ‘mislukking’ van Healthy Public Policy (World Health Organisation, 1986) onder andere aan het ‘onvermogen van de gezondheidssector’ om burgers in de vorm van een ‘[un]healthy public’ als politieke factor te mobiliseren.<sup>4</sup>

De vraag in dit artikel luidt dan ook: Hoe komt draagvlak onder stakeholders voor integrale actie voor gezondheid tot stand? De term ‘integraal gezondheidsbeleid’ is bij de meeste stakeholders onbekend, roept soms weerstand op, en draagt de valkuil met zich mee dat het een papieren werkelijkheid betreft. Daarom gaan we er in dit artikel uit van ‘integrale actie’, waarbij beleid en activiteiten van verschillende sectoren of beleidsterreinen worden afgestemd om samenhang aan te brengen. De percepties en ervaringen van stakeholders hiermee geven een indicatie van het draagvlak. Voor het faciliteren van een stakeholderdialoog hier over is de methode van responsieve evaluatie in eerder onderzoek geschikt bevonden.<sup>12,13</sup> Deze hebben we toegepast in een casus van integrale actie: het Aspectbeleid Gezondheid van de provincie Noord-Brabant (hierna Brabant). Het provinciale perspectief is in integrale actie voor gezondheid tot nu toe onderbelicht gebleven, en biedt inzicht in het belang van een ‘makel- en schakelfunctie’ voor lokale integrale actie.

### Het aspectbeleid gezondheid van de provincie Noord-Brabant

In 2012 hebben de Provinciale Staten het College van Gedeputeerden opdracht gegeven om geen zelfstandig gezondheidsbeleid, maar een ‘aspectbeleid’ gezondheid te ontwikkelen. Enerzijds doet de provincie dit om een gezond leefklimaat te bevorderen waardoor jonge ondernemerstalenten zich blijvend vestigen in Brabant,<sup>14</sup> anderzijds om maatschappelijke onrust over gezondheidsrisico’s zoals de Q koorts vroeger te signaleren en adequaat te adresseren.<sup>15</sup> Het aspect gezondheid wordt door middel van een makelaarsfunctie van interne gezondheidsadviseurs in de provinciale kernopgaven en programma’s geagendeerd en geëvalueerd.<sup>15</sup> Deze functie kenmerkt zich door een mix van inhoudelijke en processtrategieën om ‘zorgvuldig vertrouwen te laten ontstaan. Dat kan alleen door argumenten te laten aansluiten bij de

### Kernpunten

- Het creëren en behouden van draagvlak voor integrale beleidsvorming is nog altijd een black box.
- De casus van het Aspectbeleid Gezondheid van de provincie Noord-Brabant biedt inzicht in het belang van een ‘makel- en schakelfunctie’ voor lokale integrale actie.
- Een belangrijke voorwaarde is dat gesprekspartners beschikken over een ‘lenige geest’: de persoonlijke attitude om gegeven de institutionele kokers en verantwoordingsregels flexibel te kunnen opereren om tot een oplossing te komen.
- In plaats van het top-down concept van Integraal Gezondheidsbeleid lijkt een pragmatisch-flexibel concept als ‘adaptieve integrale actie’ beter passend voor de analyse en versterking van integrale actie voor gezondheid.

belevingswerelden van betrokkenen. De verschillende belevingswerelden en belangen zijn in kaart gebracht en we communiceren inmiddels gericht per doelgroep met de juiste argumenten en informatie’.<sup>16</sup> De beleidsprestatie is gedefinieerd als: ‘Gezondheid is goed geïntegreerd in 10 provinciale kernopgaven’.<sup>17</sup> Vanwege de nieuwe manier van werken zoekt de provincie ook naar nieuwe methoden om de resultaten van het aspectbeleid te monitoren in voortgangsrapportages en evaluaties voor Gedeputeerde en Provinciale Staten.

### METHODEN

Eerst hebben we een literatuurstudie gedaan naar de responsieve evaluatiemethodiek.<sup>12,13,18,19</sup> De responsieve methode is toegespitst op het werkconcept ‘Gezonde Stad’, met als doel te verkennen hoe Brabantse gemeenten invulling geven aan een gezonde leefomgeving, en of (en hoe) de provincie daarin een faciliterende rol kan oppakken. Met twee van de eerdergenoemde gezondheidsmakelaars van de provincie Brabant en een onafhankelijke, ervaren gespreksleider van publieke dialogen hebben we een procesontwerp gemaakt, bestaande uit een

Tabel 1 Gezonde stad topiclijst

Provincie Noord-Brabant	
1	Welke activiteiten op uw terrein associeert u met een Gezonde Stad, een gezonde leefomgeving?
2	En wat doet u al op het terrein van een gezonde fysieke leefomgeving? Waar bent u trots op?
3	Welke beleidsterreinen zijn daarbij betrokken?
4	Hoe kan de verbinding tussen fysieke leefomgeving en gezondheid worden verbeterd?
5	Welk beeld heeft de burger volgens jullie van de fysieke leefomgeving? En welke behoeften hebben burgers op dit thema?
6	Wat zijn je ervaringen met de factoren of omstandigheden die het succes van dit beleid bepalen?
7	Waarom kan de gemeente ondersteund worden door de provincie?
Onderzoeker Universiteit Maastricht	
1	Hoe verloopt de agendering van gezondheids- of natuurkwesties of doelstellingen die over de grenzen van een beleidssector heen gaan? Hoe valt dat bij bestuurders, managers, en beleidsambtenaren? Hoe verkrijgt u steun? Tegen welke dilemma’s loopt u aan?
2	Hoe pakt u zo’n kwestie of doelstelling aan? Bijvoorbeeld heel planmatig of juist meer procesgericht, of allebei? Kunt u voorbeelden geven?
3	Hoe verloopt de samenwerking met andere sectoren binnen de gemeente op deze integrale aanpak natuur en gezondheid? Voorbeeld(en)?
4	Hoe verloopt de samenwerking met maatschappelijke en/of private organisaties en belanghebbenden op de integrale aanpak natuur en gezondheid?
5	Hoe staat de Gemeenteraad ertegenover?
6	Hoe kun je de voortgang goed inzichtelijk maken?
7	Wat kan de provincie voor toegevoegde waarde bieden aan het lokale gezondheidsbeleid, daar waar het gaat om economie, landbouw en cultuur?

**Tabel 2** Respondenten groepsinterviews

Gemeenten	Aantal respondenten
1 Bergen op Zoom	4
2 Roosendaal	5
3 Breda	3
4 Oosterhout	4
5 Waalwijk	3
6 Tilburg	2
7 's-Hertogenbosch	1
8 Uden	2
9 Oss	2
10 Eindhoven	2
11 Veghel	2
12 Helmond	4
Totaal	34

analyse van provinciale documenten over het aspectbeleid gezondheid, en een open topiclijst voor groepsinterviews met ambtenaren van verschillende afdelingen uit de twaalf grootste gemeenten in Brabant.

Aan de twaalf groeps gesprekken namen in totaal 34 beleidsadviseurs, afdelingshoofden en projectmanagers van twaalf verschillende gemeenten deel.

Op basis van de uitkomsten is een opzet gemaakt voor een responsieve stakeholderworkshop. Aan deze workshop hebben twaalf gemeentelijke beleidsadviseurs en afdelingshoofden van vijf verschillende beleidsterreinen uit acht gemeenten deelgenomen, en zes provinciale beleidsadviseurs van vijf verschillende beleidsterreinen. Dat zorgde voor voldoende thematische en hiërarchische diversiteit onder de aanwezigen om zicht te krijgen op verschillen in percepties en ervaringen.

De groeps gesprekken en de workshop zijn getranscribeerd en verslagen zijn teruggekoppeld naar de deelnemers met enkele controlevragen voor feedback en toetsing. De evaluatie van de responsieve methode hebben we beschreven in het aanpalende artikel 'Responsieve evaluatie van Integrale Actie (RIA) voor gezondheid'.<sup>20</sup>

## RESULTATEN

Achtereenvolgens bespreken we de stakeholderpercepties van een Gezonde Stad, percepties van gezondheid en gemeentelijk gezondheidsbeleid, en ervaringen met de agendering van integrale actie. In de hiernavolgende rapportage hebben de citaten een gemeentelijke codering die niet herleidbaar is naar bestaande coderingen.

### Een 'Gezonde Stad' in de ogen van gemeentelijke ambtenaren

Uit de gesprekken komen vier thema's naar voren die de verschillende beleidsterreinen met gezondheid verbind-

den: ontmoeting, duurzaamheid, een gezond vestigingsklimaat, en bewegen in de openbare ruimte.

#### 'Ontmoeting'

Medewerkers van afdelingen voor planologie, stedelijke ontwikkeling, beheer en mobiliteit associëren gezondheid behalve met de 'oude' elementen van riolering, veilig bouwen en verkeersveiligheid, vooral met een groene woonomgeving, veilige speelruimte voor de kinderen, de koppeling van fiets- en wandelroutes, en het bouwen van multifunctionele openbare ruimtes om 'ontmoetingen' te faciliteren tussen verschillende bewonersgroepen. *'Het hoeven niet alleen plekjes te zijn, maar het is meer het totaal plaatje van de inrichting. Zodat het meer multifunctioneel is en aanspreekbaar. (...) Want door de routes te koppelen, krijg je meteen meer uitwisseling met elkaar. Maar ook interactie en bewustwording. Ik denk dat als je het hebt over de gezonde leefomgeving dat het belangrijk is dat je in zo'n structuur zit.'* (G10). Als voorbeeld geven zij een bestaande herstructurering waarin meer groen in de wijk wordt aangelegd, de blootstelling aan geluid en fijn stof wordt beperkt, en de school en het buurtcentrum weer aantrekkelijk worden voor verschillende groepen bewoners. Ook heeft de gemeente, aanvankelijk met enige scepsis, maar uiteindelijk met groot succes, een bewonersinitiatief gefaciliteerd om met Vogelaargelden een trapveldje met speeltuin aan te leggen.

#### 'Duurzaamheid'

De meeste milieuadviseurs framen hun activiteiten als 'duurzaam': *'Gezondheid is één van de belangrijke kapitalen binnen duurzaamheid. Bij duurzaamheid heb je de driehoek people, planet, profit. Het gaat over geld verdienen, maar ook over milieu, en over welzijn. De gezonde burger zit er dus ook in.'* (G8). Als voorbeelden noemen zij het beleid voor duurzame energie, elektrisch vervoer en mobiliteit, dat als bijeffect de blootstelling aan uitstoot zal terugdringen, en de 'klimaatneutrale' stad waarin kwetsbare bewoners minder last ondervinden van hittestress.

#### 'Gezond vestigingsklimaat'

Daarnaast zien we dat sommige milieuadviseurs duidelijke relaties leggen met de stedelijke ontwikkeling en economie: *'Wij denken dat als je geen gezonde leefomgeving creëert, mensen niet goed kunnen functioneren. Je moet investeren in de omgeving. Gezondheid moet goed zijn anders kun je geen innovatieve regio en slimme stad zijn. Dat zijn we. Naast arbeid moet je ook rust kunnen nemen. Dat zijn elementen die ook georganiseerd moeten worden in een 24-uurs economie waar we langzamerhand in zitten.'*

**Tabel 3** Vertegenwoordiging beleidsterreinen

Beleidssterreinen	Interviews maart 2014	Workshop 27 mei 2014
Stedelijke ontwikkeling (ruimtelijke ordening, planologie, mobiliteit, openbare werken, natuur)	9	4
Milieu en duurzaamheid	11	8
Onderwijs	1	-
Economie	1	1
Sport	6	1
Maatschappelijke ontwikkeling (Zorg, Welzijn, Publieke Gezondheid)	6 (2 publieke gezondheid)	4 (alle gezondheid)
Totaal aantal respondenten	34	18

(G11). Zij verwijzen naar diverse voorbeelden van samenwerking met het bedrijfsleven en de wetenschap om lokale gezondheidseffecten van geluidsoverlast en uitstoot inzichtelijk te maken.

### **'Ongeorganiseerd sporten en bewegen in de openbare ruimte'**

De sportadviseurs zien mogelijkheden om burgers via de openbare ruimte te stimuleren om ongeorganiseerd te sporten en bewegen: *'Hoe kun je zorgen dat het niveau van het sporten bij die vereniging ook de wijk in komt? Dan heb je dus o.a. een goed ingerichte openbare ruimte nodig die dat mogelijk maakt. Trapveldjes, basketbalveldjes, Cruiffcourts en daar hebben we er nog veel meer van nodig. Het gaat dus niet alleen om de fysieke ruimte, maar ook om hoe je mensen kunt faciliteren en helpen om te doen wat de overheid van ze vraagt. Ik denk dat dat een redelijk onontgonnen terrein is.'* (G5). Als voorbeeld wordt door sportadviseurs verwezen naar Jongeren Op Gezond Gewicht (JOGG), waarin publiek-private coalities worden gesmeed om een gezonde leefstijl te stimuleren.

Veel respondenten geven als kanttekening dat burgers deze vier elementen, maar ook risico's in de leefomgeving, heel verschillend beleven. De activiteiten die de respondenten zelf associëren met de Gezonde Stad worden vrijwel niet geframed als een gezondheidsinterventie. De vraag of gezondheid dan wordt beschouwd als 'secundaire winst' wordt door veel deelnemers beaamd. Het begrip Gezonde Stad roept daarentegen veel onduidelikheden op. Dit belichten we in de volgende paragraaf.

### **Gemeentelijk gezondheidsbeleid in de ogen van gemeentelijke ambtenaren**

Veel van de deelnemers vragen zich af of gezondheid wel zo centraal staat of zou moeten staan, en wat er dan onder zou moeten worden verstaan: *'Wat versta je onder gezondheid, lichamelijk of ook welzijn? Er is nu een onderzoek dat de mensen in de Randstad het gelukkigst zijn en de mensen aan de randen van Nederland minder gelukkig. Dat is in strijd met de fysieke leefomgeving, want in de Randstad is er de meeste uitstoot en geluidsoverlast etc. Blijkbaar moet ik me dat anders voorstellen.'* (G5). Na het bespreken van verschillen in beleving van hinder door intensieve veehouderij en vliegverkeer tussen mensen die er al lang wonen en nieuwkomers, stelt een ander: *'Dat is ook het hele moeilijke, volksgezondheid is maar net hoe je het zelf beleeft.'* (G2). Andere ambtenaren beschrijven hun ervaring dat er groepen burgers zijn voor wie gezondheid niet de hoogste prioriteit heeft: *'Het gaat hier om heel basale zaken voor de mensen, betaalbare huisvesting (...), dat ze werk hebben en geen drugsproblemen in die wijk. Gezondheid is voor hen best belangrijk, maar dat zoeken ze niet in hun woning of in de wijk... En groen is ongezond in hun ogen.'* (G8). *'De sociale cohesie vinden ze belangrijk, echte gezondheid zoals leefstijlverbetering, dat vinden ze niet zo belangrijk.'* (G7). Sommige respondenten geven aan dat in de Nota Gezondheidsbeleid meestal geen relatie wordt gelegd met de openbare ruimte of de fysieke beleidsterreinen. Overall lijken de stakeholderopvattingen van een Gezonde Stad te contrasteren met die van gemeentelijke

gezondheidsadviseurs. De deelnemende stakeholders onderhouden dan ook geen relaties met de gemeentelijk gezondheidsadviseur, en er is nauwelijks beleidsmatige, alleen projectmatige samenwerking met de GGD.

Hoe komt gezondheid dan toch op andere beleids- en planningstafels terecht? Zaken als gezondheid, milieu, veiligheid, en emancipatie van 'kwetsbare groepen' worden door enkele deelnemers beschouwd als ambtelijke zorgvuldigheidscriteria, waarop bestuurders en ambtenaren blind zeggen te vertrouwen. *'Ik hoor bestuurders er nooit over, maar ze vertrouwen erop dat wij dat ambtelijk goed georganiseerd hebben, gezondheid, milieu, veiligheid.'* (G9). *'Maar wij vertrouwen als organisatie blind erop dat aspecten als gezondheid gewoon meegenomen worden in planvorming van collega's en dat gebeurt ook eigenlijk consequent.'* (G10). Tegelijkertijd is dat blinde vertrouwen bij andere deelnemers wel eens geschaad.

### **Ambtelijke ervaringen met de agendering van integrale actie**

Gevraagd naar hun ervaringen met het agenderen van het milieubelang en met integrale actie beschrijven de milieuvelders een groeiende ontevredenheid met een milieubeleid dat uitsluitend gericht is op het voldoen aan wettelijke normen: *'De wethouders van de B5 [provinciaal platform voor vijf grootste gemeenten van Brabant] zeiden vijf jaar terug: 'die norm moeten we halen' maar er was ontzettend veel discussie over of we de norm nu wel of niet, of net halen, dan was het mooi weer en dan zat je weer net aan de goede of niet aan de goede kant van de [lucht]norm. Dat was politiek niet meer uit te leggen, iedereen werd er knettergek van. Toen zijn we terug gegaan naar: "waarom doen we dit eigenlijk?" Het gaat om de gezondheid, het gaat helemaal niet om de norm.'* (G8). De wettelijke grenswaarden werken soms dus verlamdend op de beleidsuitvoering. In de workshop werd dat vertaald naar de vraag: *'Hoe breng je de discussie van milieu (de norm) terug naar gezondheid (de waarde)?'*

In de provinciale overlegstructuur voor de grote steden ('Brabantstad') wordt 'gezondheid' behalve als kernwaarde ook als label gebruikt om een positieve 'Schwung' te geven: *'We [de B5 duurzaamheid] hebben dat motto 'Gezondheid voorop' natuurlijk ook gedaan omdat als je kijkt naar bodem, lucht, energie of veiligheid, dat was een beetje passé. Dus door gezondheid, groen en klimaatneutraal voorop te stellen weten we dat we de oren gespitst krijgen. Dat is voor ons dan meer een voertuig om die andere onderwerpen op de agenda te krijgen.'* (G9). Daarbij speelt ook dat een bestuurder zich niet goed kan profileren of onderscheiden met een beleid gestoeld op 'risico's', een risico straalt geen positieve waarde uit. Veel deelnemers geven aan dat positieve labeling werkt om de aandacht van bestuurders te krijgen, omdat zij daarmee de stad kunnen promoten: *'Dus het [JOGG] gaat ook over: hoe profileer je je stad? Gezondheid is hier het item.'* (G3).

Rapportages over gezondheidseffecten bevatten echter vaak vooral technische analyses en taalgebruik: *'[bij geluidsoverlast] daar speelt ook de communicatie mee over gezondheidsaspecten, en dan ga je 3,2 dagen eerder dood, nou dat is niet sexy, daar krijg je geen politieke handen voor*

op elkaar.’ (G8). Ook tijdens de workshop wordt geconstateerd dat het verhaal achter integraal gezondheidsbeleid een erg technische uitstraling heeft, evenals de GGD in het algemeen. Goede inhoudelijke argumenten vindt men van groot belang, maar de vraag rijst wie nu eigenlijk het politieke handwerk verricht voor gezondheid. Wie is de politieke entrepreneur?

Volgens een ervaren teamleider milieu straalt het streven naar integraal werken een bepaalde naïviteit uit die soms contraproductief kan uitpakken. Het vraagt om ervaring in het politieke handwerk. In de workshop komt dit ook aan de orde: je moet weten ‘hoe de hazen lopen’, ‘hoe het spel wordt gespeeld’, ‘je niet met een kluitje in het riet laten sturen’. Hij suggereert dat je dit niet uit een boek kunt leren maar vooral ontwikkelt door in de praktijk te ‘doen’ en daarvan te leren: ‘Als je, als oude rot, op basis van ervaring in staat bent om heel veel dingen met elkaar te verbinden met de buitenwacht. Je moet de taal een beetje spreken, en zij moeten weten dat ze jou niet voor de gek kunnen houden, dat je door mooie praatjes heen prikt. Af en toe is bluf en lef ook belangrijk, zeker bij de lefgozers die bij Projectontwikkeling zitten. (...) Dat vraagt wel veel overtuigingskracht. (...) Maar het kan ook zijn dat [we] gezondheid willen bevorderen via de economie. Je moet daar wel een lenige geest voor hebben.’ (G9).

Dus hoe agendeer je als ambtenaar een thema dat binnen de gemeente géén bestuurlijke of management-prioriteit heeft? Verschillende deelnemers starten vanuit een reflectie op wat in hun ervaring niet heeft gewerkt. Een belangrijk ijkpunt is volgens verschillende deelnemers dat er geen verwachtingen worden gecreëerd die je niet kunt waarmaken. Ook de ‘activistische’ benadering werkt contraproductief: ‘Dat [milieu of gezondheids]activisme helpt dan niet. (...) Het botst met iedereen en daardoor wil niemand echt met hem samenwerken.’ (G12). Bestuurlijke agendering door ambtenaren is een subtiel spel: als ambtenaren een voorstel zodanig onderbouwen dat er geen keuze alternatief mogelijk lijkt, kunnen bestuurders de neiging vertonen juist tegen het voorstel in te besluiten. ‘Bestuurders willen het niet door ambtenaren voorgeschreven krijgen.’ (provincieambtenaar).

Als steun binnen de gemeente ontbreekt, benoemen verschillende deelnemers hoe je anderen binnen en buiten de overheid kunt mobiliseren om het thema via een externe route alsnog te agenderen. Voorbeelden zijn de medische autoriteit van artsen, die in het openbaar de luchtkwaliteit of het alcoholmisbruik onder jongeren bekritisieren; en het wetenschappelijke gezag van academici in aanpalend beleidsonderzoek. Ook maatschappelijke organisaties en burgers krijgen vanuit de overheid soms het voortouw: ‘[M.b.t. JOGG]: Als je die bedrijven hebt, die gaan dan ook andere partijen benaderen. Dan ben je als gemeente niet langer de zeurpiet die weer iets komt vragen. (...) Maar die [rol] moet je dan ook wel belangrijk maken, en hun de inbreng geven die daar recht aan doet. (...) dan willen ze ook meedenken, en niet een kant en klaar plan van de gemeente uitvoeren en door de strot geduwd krijgen.’ (G3). De electorale macht die deze groepen van medische professionals, wetenschappers en bedrijfsleven vertegenwoordigen is een bron van legitimiteit voor

bestuurders. De vaak genoemde ambtelijke ‘vierde’ macht ontbeert die bron van bestuurlijk-maatschappelijke legitimiteit: niemand zal op een bestuurder stemmen omdat die de voorstellen van zijn ambtenaren heeft gevolgd.

Het bedrijfsleven staat hier niet altijd voor open: er zijn grote verschillen tussen gemeenten en de typen bedrijven of bedrijvigheid waar de lokale economie op leunt. De lokale of regionale verbondenheid verschilt enorm, en daarmee de bereidwilligheid van bedrijven om aan dergelijke gezondheidsinitiatieven mee te werken: ‘We hebben grote logistieke bedrijven (...). Een aantal bedrijven zijn behoorlijk footloose. Dus dat betekent als een potentiële opdrachtgever zegt: ik wil dat jullie de plant verplaatsen naar Duitsland, dan kan het zo zijn dat ze binnen een week naar Duitsland zijn. Dat soort bedrijven zijn dan ook minder bereid om te investeren in de stad.’ (G4). Bedrijven moeten er dus direct zelf belang bij hebben: ‘Je hebt voor het initiatief – niet alleen van beheer en onderhoud – een drager nodig die daar misschien wel beroepsmatig in investeert.’ (G10)

Ook burgers kunnen worden gemobiliseerd, bijvoorbeeld in het beheer van de openbaar groen of in het opzetten van vrijwilligersactiviteiten die voorheen werden gesubsidieerd. Plattelandsgemeenten met kleinere kernen lijken in het voordeel: ‘In de kernen zeggen de bewoners: ja, dat gaan we doen, terwijl de wijkraden [in de stad] zeggen: ja ho eens even, waarom betalen wij OZB belasting?’ (G3).

Zelfs als het lukt om externe partijen te mobiliseren moeten de managers, als het op gespannen voet staat met organisatiebelangen, van dat belang overtuigd worden. Behalve de planning en control cyclus, waarin afdelingsoverstijgende activiteiten geen (financiële) meerwaarde opleveren, geven respondenten aan dat er ook spanningen ontstaan met de juridische afdelingen en handhavingsfunctionarissen, omdat van hen wordt verwacht dat zij de regels handhaven en veranderen. Ook het gemeentelijk beheer komt onder druk te staan omdat taken verschuiven naar de burger.

Volgens een ervaren teamleider vraagt het agenderen van gezondheid, milieu of duurzaamheid als secundaire bijvangst van beleid een ‘lenige geest’ van de initiator én de beoogde partners. Deze ‘lenigheid van geest’ lijkt vooral betrekking te hebben op de persoonlijke attitude om gegeven de institutionele kokers en verantwoordingsregels flexibel te kunnen opereren. Het gaat om het voor ogen houden van de langere termijn, het bewustzijn van je eigen afhankelijkheid van anderen voor het realiseren van je doelen, jezelf tijdelijk kunnen wegcijferen, je openstellen voor de kwesties en prioriteiten van de ander voordat je een verbinding legt met je eigen agenda, je dienstverlenend opstellen, tevreden zijn met een gezamenlijk optimum in plaats van jouw eigen maximale doelstelling.

## CONCLUSIE

In dit artikel staat de vraag centraal hoe draagvlak onder stakeholders voor integrale actie voor gezondheid tot stand komt. Daartoe hebben we in samenwerking met de provincie Brabant een responsieve evaluatie opgezet waarin 34 gemeentelijke stakeholders van verschillende

beleidsterreinen bevraagd zijn op hun percepties van een Gezonde Stad, en hun ervaringen met het agenderen van integrale actie.

De percepties van een Gezonde Stad leveren een beeld op van een duurzame stad met een gezond vestigingsklimaat voor talentvolle ondernemers en werknemers, die in de openbare ruimte ontmoetingen faciliteert tussen verschillende sociale groepen, en bewegen en sporten in de openbare ruimte aantrekkelijk maakt. Tegelijkertijd geven de stakeholders duidelijk aan dat hoewel er gezondheidsaspecten aan hun werk zitten, zij weinig reden zien om daar gezondheidsadviseurs bij te betrekken.

Stakeholderervaringen met het agenderen van integrale initiatieven laten zien dat men vooral heeft geleerd van wat niet werkt: een activistische benadering, het uitsluitend vertrouwen op wetenschappelijke 'bewijs', en een beroep op een morele overtuiging dat gezondheid (of milieu) de belangenafweging overstijgt. Het mobiliseren van een wetenschappelijke of medische autoriteit lijkt vooral gebaseerd op de reputatie van de persoon die de kennis uitdraagt. En dat milieubestuurders terug willen naar de gezondheidswaarde als uitgangspunt voor beleid is niet gebaseerd op morele overtuiging maar op de ervaring dat wettelijke grenswaarden soms verlamd werken op de beleidsuitvoering. Diverse stakeholders ervaren de publieke gezondheidssector als technocratisch en vragen zich af wie het politieke ondernemerschap van dit belang vertegenwoordigt. Het werkt volgens de stakeholders wel om draagvlak te creëren door voorstellen een positief label te geven, waarmee bestuurders zich kunnen profileren. Ook helpt het om gebruik te maken van medewerkers met veel ervaring in het 'politieke handwerk' en die de bestuurder(s) goed kennen. Ten slotte bestaat één van de belangrijkste agenderingsstrategieën van ambtenaren uit het mobiliseren van externe actoren: bedrijfsleven, een wetenschappelijke of medische autoriteit, of groepen georganiseerde burgers.

De benodigde 'lenigheid van geest' maakt duidelijk dat de noodzaak tot afstemming het proces eerder doelzoekend dan doelgericht maakt: het verbinden van kennis, ervaring en andere bronnen voor actie, en het komen tot een gedeelde ambitie en doelstelling zijn eerder een uitkomst dan input voor een gezamenlijk proces.<sup>21</sup> De onzekerheden die voortkomen uit deze afhankelijkheid van andere sectoren zijn alleen hanteerbaar door te investeren in de geloofwaardigheid en het vertrouwen tussen de partners.

Voor een Gezonde Stad is een lenige geest van betrokken partners van groot praktisch belang voor het onmisbare politieke handwerk om draagvlak voor integrale actie te creëren én te behouden. Behalve aandacht hiervoor in opleidingen is de gezondheidssector gebaat bij multidisciplinaire samenwerking met bestuurs-, organisatie- en veranderkundigen met expertise op dit vlak. Bovenal wijzen de bevindingen uit deze studie naar de agendering van integrale actie op het belang van het benutten van lokale politiek-bestuurlijke ervaringskennis en relaties bij ambtenaren, directeuren en bestuursstaf. Inhoudelijk zijn er voldoende raakvlakken tussen sectoren maar de uit-

daging ligt in het creëren en behouden van positieve relaties om gezamenlijk te bouwen aan een Gezonde Stad.

## **DISCUSSIE**

De responsieve evaluatie is geëvalueerd met de provinciale gezondheidsmakelaars, de gespreksleider, en de deelnemers. De reacties waren positief. De responsieve evaluatie heeft daarmee een geloofwaardig en authentiek beeld opgeleverd van de stakeholderpercepties en ervaringen in deze casus. De bevindingen uit dit onderzoek zijn niet zonder meer te generaliseren naar andere gemeenten, provincies en onderwerpen. Wel kunnen ze een indicatie geven van de percepties en ervaringen van ambtenaren elders. Om zicht te krijgen op de beelden en ervaringen van burgers, bedrijfsleven en andere maatschappelijke stakeholders van een Gezonde Stad is aanvullend onderzoek nodig. De gebruikte methode in dit onderzoek lijkt ook geschikt voor deze stakeholders. Afhankelijk van de ervaren gemeenschappelijkheid of diversiteit en zelfs polarisatie kan worden gekozen voor verschillende werkvormen voor de dialoog, zoals de heterogene stakeholderworkshop, de bilaterale dialoog, maar ook een vignettenstudie of andere narratieve werkvormen.<sup>20</sup>

De pragmatische 'lenigheid van geest' contrasteert met de gezondheidstheoretische concepten van integraal gezondheidsbeleid en HiAP, die uitgaan van een allesomvattend model van 'gezondheidsdeterminanten'. Deze begrippen roepen bij de stakeholders tegenstrijdige reacties op: zo vormen 'integraal' en 'gezondheid' een contradictio in terminis, en 'HiAP' verwoordt een statische benadering waar een dynamisch veranderperspectief passender is: wat nodig is, is niet zozeer een statische situatie waarin al het beleid rekening houdt met gezondheid (en wanneer is het dan goed genoeg?), maar veeleer een flexibel werkproces van pragmatische interactie, coördinatie, afstemming, en, waar nodig en mogelijk, samenwerking.

Daar komt nog bij dat de onderlinge verhoudingen tussen verschillende stakeholders, zoals gemeenten en burgers, maar ook het bedrijfsleven in publiek-private werkvormen, onder invloed van de veranderende tijdgeest gaan verschuiven. Gemeentelijke stakeholders presenteren in dit onderzoek kansen maar ook dilemma's voor het faciliteren van burgerinitiatieven. Waar in de meeste gemeenten het burgerinitiatief enthousiast wordt omarmd, sijpelt in andere gemeenten een nog erg top down perspectief door waarin de overheid verwachtingen op de burger projecteert, in plaats van de burger de ruimte en mogelijkheden te bieden voor zelfsturing. IGB is in die zin ook een top down perspectief waarvan we ons kunnen afvragen of dat nog voldoende past bij de huidige tijdgeest en beleidstrends. Een lenige geest is ook hier nodig om burgerpercepties en ervaringen centraal te stellen. Uit de empirische analyse lijkt een concept als 'adaptieve integrale actie'<sup>22</sup> ons voorlopig passender om dergelijke processen te analyseren en te versterken.

## NOOT

Dit onderzoek werd mogelijk gemaakt door ZonMw (dossiërnummer 200400018, 2012-2014). Wij danken de leden van het Consortium i4i, Klasien Horstman, en alle respondenten van dit onderzoek voor hun bijdragen aan dit artikel.

## ABSTRACT

*The importance of flexible mindset. Setting the agenda for integrated action on a Healthy City.*

In this article we question how support among stakeholders for integrated action on health is built and maintained. In collaboration with health policy advisors at the province of North-Brabant and an independent professional dialogue facilitator we set up a responsive evaluation among 32 municipal policy officers from different policy domains, addressing their perceptions of a Healthy City and their experiences in agendasetting of integrated action in general. Perceptions consist of a 'sustainable' city with a 'healthy climate for settlement of talented entrepreneurs and skilled labour force', which facilitates 'interactions between different social groups', and attracts citizens to 'engage in physical exercise and sports'. Despite the overlap in perceptions, policy officers do not maintain structural relationships with the health policy officer nor health services. Policy officers involved in integrated action on other topics have mostly learned from experience that which did not work: an activist approach, relying solely on scientific evidence, or on the moral superiority of health over other policy topics. An important agendasetting strategy familiar to all policy officers consists of mobilising external influential actors. Furthermore, it seems crucial to develop a flexible mindset: the personal attitude and capacity –given the institutional pillarisation of policy sectors and accountability regimes– to operate in an adaptive and supportive manner. This contrasts with the top down concept of integrated health policy. The pragmatic and flexible concept of adaptive integrated action seems to be a more suitable concept for analysing and strengthening integrated health-related action. **Keywords:** responsive evaluation, integrated action, province North Brabant, Healthy City

## LITERATUUR

1. WHO. Health in All Policies (HiAP). Framework for Country Action. Geneva: WHO, 2014.
2. European Commission. The EU explained: public health. Luxembourg: EU, 2013.
3. Koivusalo M. The state of Health in All policies (HiAP) in the European Union: potential and pitfalls. *J Epidemiol Commun Health* 2010;64:500-3.
4. Leeuw E de, Clavier C. Healthy public in all policies. *Health Promot Int* 2011;26(Suppl 2):ii237-ii244.
5. Bekker M. The Politics of Healthy Policies. Redesigning Health Impact Assessment to integrate health in public policy. Rotterdam: Erasmus University Rotterdam, 2007.
6. Steenbakkens M, Jansen M, Maarse H, de Vries N. Challenging Health in All Policies, an action research study in Dutch municipalities. *Health Policy* 2012;105:288.
7. Wismar M, McQueen D, Lin V, Jones C, Davies M. Rethinking the politics and implementation of health in all policies. *Isr J Health Policy Res* 2013;2:17.
8. Harting J, Pauwe L, Stronks K. Theoretische perspectieven op intersectorale samenwerking en integraal beleid. Een thematische review. Amsterdam:AMC, 2011, p. 56.
9. Freiler A, Muntaner C, Shankardass K, Mah C, Molnar A, Renahy E, et al. Glossary for the implementation of Health in All Policies (HiAP). *J Epidemiol Commun Health* 2013;67:1068-72.
10. Gase LN, Pennotti R, Smith KD. "Health in All Policies": taking stock of emerging practices to incorporate health in decision making in the United States. *J Public Health Manag Pract* 2013;19:529-40.
11. Storm I, Harting J, Stronks K, Schuit AJ. Measuring stages of health in All Policies at a local level: the applicability of a maturity model. *Health Policy* 2014;114:183-91.
12. Abma TA. Responsive evaluation in health promotion: its value for ambiguous contexts. *Health Promot Int* 2005;20:391-7.
13. Abma T. Responsive Evaluation: the Meaning and Special Contribution to Public Administration. *Public Adm* 2004;82:993-1012.
14. Provincie Brabant. De Agenda van Brabant. Den Bosch: Provincie Brabant, 2010. [www.brabant.nl/agendavanbrabant](http://www.brabant.nl/agendavanbrabant)
15. College van Gedeputeerde Staten Provincie Brabant. Startnotitie Provinciaal Gezondheidsbeleid. Den Bosch: Provincie Brabant, 2011.
16. Provincie Brabant. Statenmededeling Voortgangsnotitie Aspectbeleid Gezondheid. 10 februari 2014. Den Bosch: Provincie Brabant, 2014.
17. Provincie Brabant. Voortgangsnotitie Aspectbeleid Gezondheid. 26 oktober 2012. Den Bosch: Provincie Brabant, 2012.
18. Stake RE. Program Evaluation Particularly Responsive Evaluation\*. *J Multidisciplin Eval* 2010;7:180-201.
19. Abma TA, Widdershoven GAM. Responsieve methodologie. Interactief onderzoek in de praktijk. Den Haag: Lemma, 2006.
20. Bekker MPM, Mutsaers B, Dumont R, Boers E, Jansen M. Responsieve evaluatie van Intersectorale Actie (RIA): een methode voor monitoring en stakeholderdialogue over gezondheidsgerelateerde actie. *Tijdschr Gezondheidswet* 2015;93:225-33.
21. Koppenjan J, Klijn EH. Managing uncertainties in networks. London: Routledge, 2004.
22. Brunner RD. Adaptive governance as a reform strategy. *Policy Sci* 2010;43:301-41.

## CORRESPONDENTIEADRES

Dr. M.P.M. Bekker, Health Services Research, Maastricht University, Academische Werkplaats Publieke Gezondheid Limburg, Maastricht, tel. 043 -38 81570, e-mail: [m.bekker@maastrichtuniversity.nl](mailto:m.bekker@maastrichtuniversity.nl).