

Gezondheidseffectschatting

Integraal gezondheidsbeleid: theorie en toepassing



# Gezondheidseffectschatting

*Integraal gezondheidsbeleid: theorie en toepassing*

Manon Penris en Lea den Broeder



Centrum voor Volksgezondheid Toekomst Verkenningen

RIVM, Postbus 1, 3720 BA Bilthoven, telefoon: 030 - 274 91 11; fax: 030 - 274 29 71

## colofon

### *Auteurs:*

Manon Penris en Lea den Broeder

### *Eindredactie:*

Marc van Bijsterveldt, Baarn

### *Vormgeving, druk en afwerking:*

Studio RIVM

### *Distributie:*

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu

Postbus 1, 3720 BA Bilthoven

Tel 030 - 274 91 11

Fax 030 - 274 29 71

[www.rivm.nl](http://www.rivm.nl)

Een publicatie van het

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu

Postbus 1

3720 BA Bilthoven

Auteursrecht voorbehouden

© 2004 Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven

Aan de totstandkoming van deze uitgave is de uiterste zorg besteed. Voor informatie die nochtans onvolledig of onjuist is opgenomen, aanvaarden redactie en auteurs geen aansprakelijkheid. Voor eventuele verbeteringen van de opgenomen gegevens houden zij zich gaarne aanbevolen.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het RIVM.

Voorzover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16b Auteurswet 1912 juncto het Besluit van 20 juni 1974, Stb. 351, zoals gewijzigd bij het besluit van 23 augustus 1985, Stb. 471, en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht, Postbus 882, 1180 AW Amstelveen. Voor het overnemen van gedeelten uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

RIVM-rapportnummer: 270851002

## INHOUDSOPGAVE

INLEIDING 7

HOE WERKT EEN GEZONDHEIDSEFFECTSCHATTING? 11

DE VIER FASEN IN EEN GEZONDHEIDSEFFECTSCHATTING 15

Fase 1: de screening 16

Fase 2: de scoping 19

Fase 3: de gezondheidseffectbeoordeling 23

Fase 4: de beleidsbeïnvloeding 29

EVALUATIE 33

BIJLAGEN 37

Bijlage 1: checklist screening 38

Bijlage 2: informatiematrix scoping 39

Bijlage 3: checklist scoping 40

Bijlage 4: checklist rapid appraisal 41

Gebruikte bronnen 48



## INLEIDING

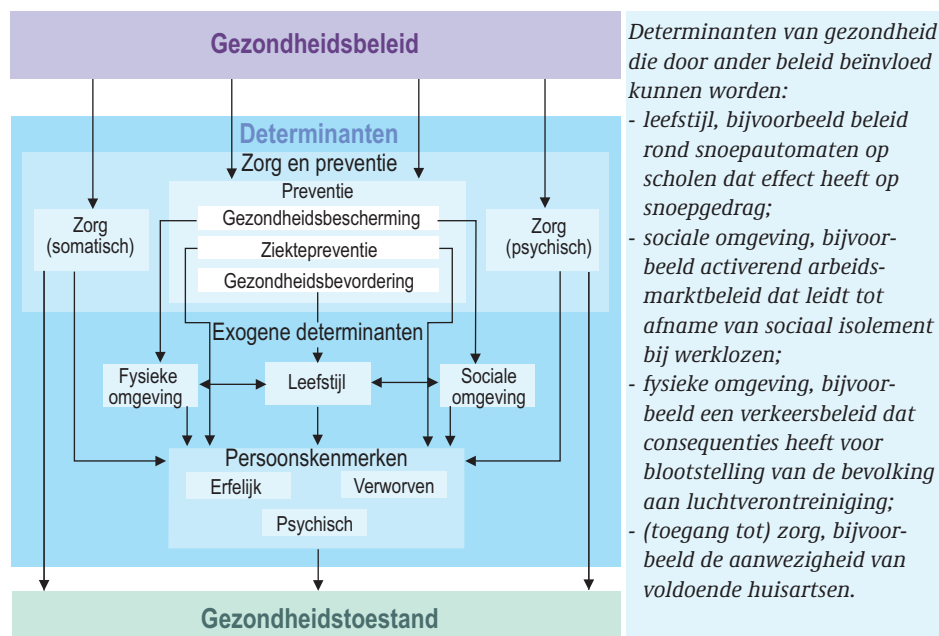
### Wat is gezondheid?

Gezondheid is meer dan de afwezigheid van ziekte. De Wereldgezondheidsorganisatie WHO omschrijft gezondheid als een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en sociaal welzijn. Een goede gezondheid is voor de meeste mensen het grootste goed. Zij kunnen er zelf aan bijdragen door een gezonde leefstijl. Maar gezondheid is niet alleen afhankelijk van het eigen doen en laten. Goed en toegankelijk onderwijs, een prettige leefomgeving en veilige arbeidsomstandigheden zijn bijvoorbeeld essentieel voor het behouden en bevorderen ervan. Zelfs gevoelens van (on)veiligheid laten hun invloed gelden op de gezondheid van mensen.

Gezondheid wordt beïnvloed door veel verschillende factoren, de zogeheten determinanten van gezondheid. Deels zijn dit factoren waarop beleid geen invloed heeft, zoals genetische kenmerken. Maar andere determinanten zijn wel door beleid te beïnvloeden: leefstijl, (toegang tot) zorg en preventie, en de fysieke en sociale omgeving.

### Wat is integraal gezondheidsbeleid?

In integraal gezondheidsbeleid (ook wel facetbeleid genoemd) wordt het aspect gezondheid meegenomen en meegewogen in beleid op andere terreinen dan de volksgezondheid. Het is dus beleid dat buiten de strikte volksgezondheidsfeer valt, maar waarbij toch sprake is van het voorkómen van gezondheidsschade en/of het bevorderen van gezondheid. Voorbeelden hiervan zijn prijsprikkels, heldere informatie over 'gezonde' en 'ongezonde' producten, en de inrichting van de werkplek of de



gebouwde omgeving. Deze maatregelen en omstandigheden kunnen de burger tot gezonde keuzes verleiden of ongezond gedrag ontmoedigen. Behalve overheden (gemeenten, ministeries, Europese Unie) kunnen ook andere actoren integraal gezondheidsbeleid uitvoeren, bijvoorbeeld bedrijven.

Bij integraal gezondheidsbeleid is het vooral van belang oog te hebben voor de determinanten die de gezondheid mede beïnvloeden. Deze determinanten worden op hun beurt weer beïnvloed door beleid vanuit andere ministeries of beleidsafdelingen dan die van volksgezondheid.

## Wat is een gezondheidseffectschatting?

Een van de manieren om integraal gezondheidsbeleid te helpen vormgeven is de gezondheidseffectschatting (GES). Dit is een combinatie van methodes, procedures en instrumenten, waarmee een beleidsvoorstel, programma of project beoordeeld kan worden op effecten op de gezondheid van een bepaalde populatie, en de verdeling van die effecten binnen die populatie. De GES is een flexibele methode die zowel geschikt is voor het onderzoeken of beoordelen van brede beleidsdoelstellingen van een ministerie, als van zeer concrete voornemens in een wijk. De methode is te gebruiken op allerlei niveaus: lokaal (in gemeenten of zelfs wijken), landelijk en internationaal.

De methode wordt al een aantal jaren gebruikt om de gezondheidseffecten van beleid te onderzoeken. Zo heeft het team Integraal Gezondheidsbeleid (voorheen Ondersteuningsfunctie Facetbeleid van de Netherlands School of Public & Occupational Health) in de jaren 1996-2003 voor het ministerie van VWS gezondheidseffectschattingen uitgevoerd op onder andere de energiebelasting voor chronisch zieken en gehandicap-



© Luuk van der Lee / Hollandse Hoogte

*De schoolkantine kan bijdragen aan gezondheid van jongeren.*



ten, de tabakswetgeving en de nota 'Mensen, Wensen, Wonen' van het ministerie van VROM. Ook de meerjarenontwikkelingsprogramma's van het Grotestedenbeleid in vier grote steden in Nederland en het Europees werkgelegenheidsbeleid zijn door dit team onder handen genomen.

## Waarom is een gezondheidseffectschatting nuttig?

De voordelen van GES op een rij:

- GES is een werkwijze die mensen uit verschillende sectoren bijeenbrengt. Het zet gezondheid hoger op de agenda van andere sectoren en kan zo het startpunt zijn voor integraal gezondheidsbeleid.
- GES is een goede manier om verschillende actoren bij de beleidsvorming te betrekken: beleidsmakers, professionals, belanghebbenden en burgers.
- GES kijkt niet alleen naar gezondheidseffecten op zich, maar ook naar de verdeling van die effecten. De methode beschrijft verschillen tussen mannen en vrouwen, leeftijdsgroepen, etnische groepen en groepen met een verschillende sociaal-economische status.
- GES maakt beleid rationeel; ze voorziet beleidsmakers of de ontwerpers van programma's en projecten van aanbevelingen die op deugdelijke informatie gestoeld zijn.
- GES helpt bij het vormgeven van gemeentelijk gezondheidsbeleid door kansen voor gezondheidsbevordering of -bescherming op te sporen. Wanneer GES structureel wordt toegepast, is ze op zichzelf een vorm van integraal gezondheidsbeleid.

## Wie kan een gezondheidseffectschatting uitvoeren?

Het initiatief voor GES kan liggen bij:

- beleidsmakers op het gebied van volksgezondheid en welzijn;
- beleidsmakers op andere terreinen, die willen bekijken of hun beleid wellicht gevolgen heeft voor de volksgezondheid;
- professionals, zoals GGD-medewerkers;
- belangengroepen, zoals een buurtcomité of patiëntenvereniging;
- onderzoekers.

Door burgers of andere belanghebbenden te laten participeren in een GES, wordt het draagvlak voor beleid vergroot. De betrokkenheid die zo ontstaat, biedt daarnaast de mogelijkheid om extra informatie te verkrijgen, bijvoorbeeld over hoe burgers in een bepaalde wijk zelf over hun gezondheid oordelen.

**Niveaus van participatie door burgers:**

- Informatie: burgers worden geïnformeerd over de GES, bijvoorbeeld over de eindresultaten.
- Consultatie: burgers worden om hun mening gevraagd, bijvoorbeeld wat betreft belangrijke gezondheidseffecten die onderzocht moeten worden.
- Samen beslissen: burgers beslissen mee over de GES en zitten bijvoorbeeld in een begeleidingscommissie of stuurgroep.
- Samen handelen: burgers nemen actief deel aan het GES-proces en organiseren bijvoorbeeld bijeenkomsten in een wijk.
- Ondersteunen van initiatieven: burgers nemen het initiatief voor de GES en dragen verantwoordelijkheid voor de uitvoering ervan. Professionals leveren kennis en ondersteuning.

## Voor wie is deze publicatie bedoeld?

Deze handreiking is bedoeld voor iedereen in en buiten het veld van de volksgezondheid die aan de slag wil met een gezondheidseffectschatting. Dit zijn bijvoorbeeld medewerkers van het ministerie van VWS of andere ministeries, medewerkers van de afdeling Volksgezondheid van gemeenten of hun collega's van andere afdelingen, en professionals in de openbare gezondheidszorg, zoals GGD-medewerkers. Ten slotte is deze handreiking ook bestemd voor belangenorganisaties en andere (niet-overheids)organisaties die besluiten een gezondheidseffectschatting uit te (laten) voeren.

In deze publicatie beschrijven we eerst in algemene termen de werkwijze van een gezondheidseffectschatting. Vervolgens komen de vier fasen ervan een voor een aan de orde. De theoretische beschrijving wordt steeds gevolgd door een concreet voorbeeld uit de praktijk. In de bijlagen vindt de lezer ten slotte concrete checklists om een gezondheidseffectschatting uit te voeren. U kunt deze publicatie, inclusief de checklists, in een printbare versie vinden op de website van het RIVM: [www.rivm.nl](http://www.rivm.nl).

---

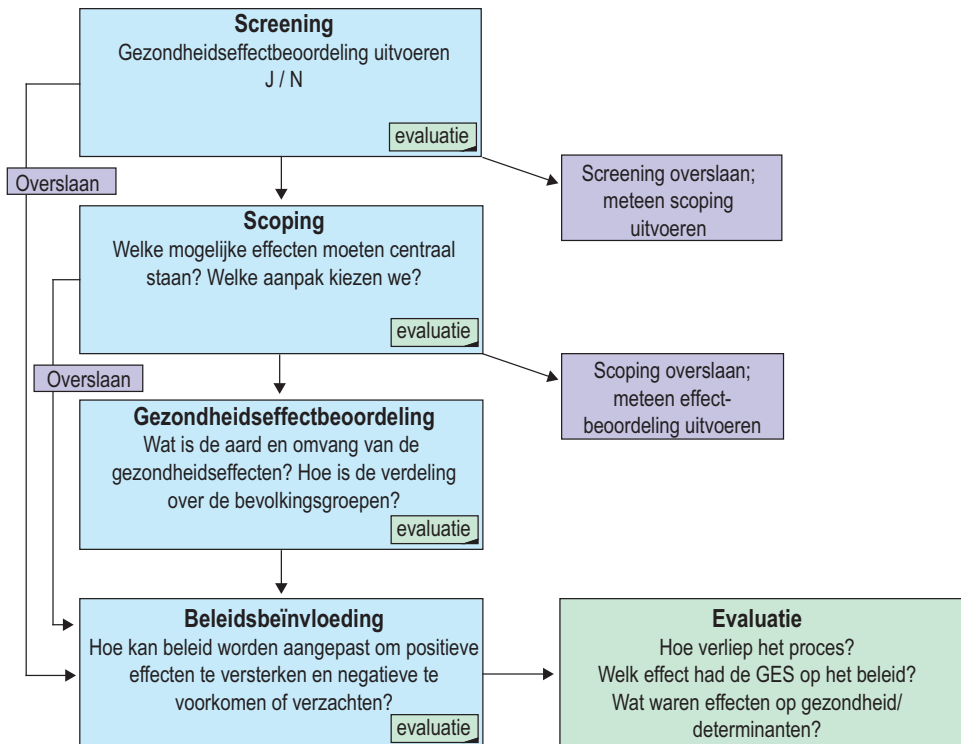
# Hoe werkt een gezondheidseffectedchatting?

---

## HOE WERKT EEN GEZONDHEIDSEFFECTSCHATTING?

Een gezondheidseffectschatting bestaat uit vier fasen:

- 1) Allereerst spoort u beleid op dat van invloed kan zijn op de gezondheid. Dit doet u door middel van een *screening* van bijvoorbeeld beleidsvoorstellen of jaarplannen/begrotingen.
- 2) De screening kan leiden tot het besluit om de gezondheidseffecten van het beleid nader te onderzoeken door middel van een gezondheidseffectbeoordeling. Het proces om tot een plan van aanpak hiervan te komen noemen we *scoping*.
- 3) De uitvoering van het plan van aanpak is de *gezondheidseffectbeoordeling*. Daarbij probeert u de mogelijke gezondheidseffecten van het beleidsvoorstel te voorspellen door middel van literatuurstudie, dataverzameling en -analyse. Op basis daarvan formuleert u aanbevelingen voor een gezonder beleid, programma of project.
- 4) In de vierde fase, de *beleidsbeïnvloeding*, gaat het erom concreet bij te dragen aan gezond beleid.



Een volledige GES bestaat dus achtereenvolgens uit een screening, scoping, gezondheidseffectbeoordeling en beleidsbeïnvloeding. In de praktijk kan het voorkomen dat u bijvoorbeeld na de screening al voldoende informatie hebt verzameld over de gezondheidsrelevantie van het beleidsvoorstel, project of programma, en dat een gezondheidseffectbeoordeling niet meer nodig is. En vaak wordt een gezondheidseffectbeoordeling geïnitieerd, zonder dat er een screening of scoping is uitgevoerd.

**Kwaliteitscriteria voor een gezondheidseffectschatting**

- presenteer waar mogelijk kwantitatieve gegevens (aantallen en percentages);
- pas zowel kwantitatieve als kwalitatieve methoden toe: het berekenen van de gezondheidswinst is een voorbeeld van een kwantitatieve methode, een diepte-interview is een kwalitatieve methode;
- maak transparante keuzes in de gebruikte processen en methoden;
- baseer de gesignaleerde gezondheidseffecten op wetenschappelijke informatie en andere kennis;
- formuleer realistische en uitvoerbare aanbevelingen;
- indien relevant: besteed aandacht aan kwetsbare groepen en sociaal-economische gezondheidsverschillen;
- indien relevant: besteed aandacht aan seksverschillen en etnische verschillen;
- houd rekening met de beleidsprioriteiten van de initiatiefnemer en probeer daarbij met de gezondheidseffectschatting aan te sluiten;
- gebruik beschikbare gegevens op een zorgvuldige en onpartijdige manier.

Afhankelijk van de situatie kunt u er dus voor kiezen niet alle fasen van de GES te doorlopen, maar slechts een gedeelte ervan. Dit is op bladzijde 12 schematisch weergegeven.

Elk van de fasen in een GES is afzonderlijk te evalueren, maar ook kan een GES in haar geheel onderwerp van evaluatie zijn. In dat geval dient u wel per stap gegevens te verzamelen die voor deze evaluatie noodzakelijk zijn. Op bladzijde 34 en 35 vindt u meer informatie over het evalueren van (fasen van) een GES.

**Veelgestelde vragen over de gezondheidseffectschatting***Hoeveel tijd kost het uitvoeren van een gezondheidseffectschatting?*

Een goede screening hoeft niet meer dan 40 uur te kosten. Reserveer gemiddeld 80 uur voor een scoping. Bij een uitgebreide gezondheidseffectbeoordeling kan de tijdsbesteding oplopen tot 450 uur. De doorlooptijd van een gezondheidseffectbeoordeling bedraagt een half jaar tot een jaar. Reken voor een 'rapid appraisal' (zie bladzijde 25) op gemiddeld 100 uur.

*Wat is de wetenschappelijke waarde van een gezondheidseffectschatting?*

Een gezondheidseffectschatting is geen wetenschappelijk onderzoek in de strikte zin van het woord. Een GES is echter wel gebaseerd op wetenschappelijke inzichten en kennis. Deze kennis is verwerkt in de verschillende checklists, die zijn gemaakt met behulp van wetenschappelijk gefundeerde modellen.

*Beleidsmakers baseren hun beslissingen niet (alleen) op wetenschappelijke kennis. Wat is dan het nut van een gezondheidseffectschatting?*

Het is waar dat beleid niet altijd 'rationeel' tot stand komt. Toch is er vaak sprake van een 'door-druppel-effect': rapporten van een GES blijken

vaak na kortere of langere tijd van invloed te zijn op beleidsbeslissingen. De methode biedt de mogelijkheid om gezondheidseffecten op te sporen die anders ongezien blijven. Beleidsmakers uit andere sectoren kunnen zich zo bewust worden van de gezondheidsgevolgen van hun eigen beleid.

*Veel gezondheidseffecten vinden pas over lange tijd plaats. Die kun je toch niet exact voorspellen?*

Dat klopt. Daarom staan in de gezondheidseffectschatting de determinanten van gezondheid voorop: een invloed op de determinanten zal uiteindelijk ook effect hebben op de gezondheid zelf. En: effecten op de determinanten zijn vaak op veel kortere termijn zichtbaar.

*Hoe meet je de invloed van een GES op het beleid?*

Dit kan op verschillende manieren. Zo kunt u beleidsdocumenten nalezen op aanpassingen en kunt u bekijken welke vormen van intersectorale samenwerking er zijn ontstaan (bijvoorbeeld een nieuwe intersectorale werkgroep). Maar ook het interviewen van beleidsmakers behoort tot de mogelijkheden. Een complicerende factor is dat het proces waarlangs (wetenschappelijke) kennis

*vervolg veelgestelde vragen over de gezondheidseffectschatting*

in beleid vertaald wordt, zelden rechtlijnig verloopt. Er zijn immers nog heel wat andere krachten die op de beleidsvorming inwerken, zoals de politieke en maatschappelijke context, de media, en cultuur, gewoonten en tradities. En natuurlijk de informatie van andere groepen of beleidsafdelingen.

*Evaluatie is best belangrijk, maar er is weinig geld voor beschikbaar.*

Het is beter een beperkte evaluatie te doen dan deze fase geheel achterwege te laten. Plan de evaluatie daarom in als integraal onderdeel van een GES.

*Er worden al zo veel effectscreeningen uitgevoerd, is het wel zinvol hier ook nog een gezondheidseffectschatting aan toe te voegen?*

In de Volksgezondheid Toekomst Verkenningen 2002 staat dat er nog veel gezondheidswinst valt te behalen met preventie. Gezond gedrag moet dan wel een duidelijke plaats krijgen binnen het gehele sociaal-culturele leven, op school, bij sport en recreatie, op het werk, in de wijk en in het verkeer. Een gezondheidseffectschatting heeft dus meerwaarde. Om niet vast te lopen in een woud van effectrapportages, is het te overwegen om gezondheidsaspecten te integreren in eventueel al lopende effectrapportages. Een voorbeeld is integratie van gezondheid in de milieu-effectrapportage (MER) of de strategische milieuraapportage.

---

# De vier fasen in een gezondheidseffectedchatting

---

## FASE 1, DE SCREENING

Volgens de officiële – internationale – definitie is een screening ‘een snelle beoordeling van een beleidsvoorstel, programma of project op mogelijke samenhang met gezondheid, waarbij tevens bekeken wordt om welke aspecten van gezondheid het gaat. Dit geschiedt op basis van gefundeerde meningen en reeds aanwezige wetenschappelijke gegevens.’ Screening heeft twee doelen:

- vroegtijdig opsporen van beleid dat mogelijk gezondheidseffecten heeft;
- bepalen of een gezondheidseffectbeoordeling nodig is.

Het screenen van een beleidsstuk, plan of programma kan als eenmalige activiteit plaatsvinden. Dit is bijvoorbeeld zinvol wanneer het document ‘op het eerste gezicht’ relevant voor volksgezondheid lijkt en u hier meer informatie over wenst. Daarnaast is het mogelijk screening op een meer structurele wijze toe te passen. Een voorbeeld daarvan is het met regelmaat screenen van beleidsstukken, zoals de jaarlijkse begroting van gemeente, provincie of rijk. De systematische – doorlopende – manier van screenen geeft veel zicht op beleid dat zich geleidelijk ontwikkelt. Hierdoor is het mogelijk om relatief vroeg in een beleidsproces aandacht voor gezondheidseffecten te vragen.

Een goede screening vereist deskundigheid op het gebied van volksgezondheid. Daarom is assistentie van een volksgezondheidsexpert aan te raden. Sommige gemeenten kiezen ervoor om de screening door een werkgroep te laten verrichten. Daarin zitten beleidsambtenaren (van volksgezondheid en andere beleidsterreinen), een GGD-medewerker en eventuele andere belanghebbenden.



© Rob Huibers / Hollandse Hoogte

*Een groot winkelcentrum is 's avonds een ongere plek.*



Een screening bestaat uit drie stappen:

*Stap 1: bepalen van de gezondheidsrelevantie*

- Voor welke factoren die gezondheid beïnvloeden (determinanten) heeft het plan, project of programma mogelijk gevolgen: fysieke omgeving, sociale omgeving, leefstijl, (toegang tot) zorg?
- Welke groepen zullen die invloed ondervinden (specifieke doelgroepen van het beleid, kwetsbare groepen, andere groepen)?
- Wat is de aard van de verwachte gezondheidseffecten (soort, ernst, duur, omkeerbaarheid van het effect)?

*Stap 2: inventariseren van beschikbare kennis*

- Is er wetenschappelijke kennis beschikbaar om de verwachte effecten nader te kunnen analyseren?
- Van welke andere kennis/informatie kunt u verder gebruik maken (bijvoorbeeld ervaringsdeskundigheid van buurtbewoners of patiëntengroepen)?

*Stap 3: analyseren van de beleidscontext*

- Wie hebben er belangen bij het beleid en wat is de aard van die belangen?
- Is er sprake van een positieve grondhouding ten aanzien van GES?
- er sprake van een politiek gevoelig onderwerp?

In bijlage 1 vindt u een checklist voor de screening.

## Screening: een praktijkvoorbeeld

In de gemeente A wordt een naoorlogse achterstandswijk geherstructureerd. In het ontwikkelingsplan staan onder meer de volgende voorstellen.

- De wijk wordt in tweeën gesplitst door de Halfweg, een grote aanrijroute naar het centrum. Ten westen van de Halfweg komen eengezinskoopwoningen en hoogbouw tot vier verdiepingen. Ten oosten van de Halfweg komt met name hoogbouw en sociale woningbouw.
- Ten westen van de Halfweg komt een ‘brede school’ met een basisschool, naschoolse opvang en een jeugdcentrum.
- Nu is er een groot winkelcentrum dat wordt doorsneden door de Halfweg. Dat winkelcentrum verhuist naar het westen van de wijk. In het oosten komen welzijnsvoorzieningen in de ‘plint’ van de flats. Daar komen ook parkeerplaatsen, plus eventueel op het dak.

In overleg met haar wethouder besluit de ambtenaar Welzijn het plan te screenen op mogelijk negatieve gezondheidseffecten. Zij concludeert dat de plannen effect kunnen hebben op de volgende *gezondheidsdeterminanten*:

- Doordat de plinten van de flats onbewoond zijn, zal de *sociale veiligheid* 's avonds afnemen. Ook het intact laten van een groot winkelcentrum (in plaats van het verspreiden van winkels in de wijk) kan een negatief effect hebben op de sociale veiligheid. 's Avonds is het winkelcentrum een ongere, donkere plek, zeker nu alle winkels luiken voor de ramen hebben.
- Op straat zullen weinig geparkeerde auto's staan. Dit verhoogt de *verkeersveiligheid* van spelende kinderen. Bijkomend effect is een positieve invloed op beweging.
- *Bewegen*: bewoners van de oostkant van de Halfweg zullen moeten oversteken om naar de winkel te gaan of hun kinderen naar school te brengen. Zij zullen hierdoor eerder de auto kiezen in plaats van fiets of benenwagen.
- Het winkelcentrum verbond de west- en oostkant van de wijk. Door het verbreken van die verbinding zal de *sociale cohesie* worden verminderd.

De *aard* van de effecten: voor een deel gaat het om ernstige, onomkeerbare effecten (denk aan verkeersveiligheid). De effecten op beweging en sociale veiligheid zijn niet onomkeerbaar, maar wel ernstig. De *groepen*: Bijzondere aandacht verdienen mensen met de laagste sociaal-economische status. De zullen voor een groot deel in de oostkant van de wijk terecht komen, waar naar verwachting de sociale veiligheid het laagst zal zijn (als gevolg van het hoge percentage hoogbouw). Het is voor de kinderen in de wijk van het grootste belang dat zij goed buiten kunnen spelen, omdat het percentage kinderen met overgewicht in deze wijk heel hoog is.

Over de effecten van de woonomgeving op beweging en sociale en verkeersveiligheid is veel *wetenschappelijke kennis* voorhanden. Op de RIVM-website [www.nationaalkompas.nl](http://www.nationaalkompas.nl) staat veel informatie over de relatie tussen determinanten en gezondheid. De GGD beschikt over cijfers over het vóórkomen van gezondheidsproblemen. In de wijk is eerder een kwalitatief onderzoek verricht naar de ervaren problemen in de wijk en de gezondheid van bewoners. De gemeentelijke nota lokaal volksgezondheidsbeleid noemt bewegingsstimulering als belangrijk speerpunt.

#### *Het krachtenveld:*

- De wijk is betrokken in het 56-wijkentraject van VROM. De afdeling Ruimtelijke Ordening heeft geld gekregen voor een versnelde herstructurering. De strikte voorwaarden die daarbij horen, bepalen voor een deel de mogelijkheden voor aanpassing van de plannen. De wethouder staat wél open voor aanbevelingen om de gezondheid van de wijkbewoners met de herstructurering te optimaliseren.
- De wethouder Welzijn wil het aspect gezondheid graag meenemen in de herstructureringsplannen. Het past ook binnen het 'integrale plan' van de gemeente voor het terugdringen van sociaal-economische gezondheidsverschillen.
- De wethouder Ruimtelijke Ordening is neutraal ten opzichte van een GES, maar is bezorgd dat deze het proces van versnelde herstructurering zal afremmen.

## FASE 2, DE SCOPING

Na de screening is duidelijk welk beleidsvoorstel, programma of project mogelijk gezondheidsrelevant is. De volgende stap, de scoping, is een nadere verkenning van de resultaten van de screening. Doelen van de scoping zijn:

- nadere informatie verkrijgen over de relevante determinanten van gezondheid in het beleidsplan, programma of project;
- te beslissen of een diepgaande of oppervlakkige gezondheidseffectbeoordeling nodig is;
- afhankelijk van het voorgaande punt, een plan van aanpak te maken voor de gezondheidseffectbeoordeling die erop volgt.

In de scoping bekijkt u samen met een aantal stakeholders (en uw eventuele opdrachtgever) welke gezondheidseffecten die uit de screening naar voren kwamen de belangrijkste zijn. Stakeholders zijn bijvoorbeeld deskundigen, belanghebbenden of vertegenwoordigers van betrokken bevolkingsgroepen (dit laatste heet ‘public scoping’). Zo kunt u extra informatie verzamelen om beter te kunnen besluiten op welke aspecten de gezondheidseffectbeoordeling zich moet richten. Dit verzamelen van nadere gegevens doet u bijvoorbeeld door betrokkenen te interviewen of door bijeenkomsten voor stakeholders te organiseren. Een enquête afnemen is ook een veel gebruikt middel.

Voor het ordenen van de informatie die u van de stakeholders krijgt, kunt u de informatiematrix voor scoping (bijlage 2) gebruiken. Op basis hiervan neemt u een besluit over de beleidsvoornemens die u verder wilt analyseren in de gezondheidseffect-



*Veilig buiten kunnen spelen helpt tegen overgewicht bij kinderen.*

beoordeling. Stel hierbij de volgende vragen:

- Wat is de ernst en de omvang van het verwachte gezondheidseffect?
- Wat is de omvang van de getroffen bevolkingsgroep?
- Is de getroffen bevolkingsgroep doelgroep van rijks- of gemeentelijk beleid?
- Zijn er raakvlakken met nationale of lokale gezondheidsdoelen?
- Is beleidsbeïnvloeding mogelijk?

Om tot een plan van aanpak voor de gezondheidseffectbeoordeling te komen, stelt u de volgende vragen:

1. Wat is het doel en de vraagstelling van de gezondheidseffectbeoordeling? Welke gezondheidseffecten en (sub)populaties staan centraal? Hoe ziet het bevolkingsprofiel er uit?
2. Wat is de breedte en wat zijn de grenzen van de gezondheidseffectbeoordeling? Wat sluit u in en uit? Wanneer wordt de gezondheidseffectbeoordeling uitgevoerd en in hoeveel tijd?
3. Wie voert de gezondheidseffectbeoordeling uit? Welke deskundigheid is vereist?
4. Welke actoren betreft u in de beoordeling van het beleid?
5. Wat is de 'geografische breedte' van de gezondheidseffectbeoordeling? Op welke bevolkingsgroep richt u zich en op welke regio of gemeente?
6. Wat is de 'tijdsbreedte' van de gezondheidseffectbeoordeling? Kijkt u naar effecten binnen vijf jaar, of binnen twintig jaar? Hoe zwaar wilt u effecten die in de (verre) toekomst liggen laten meewegen?
7. Welke belangen (van publiek en samenleving) belangen zijn naar voren gebracht over het beleidsterrein?
8. Welke sleutelfiguren betreft u in de gezondheidseffectbeoordeling? Denk daarbij na over de belangen van de verschillende groepen actoren.
9. Tijdsplanning: wat zijn de belangrijkste mijlpalen?
10. Welke parameters stelt u op voor de evaluatie van de gezondheidseffectbeoordeling?
11. Welk budget of fondsen heeft u tot uw beschikking? Bij welk ander project kunt u aansluiten (ook financieel)?
12. Welke methoden gebruikt u in de gezondheidseffectbeoordeling? Welke data gaat u verzamelen?
13. Moet u nog rekening houden met wetten of regels, bijvoorbeeld ten aanzien van burgerparticipatie, effectbeoordelingen of medezeggenschap?

In bijlage 2 vindt u een scoping-informatiematrix en in bijlage 3 een checklist voor de scoping.

## Scoping: een praktijkvoorbeeld

Op basis van de resultaten van de screening besluit het gemeentebestuur van gemeente A (zie bladzijde 17) een gezondheidseffectschatting uit te voeren. Een projectgroep van ambtenaren Volksgezondheid en Ruimtelijke Ordening en een beleidsmedewerker van de GGD verricht eerst een scoping op de herstructureringsplannen. De werkwijze is als volgt.

Om te komen tot een doel en vraagstelling van de gezondheidseffectschatting, organiseert de projectgroep een werkbijeenkomst met buurtbewoners, ambtenaren van de afdelingen Volksgezondheid, Ruimtelijke Ordening, Verkeer en Groen, de wethouders Volksgezondheid en Ruimtelijke Ordening, de wijkagent, GGD-medewerkers, vertegenwoordigers van de woningbouwcorporaties en winkeliers. Zij buigen zich over de volgende vragen:

- Welke effecten uit de screening zijn het belangrijkste?
- Zijn de geschetste potentiële gezondheidseffecten van de beleidsvoornemens herkenbaar?
- Welke positieve en negatieve effecten verwacht men van de herstructureringsplannen?

Een GGD-medewerker verricht een literatuurstudie en betreft daarbij onder andere de gegevens van het gezondheidsprofiel van de wijk plus het eerder uitgevoerde kwalitatieve onderzoek.

Het resultaat: de gemeente geeft de GGD opdracht om de gezondheidseffectschatting uit te voeren. Zo wil men bekijken welke gezondheidseffecten de beleidsvoornemens met zich meebrengen en hoe ze kunnen worden versterkt of aangepast. De GGD stelt



© Marcel van den Bergh / Hollandse Hoogte

*De bewoners willen een prettige, veilige en leefbare wijk.*

daarbij de sociale veiligheid en beweging centraal. Het bevolkingsprofiel omvat onder meer de opbouw van de wijk naar leeftijd en opleidingsniveau (demografische omstandigheden), plus een beschrijving van gezondheidsproblemen en de determinanten woonomstandigheden, woonwensen en lichamelijke inactiviteit.

Om de schatting af te grenzen kiest men voor de analyse van een paar beleidsvoorstellen, zoals de verdeling hoog- en laagbouw en dure en goedkope woningen binnen de wijk, de bestemming van de plinten van de flats en de verkeersstructuren. Een extra nadruk ligt op de route van en naar voorzieningen, met name de scholen.

Tijd en geld: de GES wordt uitgevoerd tussen september 2004 en februari 2005 als onderdeel van het keuzepakket voor gemeenten dat de GGD in de aanbieding heeft.

Dit betekent dat er alleen extra materiële kosten worden gereserveerd: 7.000 euro.

In de GES worden alle actoren betrokken die bij de werkbijeenkomst aanwezig waren. De GGD besteedt bijzondere aandacht aan communicatie met bewoners en politici.

De GES richt zich op de wijk B (geografische breedte) en is gericht op de bewoners van de wijk (bevolkingsgroep), met extra aandacht voor kinderen. Die zijn (voor het spelen) sterk afhankelijk van de directe woonomgeving, en zijn kwetsbare verkeersdeelnemers. Bovendien is een relatief hoog percentage van de kinderen te dik en beweegt te weinig. De GES richt zich met name op effecten op de korte termijn (tijdsbreedte). Het gaat dan om de sociale veiligheid en om mogelijkheden tot lichamelijk actief zijn binnen de dagelijkse routine. De methoden: literatuurstudie, analyse van bestaande gegevens uit ander onderzoek in de wijk, en open interviews met sleutelpersonen.

Bij de GES houdt men rekening met de volgende belangen: de gemeenteraad en de afdeling Ruimtelijke Ordening willen dat de herstructurering geen vertraging oploopt als gevolg van de GES. Mede daarom kiest men voor een rapid appraisal (zie ook bladzijde 25). De woningbouwcorporaties willen dat de resultaten van de GES geen extra kosten voor de woningen of woninghuur betekenen. De leegstand die dat tot gevolg kan hebben, is voor de leefbaarheid en veiligheid van de wijk immers niet raadzaam. Zowel de woningbouwcorporaties als de gemeenteraad hebben er belang bij dat de wijk het predikaat 'gezond en veilig' krijgt. Dit kan het aanzien van de wijk verbeteren. De bewoners willen een prettige, veilige en leefbare wijk. Zij willen niet dat de huur van de woningen stijgt, omdat zij dan wellicht moeten verhuizen. Als belangrijkste probleem in de oude situatie zien zij overlast van criminele, deels drugsverslaafde jongeren.



## FASE 3, DE GEZONDHEIDSEFFECTBEOORDELING

Een gezondheidseffectbeoordeling is een beschrijving van de te verwachten gezondheidseffecten van een beleid(svoornemen), programma of project. Dit geschiedt op basis van bestaande kennis, gegevens en inzichten en, zo nodig, nieuw verzamelde gegevens. Doel is te komen tot ‘knowledge-based’ aanbevelingen om positieve gezondheidseffecten te versterken en negatieve te voorkomen of te minimaliseren. Daarom wordt een gezondheidseffectbeoordeling meestal toegepast op een plan dat nog niet is vastgesteld of geïmplementeerd. Er is dan de meeste kans op aanpassing van het beleid.

Omdat sommige beleidsvoornemens erg breed zijn, zoals bij rijksoverheidsbeleid vaak het geval is, kan men ervoor kiezen zich te richten op een deel van de gezondheidseffecten en deze in de diepte te bestuderen.

Een gezondheidseffectbeoordeling bestaat uit vijf stappen:

### *Stap 1, beleidsanalyse*

Met de beleidsanalyse krijgt u een beeld van de inhoud en achtergronden van het beleidsvoorstel. U beantwoordt in deze stap de volgende vragen:

- Welke maatregelen worden voorgesteld?
- Op welke bevolkingsgroepen is het beleid gericht? Welke groepen zullen er ook door beïnvloed worden?
- Op welke (wetenschappelijke of andere) kennis zijn de maatregelen gebaseerd?
- Zijn gezondheidseffecten in overweging genomen bij de ontwikkeling van het beleidsplan? En zo ja welke?
- Op welke termijn en binnen welke tijdsspanne moet het beleid geïmplementeerd worden?

Vervolgens verricht u een analyse van het krachtenveld: wie zijn de actoren, wat zijn hun belangen (en macht) en op welke manier gaat u hen informeren over en betrekken bij het project. Daarnaast gaat u na welke factoren een rol kunnen spelen die beleidsbeïnvloeding door de gezondheidseffectbeoordeling positief of negatief beïnvloeden. Denk hierbij bijvoorbeeld aan sociaal-culturele en demografische factoren (zoals de bevolkingsopbouw), economische factoren (zoals de moeilijke economische situatie), technologische factoren (zoals technologieën die het milieu bedreigen) en politieke factoren (zoals het politieke tij).

### *Stap 2: bevolkingsprofiel opstellen*

Een bevolkingsprofiel is een overzicht van gegevens over de bevolkingsgroep waarop het onderzochte beleid, programma of project invloed zal hebben. Een bevolkingsprofiel geeft een beeld van de gezondheid van de bewuste bevolkingsgroep en van hun sociale, fysieke en demografische omstandigheden. Voor het bevolkingsprofiel verzamelt u gegevens over een aantal indicatoren; meetbare variabelen die iets zeggen over de toestand van personen of groepen. Het gaat om:

- demografische indicatoren, bijvoorbeeld bevolkingssamenstelling en leeftijdsopbouw;
- gezondheidsindicatoren, bijvoorbeeld het vóórkomen van bepaalde aandoeningen of risicofactoren, het zorggebruik of de ervaren gezondheid;
- gezondheidsdeterminanten, bijvoorbeeld woonomstandigheden, werkloosheid, lichamelijke activiteit.

#### *Stap 3: gegevens verzamelen en analyseren*

Gegevens over de effecten van het beleid op gezondheidsdeterminanten en gezondheid zijn onder meer naar voren gekomen tijdens de screening en de scoping. U heeft bekeken wat voor informatie er beschikbaar is en heeft zich een beeld gevormd van de inhoud daarvan. In stap 3 van de gezondheidseffectbeoordeling gaat u de informatie bestuderen, bijvoorbeeld door middel van een degelijke literatuurstudie en een nadere analyse van beschikbare cijfers. De gegevens zijn eventueel verder uit te diepen in interviews met vertegenwoordigers van doelgroepen. Bij de analyse beoordeelt u de gezondheidseffecten (richting, omvang, waarschijnlijkheid, invloed op determinanten), groepen die beïnvloed worden, en het tijdsverloop waarin de gevonden effecten zich zullen voordoen.

#### *Stap 4: rapporteren en aanbevelingen formuleren*

Het rapport van een gezondheidseffectbeoordeling is van groot belang. Op basis van het rapport kunnen immers beleid, programma's of projecten worden aangepast. Ook moeten zowel de opdrachtgever als de overige betrokkenen met het rapport uit de voeten kunnen. Dat vergt veel aandacht voor leesbaarheid, begrijpelijkheid en bondigheid, en een duidelijke samenvatting.



© Michel Wijnberg

*Zoveel mogelijk jongeren moeten met een startkwalificatie de arbeidsmarkt betreden.*



Daarnaast is de kwaliteit van de aanbevelingen belangrijk. Hiervoor kunt u het SMART-principe toepassen. SMART-aanbevelingen zijn:

- Specifiek (zo concreet mogelijk);
- Meetbaar (zodat evaluatie mogelijk is);
- Acceptabel (voor belanghebbenden);
- Realistisch (in overeenstemming met financiële en personele middelen);
- Tijdgebonden (dus planbaar, en met een duidelijk begin- en eindpunt)

#### *Stap 5: plan van aanpak opstellen*

Na de gezondheidseffectbeoordeling kunt u samen met alle betrokkenen een plan van aanpak opstellen. Daarin maakt u duidelijk hoe de aanbevelingen in concrete activiteiten te vertalen zijn.

#### **Rapid appraisal voor een snelle toets**

Soms is er weinig tijd of zijn er onvoldoende middelen beschikbaar voor een volledige GES. In dat geval kunt u kiezen voor een 'rapid appraisal'. Dit is een snelle, maar systematische beoordeling van de te verwachten gezondheidseffecten door een aantal experts en beleidsmakers. In de rapid appraisal gaat het om het uitwisselen en combineren van bestaande kennis van de deelnemers, waarbij men kennis uit eerder onderzoek betreft.

De keuze voor een diepgaande of een meer oppervlakkige gezondheidseffectbeoordeling is gebaseerd op overwegingen ten aanzien van:

- het doel van de exercitie en het gebruik van de resultaten;
- beschikbare middelen;

- beschikbare tijd;
- beschikbare gegevens;
- het moment in het beleidsproces;
- de mate van specificiteit van het beleid of project;
- het belang dat aan de gezondheidseffectbeoordeling wordt gehecht;
- het belang van het beleidsvoorstel of project.

In het begin van het beleidsproces zijn de beleidsvoornemens vaak nog niet heel specifiek beschreven. Een rapid appraisal ligt dan het meest voor de hand. In een later stadium in het beleidsproces kan het effectief zijn om een uitgebreidere gezondheidseffectbeoordeling te verrichten.

In bijlage 4 vindt u een checklist 'rapid appraisal'.

Kijk op [www.cges.nl](http://www.cges.nl) voor een online versie van deze checklist.

## Gezondheidseffectbeoordeling: een praktijkvoorbeeld

### *Stap 1: beleidsanalyse*

In dit voorbeeld gaat het om de implementatie van Europees werkgelegenheidsbeleid in Nederland. Dat beleid is gericht op drie centrale doelstellingen: volledige werkgelegenheid, een 'inclusieve' arbeidsmarkt (er mogen geen groepen worden uitgesloten), en productiviteit en kwaliteit (bijvoorbeeld doorgroeimogelijkheden en goede arbeidsomstandigheden). Doelgroepen zijn ouderen, jongeren, vrouwen, allochtonen en mensen met een functiebeperking. Alle lidstaten maken op dit terrein nationale actieplannen. Voor de beleidsanalyse is het Nationaal Actieplan Werkgelegenheid van Nederland vergeleken met de Europese doelstellingen en prioriteiten én met de rijksbegroting voor het ministerie van SZW.

Drie doelgroepen staan in het Nederlandse plan centraal:

- Ouderen: zij moeten langer aan het werk blijven en via een levensloopregeling zelf sparen voor deeltijdpensioen vóór de pensioengerechtigde leeftijd.
- Vrouwen: meer vrouwen moeten gaan werken en gedurende meer uren per week. Men creëert kinderopvangplaatsen en de levensloopregeling moet zorgtaken voor ouders vergemakkelijken.
- Jongeren: de jeugdwerkloosheid mag niet meer dan twee maal de totale werkloosheid bedragen. Daaraan gaat een taskforce jeugdwerkloosheid werken. Zoveel mogelijk jongeren moeten met een startkwalificatie de arbeidsmarkt betreden en bij werkloosheid moeten zij binnen een half jaar een nieuwe baan kunnen vinden.

Andere groepen die beïnvloed worden zijn kinderen en mensen die mantelzorg nodig hebben.



© William Hoogteyting / Hollandse Hoogte

*Meer kinderopvangplaatsen maken zorgtaken voor ouders makkelijker.*

De beleidsmaatregelen zijn gebaseerd op economische overwegingen. Dat past bij de wens van Nederland om zich als betrouwbaar te profileren: Nederland houdt zich aan Europese afspraken op economisch gebied. Gezondheidseffecten zijn bij de ontwikkeling van het Nationaal Actieplan niet overwogen. Het beleid wordt binnen een jaar geïmplementeerd. Elk jaar opnieuw bekijkt de Europese Commissie hoe de landen hun werk gedaan hebben en rapporteert daarover. Dat rapport is de basis voor een nieuwe, aangepaste versie van het EU-beleid. Het is dus een doorlopend proces van beleidsontwikkeling.

De gezondheidseffectbeoordeling kan aansluiten bij het beleidsvoorstel door ook specifieke aandacht te besteden aan de doelgroepen van het beleid. De uitkomsten kunnen een bijdrage leveren aan de voortgaande ontwikkeling van het EU-beleid op het gebied van werkgelegenheid.

Het krachtenveld is gecompliceerd. Nationale prioriteiten hoeven niet samen te vallen met de brede beleidsdoelstellingen van de Europese Unie. Andere belanghebbenden zijn werkgevers- en werknemersorganisaties, belangengroepen van ouderen, vrouwen, jongeren en allochtonen, en patiënten- en consumentenorganisaties.

De EU doet aanbevelingen die niet bindend zijn. Toch willen landen zich graag laten zien als goede navolgers van het EU-beleid. De invloed van de sociale partners is groter dan die van andere belangengroepen. Zowel de EU als het ministerie van SZW staan neutraal tegenover de gezondheidseffectbeoordeling. Van de werknemersorganisaties kan een kritische houding verwacht worden. De economische situatie van Nederland en de zorg over vergrijzing leggen extra druk op het beleid.

### *Stap 2: bevolkingsprofiel opstellen*

Samen met drie andere landen waar tegelijk een gezondheidseffectbeoordeling werd uitgevoerd, is een lijst indicatoren voor een bevolkingsprofiel opgesteld. Hierin zijn opgenomen:

- demografische indicatoren, zoals de etnische bevolkingsamenstelling;
- gezondheidsindicatoren, zoals het aantal mensen met een functiebeperking en mensen met beroepsziekten;
- indicatoren van gezondheidsdeterminanten, zoals werkloosheidscijfers.

### *Stap 3: gegevens verzamelen en analyseren*

De determinanten die worden beïnvloed zijn onder andere werkloosheid (met name onder jongeren), mogelijke overbelasting van vrouwen, beschikbaarheid van mantelzorg en belasting van mantelzorgers. Enkele verwachte effecten:

- Het terugdringen van werkloosheid onder jongeren leidt tot gezondheidswinst door minder gezondheidsproblemen die met werkloosheid samenhangen.
- De beschikbaarheid van mantelzorgers kan in het gedrang komen als meer vrouwen gaan werken. Dit kan weer leiden tot meer aanvragen voor opname in een instelling.
- De levensloopregeling zal leiden tot verschillende effecten voor mensen met lagere en hogere inkomens. Zo moeten mensen met een laag inkomen heel lang sparen voordat zij een paar maanden verlof kunnen opnemen.

Vooraf de effecten voor werkloze jongeren en voor mensen met zorgtaken en een laag inkomen zijn belangrijk. De evidence base rond gezondheidseffecten van werkgelegenheidsbeleid ten aanzien van jongeren is omvangrijk. Ook over de relatie werk-zorgtaken bestaat voldoende evidence. De beïnvloede groepen zijn vooral mensen met een lagere sociaal-economische status. De effecten zullen zich op korte en langere termijn voordoen. Voor jeugdwerkloosheid geldt dat een goede start op de arbeidsmarkt bepalend is voor het verdere verloop van het werkzame leven.

#### *Stap 4: rapporteren en aanbevelingen formuleren*

Vanuit de gezondheidseffectbeoordeling zijn enkele aanbevelingen geformuleerd voor de EU. Een algemene aanbeveling is dat gezondheid meegenomen dient te worden in het EU-werkgelegenheidsbeleid. Naast deze algemene aanbeveling zijn er enkele geformuleerd volgens het SMART-principe. Een voorbeeld: de EU kan in zijn jaarlijkse opdracht aan nationale regeringen opnemen dat deze precies aangeven hoe zij de jeugdwerkloosheid gaan aanpakken, welke groepen zij onderscheiden binnen de werkloze jeugd, en welke specifieke maatregelen zij voor elk van deze groepen gaan nemen. In SMART-termen uitgedrukt:

- Specifiek: het is duidelijk wat de EU moet doen in het aansturen van beleid in de lidstaten (zie hierboven).
- Meetbaar: de EU kan nagaan of de lidstaten deze opdracht hebben vervuld.
- Acceptabel: de aanbeveling is acceptabel omdat ook andere eisen worden gesteld aan de nationale actieplannen.
- Realiseerbaar: de aanbeveling is realiseerbaar, omdat een en ander kan worden meegenomen in de normale beleidscyclus.
- Tijdgebonden: het is duidelijk wanneer het volgende jaarlijkse EU-werkgelegenheidsbeleidsplan met opdrachten aan regeringen zal verschijnen.

#### *Stap 5: plan van aanpak opstellen*

Het eerstvolgende beleidsstuk van de EU kan een aanzet zijn voor een uitwerking van de aanbevelingen in nationaal beleid.

## FASE 4, DE BELEIDSBEÏNVLOEDING

Voor de beschrijving van beleidsprocessen zijn verschillende modellen ontwikkeld. Volgens het 'rationele model' is de vorming van beleid een logische cyclus van problemanalyse, doelstelling, selectie van middelen, het formuleren van beleidsalternatieven, een kosten-batenafweging, uitvoering van beleid, en evaluatie plus bijstelling van doelen. Het 'incrementele model' daarentegen beschrijft beleidsvorming als een ongeordend proces met verschillende actoren, en vaak vage doelen, belangen en wensen. Bij de uitvoering van een GES gaan we uit van een gemengd model met kenmerken van zowel het rationele als het incrementele model. Het beleidsproces kent verschillende fasen:

1. Agendavorming. In deze fase komt een onderwerp op de (politieke) agenda. Dit is de fase om goodwill te kweken voor een GES.
2. Beleidsvorming. Een GES kan het beste worden uitgevoerd in deze fase, waarin het beleid wordt voorbereid. Zoek in deze fase naar overeenkomstige doelen. Dit is makkelijker dan zoeken naar overeenkomstige werkwijzen, zoals in de praktijk vaak gebeurt.
3. Beleidsbepaling. In deze fase wordt beleid vastgesteld door politiek of bestuur. Een helder advies vanuit een GES kan daarbij een rol spelen.
4. Beleidsuitvoering. Indien een GES gericht is op de implementatie van een beleidsplan, kan zij daarbij aangeven hoe het beleid de gezondheid kan beschermen of bevorderen.
5. Beleidsevaluatie. In deze fase is na te gaan of de aanbevelingen uit de GES terug te vinden zijn in het beleid.
6. Terugkoppeling en heroverweging. In deze fase valt de beslissing om het beleid te continueren, of het aan te passen en de cirkel opnieuw te doorlopen.



© Studio, RIVM

*Voorbeeld van een aanbeveling: zorg voor veilige fietsroutes naar school.*

Om het beleid effectief en efficiënt te kunnen beïnvloeden, is het zaak de informatie uit een GES zo vroeg mogelijk in het beleidsproces beschikbaar te hebben. Voer een GES daarom bij voorkeur uit op het moment dat maatregelen al redelijk concreet zijn geformuleerd, maar wijzigingen nog mogelijk zijn.

#### *Beleidsbeïnvloeding tijdens de voorbereiding van een GES*

Hoe volledig en betrouwbaar een GES ook is, zij kan alleen effectief bijdragen aan beleidsbeïnvloeding als er rekening gehouden is met de bestuurlijke context waarin ze wordt uitgevoerd. Daarom is het belangrijk dat u zich – voordat u aan een GES begint of tijdens de eerste fase ervan (de screening) – verdiept in de beleidsplannen van uw opdrachtgever. Daaruit kunt u opmaken hoe aan te sluiten valt bij de doelen in deze plannen. Dat maakt de kans groter dat de GES het beleid ten gunste van gezondheid beïnvloedt.

#### *Beleidsbeïnvloeding tijdens de uitvoering van een GES*

Tijdens de uitvoering van de GES bent u al met beleidsbeïnvloeding bezig: u praat met uw opdrachtgever en de andere partijen, vraagt om informatie en laat ze tussenproducten zien. Daarmee beïnvloedt u hun denken en dus ook het beleid. Bovendien brengt een GES vaak de verschillende actoren bij elkaar. Het is raadzaam een communicatieplan te maken: wie betrek of informeer ik wanneer en hoe? Het betrekken van belangrijke actoren vergroot hun bereidheid om beleid aan te passen.

#### *Beleidsbeïnvloeding na de uitvoering van een GES*

Op basis van de resultaten van de GES formuleert u, al dan niet samen met de opdrachtgever, aanbevelingen. Vervolgens maakt u en/of de opdrachtgever een plan van aanpak voor aanpassing van het beleid. Organiseer bijvoorbeeld een workshop voor alle betrokken partijen. In het plan van aanpak schrijft u op:

- wat de uitkomsten zijn van de GES (waarom moet er iets gebeuren?);
- welke actie wordt ondernomen, bijvoorbeeld welke punten van het plan worden aangepast (wat);
- wie welke actie onderneemt;
- hoe dat zal gebeuren;
- en wanneer de actie zal zijn uitgevoerd (deadline);
- ten slotte: wie voert de evaluatie uit en op welke wijze?



## Beleidsbeïnvloeding: een praktijkvoorbeeld

In de gemeente C wordt over enkele jaren een nieuwbouwwijk gebouwd. De gemeente laat de GGD een gezondheidseffectschatting verrichten op de eerste plannen voor de wijk: de nota van uitgangspunten. Daarin staan de wensen voor de nieuwe wijk: het aantal te bouwen huizen, het percentage sociale woningbouw, de voorzieningen en het groen et cetera. Een werkgroep met mensen van Welzijn en Ruimtelijke Ordening en een GGD-medewerker verricht de GES.

### *Beleidsbeïnvloeding tijdens de voorbereiding van een GES*

Met de bouw van de nieuwe wijk wil de gemeente C de woningnood in en buiten de gemeente oplossen. De gemeente profileert zich als een rustige, veilige, fietsvriendelijke gemeente. De GES sluit daarbij aan, door de nadruk te leggen op de kansen en bedreigingen voor lichamelijke activiteit.

### *Beleidsbeïnvloeding tijdens de uitvoering van een GES*

De GGD stelt een projectgroep samen. Deze presenteert de resultaten van de GES in een werkconferentie, waarvoor burgers, wethouders, woningcorporaties, een stedenbouwkundig bureau, vertegenwoordigers van afdelingen in de gemeente, de fietsersbond, de ouderenbond en de vrouwenadviescommissie zijn uitgenodigd. De aanwezigen wordt gevraagd of zij de resultaten herkennen, in hoeverre zij de kansen en bedreigingen onderschrijven en welke aandachtspunten zij belangrijk vinden voor de nieuwe wijk. De projectgroep heeft daarnaast voor de wethouder en de raadscommissie Ruimtelijke Ordening een excursie georganiseerd naar een fietsvriendelijke wijk in een andere gemeente. De wethouders worden periodiek zowel mondeling als schrift-



© Michiel Wijnbergh

*Voorbeeld van een aanbeveling: creëer een skateroute voor buurtbewoners*

lijk geïnformeerd over de voortgang van het project. Ook verschijnt een stukje over het project in een lokale krant.

*Beleidsbeïnvloeding na de uitvoering van een GES*

De projectgroep formuleert vijftien aanbevelingen. Een paar citaten:

1. De projectgroep biedt aan een voorstel te doen voor de inrichting van de geplande groenstrook. We vragen aandacht voor voorzieningen voor alle leeftijden in de groenstrook: een speeltuintje en een strook 'wild groen' (waar kinderen in bomen kunnen klimmen), een halfpipe voor de oudere jeugd, een (rondgaande) skateroute voor jongeren en volwassenen, en rustige ontmoetingsplekken voor ouderen en allochtone gezinnen.
2. De projectgroep pleit voor het realiseren van een winkelstraatje. Een dergelijke voorziening in de wijk stimuleert mensen op de fiets of te voet te gaan, in plaats van de auto te nemen.
3. De projectgroep vraagt aandacht voor een veilige fietsroute naar school. Zij biedt aan mee te denken over een manier om het autoverkeer rond aanvangs- en sluitingstijden van de scholen te verminderen.

Bij wijze van voorbeeld een concretisering van de tweede aanbeveling:

- waarom: stimuleren beweging
- wat: realiseren winkelstraatje
- wie: gemeente
- hoe: besluit gemeenteraad om het winkelstraatje op te nemen in stedenbouwkundig plan
- wanneer: februari 2005
- evaluatie: GES op stedenbouwkundig plan



---

# Evaluatie

---

## EVALUATIE

Evalueren is het systematisch verzamelen van gegevens om de waarde van een programma of interventie te bepalen, het proces kritisch te beschouwen, en te bezien of inderdaad bereikt is wat de bedoeling was. Met een evaluatie maakt u de bijdrage van de GES aan gezond beleid of gezonde programma's of projecten zichtbaar. Er zijn drie soorten evaluaties:

1. In een procesevaluatie bekijkt u hoe de uitgevoerde GES in zijn werk ging. Waar en hoe is de GES uitgevoerd? Welke methoden zijn gebruikt? Wat waren de kosten (geld en tijd)? Hoe zijn belanghebbenden en beleidsmakers bij de GES betrokken?
2. Bij een effectevaluatie kunt u twee soorten effecten evalueren:
  - Welk effect heeft de GES gehad op de aanpassing van het beleidsvoornemen? Kwamen er aanbevelingen vanuit de GES terecht in het beleid en welke bevorderende of belemmerende factoren speelden hierbij een rol? Wanneer aanbevelingen verworpen werden, waarom gebeurde dat dan?
  - Welk effect heeft de GES gehad op de actoren en hun onderlinge verhouding? Zijn de samenwerkingsrelaties tussen verschillende partijen of beleidsvelden veranderd? Zijn de actoren (anders) gaan denken over gezondheid en integraal gezondheidsbeleid?
3. Een outcome-evaluatie beschouwt het uiteindelijke effect van de GES op de volksgezondheid. Outcome-evaluatie is moeilijk omdat er vaak een lange tijd zit tussen een verandering van beleid en concreet meetbare gezondheidswinst. Wel kunt u kijken naar een verandering in de factoren waarvan bewezen is dat ze van invloed zijn op de volksgezondheid: de determinanten. Wie deze weet te beïnvloeden, mag op korte of lange termijn outcome-effecten verwachten.



© Sapke Rijpkema / Hollandse Hoogte

*Is het gelukt om buurtbewoners bij de plannen te betrekken?*

Een evaluatie bestaat uit vijf stappen:

*Stap 1: planning*

- Kies voor proces-, effect- of outcome-evaluatie.
- Kies doel, onderwerpen en de hoeveelheid tijd en geld die aan evaluatie besteed kan worden.

*Stap 2: vaststellen vragen en methoden*

- Bepaal welke informatie u nodig heeft en werk deze uit in concrete vragen.
- Bepaal welke informatiebronnen beschikbaar zijn.
- Bepaal welke methoden u wilt gebruiken (bijvoorbeeld interviews, bestuderen beleidsstukken) en hoe u de gegevens analyseert.

*Stap 3: taakverdeling*

- Bepaal wie de evaluatie uitvoert: opdrachtgever, uitvoerder of andere betrokkenen.
- Zorg voor draagvlak bij de belanghebbenden en beleidsmakers.
- Verdeel werkzaamheden (denk eraan dit in het begin van een GES-traject in te plannen!).

*Stap 4: uitvoering*

- Verzamel de gegevens die u nodig heeft en analyseer deze.
- Formuleer resultaten, conclusies en aanbevelingen, zo mogelijk samen met betrokkenen.

*Stap 5: communicatie van resultaten*

- Bepaal welke doelgroepen de resultaten van de evaluatie moeten krijgen.
- Bepaal hoe deze het best aangesproken kunnen worden (zorg ervoor dat iedere doelgroep die informatie krijgt die voor hen relevant is).
- Bepaal een communicatiestrategie voor de langere termijn (de implementatie van de resultaten).

Uiteraard is het ook mogelijk een GES-rapport als zodanig te beoordelen op consistentie, kracht van de analyse, wetenschappelijke onderbouwing, duidelijkheid, leesbaarheid en dergelijke. Houd echter in het oog dat zelfs een excellent GES-rapport nog geen garantie is voor een goed verlopen proces, laat staan voor enige impact op de beleidsvorming.

## Evaluatie: een praktijkvoorbeeld

*Stap 1: planning*

In wijk P van gemeente Q wil de gemeente een aantal woonerven inrichten waar nu nog gewone straten liggen. Van dit plan wordt een gezondheidseffectbeoordeling gemaakt. Belangrijk daarbij is het serieus nemen van de bewoners in hun zorgen, wensen en verwachtingen bij de gezondheidseffecten van de plannen. De evaluatie

zal daarom gaan over het proces (met name over de vraag hoe de burgers dit ervaren hebben) en over de effecten op het beleid. Voor deze evaluatie wordt 20 procent gereserveerd van de tijd en het geld die beschikbaar zijn voor de gezondheidseffectbeoordeling.

Doel A: beoordelen of de opzet om burgers bij de plannen te betrekken gelukt is. Onderwerpen zijn de communicatiemethoden; de kansen voor burgers om onderwerpen in te brengen; vertegenwoordiging van bewoners in het project.

Doel B: bekijken in hoeverre een en ander geleid heeft tot aanpassingen in de plannen. Onderwerpen zijn de mate van aandacht voor gezondheid in de uiteindelijke plannen; veranderingen in de plannen; tevredenheid hierover bij bewoners.

### *Stap 2: vaststellen vragen en methoden*

De volgende vragen komen in de evaluatie aan de orde:

- Met betrekking tot de bewoners:
  - Welke communicatiemethoden zijn gebruikt?
  - Hoe hebben bewoners deze ervaren?
  - Hoeveel bewoners waren betrokken bij de GES?
  - Waren zij een goede vertegenwoordiging van alle groepen in de wijk?
  - Waren er voldoende gelegenheden om onderwerpen in te brengen?
  - Voelden de bewoners zich serieus genomen?
  - Voelden zij zich vrij om zaken in te brengen?
- Met betrekking tot de plannen:
  - Hoe zagen de plannen er vóór de gezondheidseffectbeoordeling uit en wat is er in de nieuwe plannen veranderd?
  - Welke gezondheidsoverwegingen zijn gemaakt?
  - Zijn burgers tevreden met het resultaat?
- Met betrekking tot het proces:
  - Wat zijn de leerpunten voor latere gezondheidseffectbeoordelingen?

Als informatiebronnen voor de evaluatie kiest men: de bewoners, de gebruikte materialen (bijvoorbeeld ingevulde lijsten met gezondheidseffecten) en beleidsstukken en -plannen. De gekozen methoden zijn een vragenlijst aan alle huishoudens (aangevuld met enkele interviews om de gegevens te verdiepen) en het bestuderen van beleidsstukken.

### *Stap 3 en 4: taakverdeling en uitvoering*

De evaluatie wordt uitgevoerd door een onderzoeksinstituut.

### *Stap 5: communicatie van resultaten*

De resultaten van de evaluatie worden verspreid in de wijk en onder de plannenmakers via een slotbijeenkomst (aangekondigd in het huis-aan-huisblad) en via een papieren versie. Daarnaast komt er een bijeenkomst op het gemeentehuis waar naast de plannenmakers en beleidsmakers vertegenwoordigers van de wijkbewoners worden uitgenodigd.

---

# Bijlagen

1. Screening: checklist
  2. Scoping: informatiematrix
  3. Scoping: checklist
  4. Rapid Appraisal: checklist
-

## BIJLAGE 1. SCREENING: CHECKLIST

Deze checklist bestaat uit drie groepen vragen. Met behulp van de antwoorden op die vragen kunt u bepalen of een GES van een beleidsplan, een programma of project nodig en nuttig is.

### Gezondheidsrelevantie

Voor welke **factoren** die gezondheid beïnvloeden (gezondheidsdeterminanten) heeft het plan, project of programma mogelijke gevolgen? Denk aan:

- fysieke omgeving
- sociale omgeving
- leefstijl
- (toegang tot) zorg

Welke **groepen** zullen die invloed ondervinden?

- specifieke doelgroepen van het plan, programma of project
- kwetsbare groepen
- andere groepen

Wat is de **aard** van de verwachte gezondheidseffecten?

- Om wat voor soort effect gaat het?
- Ernst van het effect
- Duur van het effect
- Omkeerbaarheid

### Basis van kennis

- Is er **wetenschappelijke kennis** beschikbaar om de verwachte effecten nader te kunnen analyseren?
- Van welke **andere kennis/informatie** kunt u verder gebruik maken (bijvoorbeeld ervaringsdeskundigheid van buurtbewoners of patiëntengroepen)?

### Het krachtenveld

- Wie hebben er belangen bij het beleid?
- Wat is de aard van die belangen?
- Is er sprake van een positieve grondhouding ten aanzien van GES?
- Is er sprake van een politiek gevoelig onderwerp?

BIJLAGE 2. INFORMATIEMATRIX SCOPING

Vul voor elk beleidsvoornemen dat mogelijk gezondheidsrelevant is de volgende matrix in:

Beleidsvoornemen en verwachte effecten	Welke extra informatie kunnen stakeholders over de effecten geven? En over doelgroepen?	Zijn de effecten bekend of nieuw?	Hoe ver is het beleidsvoornemen in politieke besluitvorming?	Is er bij beleidsmakers al aandacht voor de effecten van het beleidsvoornemen?	Is er een relatie met beleidspeerpunten op het gebied van volksgezondheid?

## BIJLAGE 3. CHECKLIST SCOPING

De vragen hieronder kunnen u helpen bij het uitvoeren van een scoping. De scoping moet een antwoord geven op onderstaande vragen:

1. Wat is het doel en de vraagstelling van de gezondheidseffectbeoordeling?  
Welke gezondheidseffecten staan centraal? Welke (sub)populatie staat centraal?  
Hoe gaat het bevolkingsprofiel er uit zien?
2. Wat is de breedte en wat zijn de grenzen van de gezondheidseffectbeoordeling?
  - Aferking: wat sluit u in en uit?
  - Wat zijn de grenzen in termen van tijd en plaats?
  - Wanneer wordt de gezondheidseffectbeoordeling uitgevoerd?
  - Hoeveel tijd zal de gezondheidsbeoordeling kosten?
3. Wie zal de gezondheidseffectbeoordeling uitvoeren? Welke deskundigheid is vereist?
4. Welke actoren betreft u in de beoordeling van het beleid?
5. Wat is de 'geografische breedte' van de gezondheidseffectbeoordeling? Op welke bevolkingsgroep richt u zich en op welke regio of gemeente?
6. Wat is de 'tijdsbreedte' van de gezondheidseffectbeoordeling? Kijkt u naar effecten binnen vijf jaar, of binnen 20 jaar? Hoe zwaar wilt u effecten die in de (verre) toekomst liggen mee laten wegen?
7. Welke belangen (van publiek en samenleving) belangen zijn naar voren gebracht over het beleidsterrein?
8. Wat zijn de sleutelfiguren die u in de gezondheidseffectbeoordeling zult betrekken: denk systematisch na over het belang van de verschillende groepen actoren.
9. Geef de belangrijkste mijlpalen aan en maak een tijdsplanning.
10. Welke parameters stelt u op voor de evaluatie van de gezondheidseffectbeoordeling?
11. Welk budget of fondsen heeft u tot uw beschikking? Bij welk ander project kunt u aansluiten (ook financieel)?
12. Welke methoden gaat u gebruiken in de gezondheidseffectbeoordeling? Welke data gaat u verzamelen?
13. Moet u nog rekening houden met wetten of regels, bijvoorbeeld ten aanzien van burgerparticipatie, effectbeoordelingen of consentprocessen?



## BIJLAGE 4. CHECKLIST RAPID APPRAISAL

### deel 1: verdieping in het beleidsvoornemen

---

1a. Welk probleem of vraagstuk wordt in het beleidsplan aangepakt?

1b. Wat zijn de positieve en negatieve gezondheidskenmerken van de huidige situatie (de situatie voordat de beschreven voornemens zijn doorgevoerd)?

1c. Met welke positieve kenmerken wil het beleidsplan zich als een goed plan profileren?

1d. Waarmee probeert de gemeente zich te profileren?

1e. Kunt u met het meenemen van gezondheidseffecten in het plan aansluiten bij de manier waarop de gemeente zich wil profileren?

---

## 2. Voor welke groepen is het beleid van belang of op welke groepen kan het beleid invloed hebben?

Denk hierbij aan de volgende groepen:

- ☐ Mannen, vrouwen
- ☐ Kinderen tot 10 jaar, jongeren (10-20 jaar), volwassenen (20-60 jaar), ouderen (60-80 jaar), hoogbejaarden (80+ jaar)
- ☐ Chronisch zieken
- ☐ Gehandicapten
- ☐ Verslaafden
- ☐ Dak- en thuislozen
- ☐ Migranten
- ☐ Vluchtelingen
- ☐ Werklozen
- ☐ Mensen in de WAO
- ☐ Alleenstaanden
- ☐ Mensen met een lage sociaal-economische status
- ☐ Mensen uit bepaalde wijken
- ☐ Mensen met een bijzondere gevoeligheid: bijvoorbeeld astmapatiënten of zwangere vrouwen.

Omschrijf de groepen zo precies mogelijk: bijvoorbeeld verslaafde jongeren, allochtone werklozen uit een bepaalde wijk.

---



---



---



---

## 3. Welke bronnen heeft u gebruikt bij de beantwoording van vraag 1 en 2?

(bijv. opdrachtformulering, bestuursvoorstel, het plan zelf, notulen, onderzoeksrapporten, bezwaarschriften burgers, andere personen zoals ambtenaren).

---



---



---



---

4. Communicatieplan: hoe communiceert u met de verschillende actoren?

Welke actoren hebben belang bij het beleidsplan?	Betrokkenheid van de actor?	Welke belangen spelen een rol? Beschrijf positief / neutraal / negatief	Houding van de actor t.o.v. het project	Hoe communiceert de werkgroep met deze actor? Wie onderhoudt met welk doel contact en hoe?

Voer dit communicatieplan uit. Bekijk het maandelijks om te beslissen of u actie moet ondernemen.

## deel 2: bepalen van de mate van gezondheidsrelevantie

### 5. Welke determinanten worden door het beleidsvoornemen geraakt?

#### ☐ **Leefstijl**

- ☐ gebruik van tabak (roken), alcohol, drugs en andere genotmiddelen
- ☐ voeding (eetgedrag, zoals teveel of vet eten, het gebruik van gemaksvvoeding, het overslaan van maaltijden, snoepen of voedselveiligheid)
- ☐ lichamelijke (in-)activiteit (zoals lopen, fietsen, spelen, tuinieren, sport, autogebruik, beeldschermgebruik of internetgebruik)
- ☐ seksueel gedrag (zoals onveilig vrijen)
- ☐ stress
- ☐ verkeersgedrag (zoals te hard rijden, rijden onder invloed van middelen, door rood rijden)
- ☐ reizen en importziekten (reizen naar andere landen, reizen zonder aanbevolen vaccinaties, reizen van mensen uit andere landen)
- ☐ anders .....

#### ☐ **Fysieke omgeving**

- ☐ milieu (zoals luchtverontreiniging, bodemverontreiniging, straling, geluid, stank, verontreiniging van drinkwater of zwemwater)
- ☐ huisvesting/woon omgeving (zoals duurzaamheid, beeldkwaliteit)
- ☐ kwaliteit van de woning (zoals ventilatiemogelijkheden, isolatie, vocht en schimmel)
- ☐ veiligheid (zoals verkeersongevallen, privé-ongevallen, sociale veiligheid)
- ☐ aanwezigheid en bereikbaarheid van voorzieningen (zoals winkels, scholen, kinderdagverblijf, dienstencentrum, parken, horeca)
- ☐ anders .....

#### ☐ **Sociale omgeving**

- ☐ sociale contacten (gezin/familie, vrienden, kennissen, buurtbewoners, collega's, medeleerlingen)
- ☐ recreatie (actief/passief)
- ☐ samenstelling van de buurt
- ☐ leefbaarheid in een wijk (zoals criminaliteit, overlast, veiligheidsgevoelens, sociale contacten in de wijk)
- ☐ onderwijs (zoals scholingsmogelijkheden, arbeid, werkgelegenheid, arbeidsomstandigheden en inkomen)
- ☐ anders .....

#### ☐ **Gezondheidszorg, hulpdiensten**

- ☐ bereikbaarheid naar en/of vanuit zorgvoorzieningen (zoals ziekenhuizen, meldpunten, apotheek, tafeltje dekje, ambulance, politie, brandweer)
- ☐ aanwezigheid van zorgvoorzieningen (zoals verslavingsopvang, daklozenopvang)
- ☐ betaalbaarheid van zorgvoorzieningen
- ☐ kwaliteit van zorgvoorzieningen
- ☐ anders .....

6. Schema: neem in onderstaand schema de determinanten over die u in vraag 5 hebt aangekruist.

Beleidsmaatregel, zoals beschreven in de beleidsnota	Determinant Noteer in deze kolom de aangekruiste determinanten	Doelgroep Zie ook vraag 3	Effect Geef een korte beschrijving van het gezondheidseffect en geef aan of dit een positief of negatief effect is	Belang van het effect Betrekt hierbij de omvang, ernst en duur van het effect en de (on)omkeerbaarheid	Onderbouwing Zoek informatie over de relatie tussen de determinant en gezondheid

7. Vervolg schema

Determinant Noteer de in vraag 12 genoemde determinanten	Alternatief idee Zijn er alternatieven voor het beleidsvoornemen die de negatieve gezondheidseffec- ten kunnen verminderen en positieve kunnen bevorderen? Zijn er compenserende/ver- zachende maatregelen mogelijk?	Politiek Is het gezondheidseffect poli- tiek gevoelig? Was het effect voorzien? Zal bekendmaking opschudding veroorzaken?	Conclusie Formuleer aan de hand van de ingevulde schema's 6 en 7 een conclusie over het ver- wachte effect	Aanbevelingen per aange- kruiste determinant

deel 3: plan van aanpak per aanbeveling en evaluatie

8. Vul per aanbeveling de onderstaande tabel in: (vermenigvuldig deze tabel naar het totaal aantal aanbevelingen)  
Aanbeveling: .....

Taken "Wat?"	Verantwoordelijke "Wie?": iemand van de aan- wezigen	Manier van uitvoering "Hoe?"	Tijdsplan+deadlines aanpak "Wanneer?": sluit aan bij bestaande beleidsprocessen en deadlines	Beoogd resultaat "Waarom?"

## GEBRUIKTE BRONNEN

- Anoniem. Consolidated version of the Treaty establishing the European Community. Official Journal of the European Communities 24-12-2002.
- Bovens MAP *et al.* Openbaar bestuur: beleid, organisatie en politiek, Kluwer, Alphen a/d Rijn, 2001.
- Commission of the European Communities. Communication from the Commission on Impact Assessment (COM(2002) 276 final). Commission of the European Communities, Brussel, 2002.
- Den Broeder L. Health Impact Assessment of the European Employment Strategy – a pilot study in the Netherlands. Deelrapportage van het project 'Policy Health Impact Assessment for the European Union'. RIVM, Bilthoven, 2004.
- Den Broeder JM. Mensen, wensen, gezond wonen. Een rapportage over kansen voor gezondheid in de Nota Wonen. Netherlands School of Public Health, Utrecht, 2002.
- Diwan V, Douglas M, Karlberg I *et al* (eds). Health Impact Assessment: from theory to practice. Report on the Leo Kaprio Workshop, Gothenburg, 28-30 October, 1999. The Nordic School of Public Health, Göteborg, 2000.
- Kemm J (2003). Perspectives on health impact assessment. Bulletin of the World Health Organization 2003, 81: 387.
- Lock K, Gabrijelcic-Blenkus M, Martuzzi M *et al.* Health impact assessment of agriculture and food policies: lessons learnt from the Republic of Slovenia. Bulletin of the World Health Organization 2003, 81 (6): 391-8.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn, en Sport. Langer gezond leven. Ook een kwestie van gezond gedrag. Kabinetsnota, Den Haag, oktober 2003.
- Penris M, Koornstra A. Instrumenten voor Integraal Gezondheidsbeleid. VNG/GGD Nederland, Den Haag, Utrecht, 2003.
- Public Health Advisory Committee. A Guide to health impact Assessment: A policy tool for New Zealand. Public Health Advisory Committee, Wellington, 2004.
- Putters K. Gezondheidseffectscreening: Rationele modellen in hun bestuurlijke context. Rijswijk: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 1996.
- Quigley RJ, Taylor LC. Evaluation as a key part of health impact assessment: the English experience. Bull World Health Org 81, 415-8, 2003.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Gezond zonder zorg. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, Zoetermeer, 2000.
- Roscam Abbing EW, Smits L, Tax B. Gezondheids-effectscreening. Een verkenning. Katholieke Universiteit Nijmegen, Nijmegen, 1993.
- Scott-Samuel A, Birley M, Arden K. The Merseyside guidelines for health impact assessment. University of Liverpool, Liverpool, 1998.
- Taylor L, Blair-Stevens C. Introducing health impact assessment (HIA): Informing the decision-making process. Health Development Agency, London, 2002.
- Taylor L, Gowman N, Quigley R. Evaluating health impact assessment. Health Development Agency, London, 2003.
- Taylor L, Quigley R. Health Impact Assessment. <sup>9</sup>A review of reviews. London: Health Development Agency URL <http://www.hiagateway.org.uk/>, bezocht mei 2004.
- Van der Grinten TED. College prof. T.E.D. van der Grinten, Evidence-based Health Policy, Erasmus Universiteit Rotterdam, 2003
- Van der Lucht F, Verkley H. Gezondheid in de grote steden. Achterstanden en kansen. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven, 2001.
- Van Oers JAM (red). Gezondheid op Koers? Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven, 2002.
- Varela Put G, den Broeder L, Penris M, Roscam Abbing EW. Experience with HIA at national policy level in the Netherlands. World Health Organization, Brussel, 2001.
- Wilcox D. The guide to effective participation. Delta Press, Brighton, 1994. URL <http://www.partnerships.org.uk>, bezocht Juli 2004.
- World Health Organisation. Health Impact Assessment. URL <http://www.who.int/hia/en/>, bezocht mei 2004.