



Effectieve intersectorale governance voor gezondheid: een praktijkgerichte terreinverkenning

Wendy Reijmerink

Aanbevolen citeerwijze bij dit artikel

Wendy Reijmerink, 'Effectieve intersectorale governance voor gezondheid: een praktijkgerichte terreinverkenning', *Beleidsonderzoek Online* februari 2014, DOI: 10.5553/Beleidsonderzoek.000036

Inleidende samenvatting

Deze terreinverkenning op basis van literatuuronderzoek handelt over een internationaal actueel, maar nationaal onderbelicht thema dat hier wordt aangeduid als 'intersectorale governance voor gezondheid'. De verkenning is geschreven voor de landelijke beleidspraktijk, vanuit het perspectief van nationale beleidsambtenaren als potentiële dragers van intersectorale governance. In het licht van de bestuurlijke kernopdracht voor de komende jaren, werken aan een goede gezondheid, wordt aandacht besteed aan het belang van integrale beleidsvoering op centraal niveau en de hardnekkigheid waarmee het actief inzetten ervan uitblijft. Een focus op beleidsambtenaren als dragers van intersectorale governance biedt interessante mogelijkheden om uit die impasse te komen. Zeker als zij daarbij adequaat worden ondersteund door relevant onderzoek.

Beleidsopgave: een integraal perspectief op hedendaagse gezondheidsproblemen

We leven in een wereld die steeds ingewikkelder wordt. Ontwikkelingen gaan sneller, crises en onverwachte gebeurtenissen volgen elkaar op, problemen raken met elkaar verweven en de ruimte voor oplossingen wordt steeds kleiner. De verwevenheid van maatschappelijke problemen is inmiddels zo groot dat je niet meer apart kunt kijken naar (bijvoorbeeld) klimaatverandering, armoede, verstedelijking, grondstoffenproblematiek en gezondheid. De klassieke manier van beleid bedenken, te weten analyses per probleemgebied, zo goed mogelijk beleid formuleren en dat aan de maatschappij opleggen, werkt in die situatie steeds minder goed. Wat op één deelgebied tot een oplossing leidt, kan verkeerd uitpakken voor twee andere problemen. Om legitiem en effectief beleid te ontwikkelen voor complexe maatschappelijke problemen hebben overheden een *crude look at the whole* nodig, aldus Peter Ho, de architect van de nationale langetermijnstrategie van Singapore.¹ Complex wil – zeer kort gesteld – zeggen dat het vraagstukken of problemen betreft met meervoudige onderling samenhangende oorzaken en gevolgen die soms leiden tot onvoorspelbare

gebeurtenissen. Complexiteit is een kenmerk van zogenoemde hardnekkige of ontembare problemen; veel hedendaagse gezondheids(zorg)problemen kunnen als zodanig worden aangemerkt (Kickbusch & Behrendt, 2013). In het licht van deze situatieschets doet het lectoraat Public Management van de Haagse Hogeschool toepassingsgericht onderzoek naar effectieve governance. Een van de aandachtsgebieden waarover naar de mening van het lectoraat nieuwe kennis nodig is, betreft het gezondheidsbeleid van de nationale overheid, met een focus op interdepartementale samenwerking. In het onderzoeksprogramma Horizon 2020 beschouwt de Europese Unie ‘gezondheid, vergrijzing en welzijn’ als een van de zes grote maatschappelijke vraagstukken die collectieve ministeriële verantwoordelijkheid en verantwoording behoeven, op internationaal en nationaal niveau². Gezondheid is de optelsom van lichamelijke of genetische eigenschappen, leefstijl en gedrag, fysieke omgeving, sociale omgeving en demografische kenmerken (leeftijd, geslacht). Gezondheid, welzijn en kwaliteit van leven vormen de basisvoorwaarden voor individuele en maatschappelijke ontwikkeling, en zijn daarmee een strategische factor van betekenis en kernwaarde van het concept *good governance* (Van Ewijk et al., 2013; Kickbusch & Gleicher, 2012)³. Omgekeerd evenredig worden gedurende de levensloop veel gezondheidsproblemen (in positieve/gezondheidsbevorderende of negatieve/gezondheidsschadende zin) beïnvloed door factoren buiten het institutionele domein van de gezondheidszorg, en hebben gezondheidsvraagstukken steeds vaker een sectoroverstijgend karakter⁴. In dat verband wordt gesproken van intersectorale invloeden.

De tien grote historische successen van de volksgezondheid, te weten vaccinaties, bestrijding van infectieziekten, veiligheid van de werkplek, gezondere moeders en baby's, veiliger en gezonder voedsel, family planning, fluoridegebruik, verkeersveiligheid, bestrijding van hart- en vaatziekten, bestrijding van tabaksgebruik, kennen allemaal intersectorale aspecten. De tien grote toekomstige opgaven voor de volksgezondheid, namelijk de ontwikkeling van kinderen, langer gezond leven, gezondheidsverschillen, gedrag en gezondheid, milieu en gezondheid, infectieziekten, geestelijke gezondheid, ongevallen en geweld, wijs gebruik van nieuwe technologie, rationele gezondheidszorg, kennen eveneens allemaal intersectorale aspecten. Aldus de Rotterdamse hoogleraar Maatschappelijke Gezondheidszorg Johan Mackenbach tijdens de Werkconferentie Publieke Gezondheid, die op 18 januari 2005 plaatshad op initiatief van de Gezondheidsraad en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Ook het huidige kabinet erkent de noodzaak van een breed intersectoraal perspectief en voert dit aan als inhoudelijk argument voor de samenvoeging van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) met de Raad voor de Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO) tot een nieuwe strategische Adviesraad voor Gezondheid, Participatie en Zorg. ‘Steeds duidelijker wordt dat het medisch perspectief maar een van de perspectieven is die gezondheidswinst doet realiseren’, aldus minister Schippers van VWS in de betreffende Kamerbrief van 28 mei 2013. ‘Gezondheid wordt in hoge mate mede bepaald door welbevinden, wat op zijn beurt wordt gevoed door opleiding, de mogelijkheden voor maatschappelijke participatie, het hebben van sociale contacten en een veilige leefomgeving.’ En in het *Nationaal Programma Preventie 2014-2016* van oktober 2013 stelt Schippers: ‘Alles is gezondheid ...’

Het betreft hier primair de beleidsdomeinen en het primaat van andere ministeries (en uitvoerders in andere sectoren) dan het vakdepartement van VWS (en uitvoerders in de zorgsector, waaronder met name gemeenten), maar die VWS als 'nationaal accounthouder volksgezondheid' waar relevant wel kan beïnvloeden. Anders geformuleerd: de zoektocht naar oplossingen voor in termen van prevalentie, zorgkosten en epidemiologische groei belangrijke gezondheidsproblemen als obesitas, kanker, hart- en vaatziekten, COPD, astma en psychische aandoeningen is *not up to the health sector alone* (WHO, 1998): bijna alle departementen hebben een potentiële betrokkenheid bij determinanten die hierop van invloed zijn. Wel zestig beleidssectoren hebben de mogelijkheid om determinanten te beïnvloeden (Ruwaard & Kramers, 1997). Waar dat het geval is, zoals bij obesitas of luchtwegklachten door fijn stof, is (meer) integraal beleid het enig juiste antwoord voor het realiseren van gezondheidsdoelstellingen (De Gouw, 2012).

Integraal gezondheidsbeleid

Een integrale beleidsaanpak voor sectoroverstijgende gezondheidsvraagstukken oftewel integraal gezondheidsbeleid⁵ is gericht op (1) het organiseren van allianties tussen beleidssectoren die zich buigen over zaken waarbij de gezondheid van burgers in het geding is, en (2) het arrangeren van afspraken ten aanzien van de onderlinge werkrelaties en afstemming van beleidsprocessen. Contextuele *drivers* die een integrale beleidsaanpak in politiek-bestuurlijke zin legitimeren zijn:

- Coproductie: de verantwoordelijkheid om een bijdrage te leveren aan 'gezond leven' wordt in het politieke domein inmiddels algemeen beschouwd als een gemeenschappelijke van overheid, markt en samenleving.
- Systeemverantwoordelijkheid: de overheid (in dit geval: VWS) zal altijd haar bestaansrecht ontlend aan de mate waarin ze voorwaarden kan scheppen voor de collectieve gezondheid en gezamenlijke kwaliteit van leven. Ook als andere partijen hun werk doen.
- Interdependentie: in institutioneel verdichte beleidsstelsels is effectief overheidsoptreden in toenemende mate afhankelijk geraakt van het doen en laten van vele *significant others*.
- Complexiteit: het falen van markt en overheid respectievelijk strategisch gedrag van actoren binnen de gezondheidszorg botst met het maatschappelijk decor van een toenemende chronische ziektelast, een andere zorgvraag, stijgende zorguitgaven en een stijgend budgettaire beslag op zorg.⁶

Het concept integraal pretendeert een volkomenheid en sturingspretentie die niet kan worden waargemaakt. Dat wordt hier niet bedoeld. In beleidsomgevingen die gekenmerkt worden door toenemende complexiteit en turbulentie, verkokerde logica's en overwegend professionele werkprocessen, zullen samenwerkingspartners per gezondheidsvraagstuk variëren en zal recht moeten worden gedaan aan hun respectievelijke doelen en verantwoordelijkheden. Inzet blijft in alle gevallen en situaties een

samenhangende aanpak bij evidente verwevenheid van problemen (bijvoorbeeld armoede en gezondheid).

Essentieel voor het voeren van integraal gezondheidsbeleid is intersectoraal werken. Intersectoraal werken wordt hier omschreven als een vorm van strategische probleemoplossing op langere termijn voor onder meer gezondheid, die door doelbewuste samenwerking en kennisuitwisseling tussen actoren binnen en buiten de overheid tot stand gebracht wordt, waarbij publiek, professionals en politici betrokken zijn, en waarbij traditionele scheidslijnen tussen sectoren, organisaties, instellingen, disciplines en groepen overschreden worden.⁷ Intersectoraal werken is gericht op samenhang tussen ‘wat, wie en hoe’ oftewel de inhoud van beleid, de (verdeling van) verantwoordelijkheden en bevoegdheden en de uitvoering van beleid, en vergt dus ‘relationeel kijken’ (Kensen, 2007). De bijbehorende bestuurlijke verschuiving is er onder meer één naar prioriteren, sturen en verantwoorden in netwerken van relaties (Theisens, 2012). Dit is een dynamisch en domeinoverstijgend proces, dat wordt aangeduid met de term *governance* of *netwerksturing*. *Governance*-processen spelen zich af op (en tussen) meerdere handelings- en besluitvormingsniveaus met eigen logica's en zonder vanzelfsprekend coördinatiemechanisme (Hoek, 2007). De uitdaging is iets op te leveren wat voor meerdere actoren uit verschillende arena's interessant is, en op zoek te gaan naar overlappende *currencies* of handelingsperspectieven. Daarvoor is gelijkwaardige en niet-vrijblijvende interactie nodig tussen de betrokken partijen ('dialogische relaties').

Nederlandse situatie

Sinds het verschijnen van de Nota 2000 in 1986 – waarin integraal gezondheidsbeleid op basis van gezondheidsgegevens in Nederland werd geïntroduceerd, een internationaal unicum – zijn er wel resultaten geboekt, zoals op het terrein van het tabaksgebruik. Op veel beleidsterreinen – milieu, verkeer, wonen, werken – is men zich welbewust van de (interactie met) gezondheidsaspecten en pakt men volksgezondheidsproblemen uit eigener beweging uitstekend aan (verkeersdoden, ongevallen op het werk, voedselvergiftigingen). Daarnaast was Nederland een van de eerste landen binnen de Europese WHO-regio die met het instrument van de gezondheidseffectschatting of *health impact assessment* systematisch aandacht besteedde aan het inschatten van de gezondheidseffecten van nationaal beleid. Op een aantal onderwerpen is/wordt met wisselende en soms minimale intensiteit samengewerkt tussen departementen (grootstedenbeleid, bewegen/overgewicht, natuur, milieu, jeugd, arbeid). Maar ondanks beleidstraditie, *evidence-based* kennis en informatie, evident nut en noodzaak, en goede voornemens als het langdurig faciliteren van gezond gedrag en terugdringen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen,⁸ ontbreekt het heden ten dage aan een strategische visie met bijbehorende beleidsinzet en domineert de overheidsbemoeienis met (financiële) uitvoeringskwesties in de zorg. Hierdoor laat het Rijk nog veel mogelijkheden onbenut om gezondheid vanuit andere beleidsdomeinen dan de gezondheidszorg gunstig te beïnvloeden (RVZ, 2006; De Hollander et al., 2006). In het verlengde hiervan pleiten Kamerleden voor een programmatische beleidsaanpak met een integrale focus op gezondheid door het ministerie van VWS en structurele aandacht voor gezondheid bij (ook) andere ministeries (Kraak, 2013).

Zo stierven in Nederland in 2004 naar schatting 1700 tot 3000 mensen vroegtijdig door de acute effecten van het inademen van fijn stof. De

langetermijneffecten omvatten nog een groter aantal mensen: men denkt dat 10.000 tot 15.000 personen vroegtijdig (enkele maanden tot maximaal enkele jaren te vroeg) overlijden. In Nederland overlijden jaarlijks 145.000 mensen (alle doodsoorzaken bij elkaar opgeteld). Een sterfte van 15.000 mensen door fijn stof betekent dat meer dan 10 procent van alle sterfgevallen in Nederland door fijn stof wordt veroorzaakt. Men ziet door fijn stof tevens een toename van luchtwegklachten, hoesten, benauwdheid, verminderde longfunctie en meer ziekenhuisopnames (De Hollander et al., 2006). Een actueel wetenschappelijk pleidooi voor een geïntegreerde probleemaanpak vormt het Gezondheidsraadadvies over het binnenmilieu (2013). In het verleden werden binnenmilieuproblemen vaak reactief en 'per probleem' aangepakt. Dit heeft deels gewerkt, maar om meer te bereiken is meer grip nodig op de binnenmilieukwaliteit als geheel. De complexe mix van ontwikkelingen en beleidsvelden vereist volgens de Gezondheidsraad een meer geïntegreerde en proactieve kijk op het binnenmilieu, op woningontwerp en op woninggebruik. Een onderwerp als ouderen(zorg) en binnenmilieu ligt bijvoorbeeld op het grensvlak van de werkvelden van de ministeries van VWS, Infrastructuur en Milieu, en Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties. Het voeren van een structureel binnenmilieubeleid met een vooruitziende blik biedt meer kansen op gezondheidswinst dan een ad hoc aanpak. Een betere regie is hiervoor essentieel, aldus de Gezondheidsraad.

Effectieve intersectorale governance voor gezondheid

Toenemende omgevingscomplexiteit heeft geleid tot steeds ingewikkelder en omvattender beleidsopgaven die, omwille van politiek-bestuurlijke legitimiteit en effectiviteit, nopen tot een samenhangende intersectorale aanpak, gericht op maatschappelijk resultaat. 't Hart en Van der Steen (2012) voorzien onder meer een vergrote politiek-maatschappelijke druk op de ambtelijke rijksdienst tot coördinatie en integraliteit van handelen op in elk geval kerndossiers. Het is aannemelijk dat de transformatie van de klassieke verzorgingsstaat tot een participatiesamenleving daar extra (financiële) druk op legt. Idealiter gaat dit gepaard met een 'modernisering' waarbij samenwerking vanuit meerdere domeinen en verantwoordelijkheden de norm is in plaats van de bekende 'strijd om specifiek beleid' op basis van *ingroup-outgroup*-gevoelens. Wismar et al. (2012) benadrukken in dat verband het belang van interdepartementale samenwerking in interorganisationale eenheden en werkgroepen. Interorganisationale eenheden (compact, kwalitatief hoogstaand) functioneren vooral op strategisch/visionair niveau (richting en vormgeving van beleid) en werkgroepen op operationeel/technisch niveau (concretisering en uitvoering van beleid). Interdepartementale samenwerking kan volgens hen een effectieve intersectorale governance-structuur zijn om invulling te (kunnen) geven aan kenmerkende ambtelijke taakelementen als interdisciplinaire kennisopbouw/verspreiding,⁹ gecoördineerde actie, agendasetting en belangenbehartiging, monitoring en evaluatie, regievoering, en implementatie en (transitie)management, mits sprake is van brede (politieke) consensus over de relevantie van het betreffende beleidsissue. Interdepartementale samenwerking functioneert naast governance-arrangementen voor politiek-bestuurlijke prioriteitstelling en doelbepaling, middelenvoorziening en het verkrijgen van maatschappelijk draagvlak. En al dan niet in combinatie met activiteiten op het handelingsniveau van regering en parlement, markt en

samenleving.

Geïnspireerd door de WHO (Kickbusch & Gleicher, 2012) duid ik dit ambtelijk samenwerkingsproces aan als ‘intersectorale governance voor gezondheid’. Intersectorale governance voor gezondheid wordt hier omschreven als een interactief coördinatieproces om te bevorderen dat het gezondheidsbelang wordt geïntegreerd in het overheidsbeleid, door te vertrekken vanuit het (positieve) perspectief van de bijdrage van gezondheid voor andere beleidssectoren. De term ‘interactief’ refereert naar de gelijkwaardigheid en niet-vrijblijvendheid van de relaties. In termen van Van Twist et al. (2009) gaat het om het (kunnen en willen) werken ‘tussen de grenzen’ van (en binnen) departementen. Een dergelijk netwerkperspectief biedt kansen voor een ‘compacte overheid’ omdat het publieke kennis, doelen en middelen bundelt en meer zeggingskracht heeft. Onder andere richting regionaal en lokaal niveau waar dezelfde vraagstukken spelen, ondanks een grotere complexiteit van beleids- en uitvoeringsprocessen en grotere publieke transparantie en bijbehorende politieke profilering op landelijk niveau.

In de beleidstheorie wordt aan decentrale overheden meer integrerend vermogen toegekend dan aan de centrale overheid (Fleurke, 2013). Deze gedachte komt voort uit het feit dat op rijksniveau sprake is van afzonderlijke departementen, geïnstitutionaliseerde sectorale belangen en relatief sterke desintegratiemechanismen op politiek-bestuurlijk niveau. Decentrale overheden zouden door de aanwezigheid van collegiaal bestuur en een minder sterk doorgevoerde organisatorische differentiatie gemakkelijker integraal beleid kunnen voeren. Of gemeenten meer geïntegreerd beleid kunnen voeren dan de verkokerde ministeries, valt nog te bezien. De gemeenten worden vergroot en dat zou eenzelfde soort (aan schaal verbonden) verkokering teweeg kunnen brengen. In elk geval heeft ook de gemeentelijke praktijk te maken met suboptimale uitvoering van integraal gezondheidsbeleid. Belemmerende factoren betreffen een gebrek aan probleemeigenaarschap op strategisch niveau, een gebrek aan urgentie wat betreft agendasetting, slechte toegankelijkheid van lokale beleidsmedewerkers en beleidsdocumenten, en organisationele barrières voor intersectorale samenwerking (Habraken et al., 2013).

Gedacht vanuit het huidige, gefragmenteerde beleidssysteem brengt interdepartementale samenwerking als governance-structuur onzekerheid en wellicht (schijnbare) chaos met zich. Vanuit het idee dat in de aanpassing van (complexe adaptieve) systemen aan een veranderende maatschappelijke omgeving innovaties belangrijk zijn, kan samenwerking een nieuwe orde brengen die een betere weerspiegeling vormt van de verwevenheid van de samenleving en uiteindelijk tot effectiever en efficiënter beleid leidt op terreinen die in de uitvoeringspraktijk allerlei wisselwerkingen vertonen.¹⁰ De verwachting is dat het vermogen te anticiperen en de kwaliteit van beleidsbeslissingen zijn gebaat bij besef van verwevenheid van maatschappelijke problemen en de constante van een veranderende maatschappelijke omgeving. Breed (2009) beschrijft een aantal voorwaarden waaraan in elk geval moet worden voldaan om interdepartementale samenwerking te laten slagen:

1. De maatschappelijke opgave moet het vertrekpunt vormen en niet de bestaande departementale terreinafbakening of de soms eigenstandige logica van de (Haagse) politieke dynamiek.

2. Politieke sturing verloopt bij interdepartementale samenwerking bijna nooit langs de lijnen van de klassieke ministeriële verantwoordelijkheid. Politici moeten dus bereid zijn om collegiaal en creatief een oplossing te vinden voor schurende verantwoordelijkheden, als de situatie erom vraagt.¹¹
3. Ambtenaren moeten enerzijds het oog richten op de maatschappelijke opgave, anderzijds er goed op letten dat de politieke wil en het draagvlak in het kabinet blijven bestaan.
4. In de politiekambtelijke verhoudingen moet het realiseren van wederzijdse complementariteit centraal staan, op basis van onderling respect en vertrouwen.
5. Politieke wil en ambtelijke samenwerking zijn gebaat bij een goede communicatie.

Aanvullend schetsen Greer en Maresso (2012) de volgende samenwerkingsmodaliteiten:

	Hoog politiek belang	Laag politiek belang
Hoog conflictueuze beleidssituatie	Situatie 1: Interdepartementale samenwerking kan beleidsissues verduidelijken maar probleemoplossing hangt af van politieke steun	Situatie 2: Zonder sterke politieke steun voor het beleidsissue bestaat het risico op suboptimale interdepartementale samenwerking
Laag conflictueuze beleidssituatie	Situatie 4: Optimaal voor interdepartementale samenwerking voor probleemoplossing	Situatie 3: Interdepartementale samenwerking kan verhelderend werken voor probleem en oplossing

Ter toelichting: van een hoog conflictueuze beleidssituatie is sprake als er nauwelijks of geen consensus is tussen betrokken departementen. Politiek belang is de mate waarin een intersectoraal issue ertoe doet op kabinetsniveau.

Op basis van de theorie luidt de conclusie dat (expliciete) politieke steun voor interdepartementale samenwerking voor gezondheid en een (bijbehorende) bestuurlijk-ambtelijke mix van strategisch en operationeel intersectoraal werken belangrijke condities zijn voor het kunnen behalen van maatschappelijk resultaat. De as 'politiek verantwoordelijke – topambtenaar – beleidsprofessional' moet er met andere woorden staan, zoals ook wordt bevestigd in empirisch onderzoek van Korsten et al. (2010). Aanvullend stelt Bekker (2009) dat goede interdepartementale coördinatie samenhangt met het hebben van voldoende ambtelijke beslissingsmacht, het hebben van voldoende toegang tot politieke beslissers en het niet in de plaats treden (door eigen beleid of eigen functionarissen) van de organisaties waarvan het beleid gecoördineerd moet worden.¹²

De rol van beleidsprofessionals

Een integrale beleidsaanpak stelt met name eisen aan de professionele samenwerkingsrelaties tussen beleidssectoren. Dit vanwege het feit dat je met (collega-)partijen te maken hebt waar je geen zeggenschap over hebt en rijksbreed werkt in een institutionele omgeving die dominant bureaucratisch is. Valkuilen die dan op de loer liggen: het ontbreken van tegenmacht, niemand écht eigenaar, geen keuzes, compromiscultuur, trage processen (Van Twist et al., 2009). De uitdaging voor ‘tussenpersonen’ of beleidsprofessionals is gericht te zoeken naar parallelle belangen en te bouwen aan betekenisvolle en duurzame arrangementen, waarin *significant others* op basis van gedeelde kennis en belangenafweging zelf verantwoordelijkheid kunnen en willen nemen voor bepaalde maatschappelijke taken, in dit geval op het gebied van gezondheid. Met parallelle van belangen wordt bedoeld op het feit dat de overheid gezondheid als maatschappelijke kernwaarde ziet, maar vooral ook als gerechtvaardigd belang in relatie tot andere gerechtvaardigde belangen.

Het begrip professionaliteit verwijst hier naar een individueel beroepsmatig handelen dat wordt gekenmerkt door zelfstandigheid, kritische reflectie, leren en experimenteren (Geul & Klarenbeek, 2012). In de context van de nationale overheid gaat het over de professionaliteit van rijksambtenaren, werkzaam bij de Haagse ministeries in de functie van beleidsmedewerker of beleidsadviseur.¹³ Hoewel de professionaliteit van beleidsambtenaren van oudsher wordt begrensd door het primaat van de politiek en ambtelijke loyaliteit kan de overheid allang niet meer (uitsluitend) getypeerd worden als een machineorganisatie waarin conservatieve bureaucraten niet meer dan de starre regels toepassen en zo een tegenpool vormen voor innovatieve tendensen. Zij draagt bij uitstek kenmerken van een kennisintensieve organisatie.¹⁴ De hieraan ten grondslag liggende organisatiefilosofie vertrekt vanuit de typering van het ministerie als professionele organisatie.

‘Een professionele organisatie bestaat uit hoogwaardige kenniswerkers die sterk probleemgericht te werk gaan. Zij zijn deskundig op een bepaald vakgebied, en beschikken over veel kennis van een bepaald onderwerp of over een bijzondere vaardigheid. In professionele organisaties wordt men sterk beoordeeld op zijn professionele vermogen, zijn bijdrage aan het totaal, waarbij velen een unieke bijdrage hebben. Kwaliteit is het toverwoord in een professionele organisatie, alsook respect voor vakbekwaamheid. In een professionele organisatie wordt samengewerkt op basis van gezamenlijk gevoelde belangen en op basis van waardering voor elkaars kwaliteit, niet op basis van voorschrift of hiërarchie. Een structuur is voor een professionele organisatie slechts een hulpmiddel, nodig om iets van een casco te hebben, een zekere basis, maar het liefst bekommeren professionals zich om het werk, in het geval van VWS gericht op optimale volksgezondheid, welzijn en zorg voor allen.’ Noties – vrij geciteerd – afkomstig van Roel Bekker, toenmalig secretaris-generaal van het ministerie van VWS, in zijn boekje *Ministerie in verbouwing* (2000).

Het specifieke van beleidsprofessionaliteit is de gerichtheid op het oplossen van een maatschappelijk probleem dat hoog op de politieke agenda staat. Bijbehorende focuspunten zijn, geïnspireerd door Geul en Klarenbeek, robuuste inhoud (combinatie van feiten en visie), bestuurlijk draagvlak voor planuitvoering, publieke verantwoording en adequate timing. Bewezen kwaliteiten van *best persons* zijn: analytisch vermogen, creativiteit, politiek-maatschappelijke sensitiviteit, en een combinatie van flexibiliteit en

standvastigheid.

Om actief synergie te bevorderen moet op zoek worden gegaan naar waar die belangen elkaar versterken of waar gezondheid ten dienste kan zijn aan andere belangen. Een en ander doet een extra beroep op (1) het verbindend vermogen en mediërende vaardigheden van beleidsprofessionals: zij moeten als het ware laveren 'tussen dirigisme en nihilisme' oftewel zorgen voor een samenspel van hiërarchische invloed, heterarchie en netwerk-invloed (*metagovernance*), (2) *managerial* ruimte voor meervoudige sturingsvormen waaronder zelforganisatie, en (3) *last but not least*, op politieke moed voor het zo nodig aanpassen van bestaande cycli. Gezamenlijk is dat van groot belang voor het eigentijds vormgeven van goed nationaal bestuur dat in beginsel berust op samenwerking of coproductie van de *whole-of-government* en *whole-of-society* (Kickbusch & Gleicher, 2012).

Tot slot. Bij toenemende complexiteit is de informatie voor belangrijke beslissingen nooit compleet en is er geen garantie op een goede afloop c.q. daadwerkelijke uitvoering. De kernopgave voor beleidsprofessionals luidt derhalve om te experimenteren en te kijken wat werkt, om *windows of opportunity* te ontdekken en om te begrijpen wat je beter niet kunt doen. Het gaat erom de toekomst vorm te geven in plaats van te voorspellen: je wordt (toch) altijd verrast.

De rol van kennis voor beleid

De indruk bestaat dat naast beleidsmedewerkers beleidsonderzoekers te weinig aandacht besteden aan intersectorale governance. Heel wat beleid gaat dan ook gebukt onder het feit dat het weinig afgestemd is op wat er op aanpalende beleidsterreinen allemaal gebeurt; soms is er zelfs sprake van tegenstrijdigheden. Aan de andere kant maakt dit beleidsontwikkeling wel steeds lastiger omdat je met zoveel tegelijk rekening moet houden. De overtuiging is echter dat dit steeds beter zal gaan naarmate op elk beleidsterrein meer aandacht komt voor horizontale synergie. Daarbij is een belangrijke rol weggelegd voor kennis afkomstig uit onafhankelijk beleidsonderzoek: de cyclus van beleidsonderzoek begint en eindigt immers in het beleid zelf. Dit impliceert dat niet wetenschappelijke vragen maar vragen van de stakeholders of doelgroepen uit het beleidsveld centraal staan, wat een veelkleurig palet aan functies meebrengt.

In zijn oratie onderscheidt Van Hoesel naar gelang de fase waarin het beleid verkeert de volgende functies van beleidsgericht onderzoek:

- een signalerende functie met betrekking tot onderwerpen die niet op de beleidsagenda staan of naar de achtergrond waren verdwenen;
- een diagnostische functie zodra een onderwerp wel op de beleidsagenda staat, maar het beleidsprobleem nog niet in kaart is gebracht;
- een preventieve functie in de ontwerpfase van beleid, namelijk om te bewerkstelligen dat er uitvoerbaar en effectief beleid wordt ontworpen;
- een begeleidende functie in de fase van besluitvorming, waar het

gaat om de kwaliteit van het besluitvormingsproces;

- een bijsturende functie in de fase van introductie van nieuw of aangepast beleid, om mogelijke implementatiehobbels te kunnen slechten;
- een evaluerende functie in de fase van uitvoering van beleid, om na te gaan of het beleid zijn beoogde doel heeft bereikt tegen aanvaardbare kosten.

Elk van deze functies wordt gediend met specifieke typen onderzoek die niet alleen sec informatie opleveren, maar elk ook een aanwijsbare procesfunctie voor het beleid hebben, impliciet of expliciet (Van Hoesel, 2003). Het onderzoek moet aanzetten tot actie en hierin efficiënt zijn.¹⁵

Het bevorderen van de volksgezondheid in termen van (gezonde) levensverwachting, kwaliteit van leven en maatschappelijke participatie is een grondwettelijk vastgelegde en daarmee gemeenschappelijke overheidsverantwoordelijkheid.¹⁶ Dat is niet zonder reden: naast intrinsieke waarde – goede gezondheid wordt beschouwd als een van de hoogste waarden in het leven (Schnabel, 2013) – heeft een goede volksgezondheid brede maatschappelijke betekenis, aangezien het een noodzakelijke voorwaarde is voor duurzame ontwikkeling van mens, milieu en welvaart. Bovendien draagt het vanwege de samenhang met omgevingsgebonden factoren in veel gevallen bij aan het realiseren van andermans beleidsdoelstellingen: gezonde kinderen presteren beter in het onderwijs en gezonde mensen dragen bij aan een gezonde economie of een gezonde leefomgeving.¹⁷ Zorg voor gezondheid vergt dus meer dan gezondheidszorg, zoals David Hunter het uitdrukte tijdens de Gezondheidslezing 2007, namelijk een intersectorale aanpak met als kernaspecten tijd, context en actoren.

Intersectorale governance voor gezondheid komt vooral neer op het opbouwen van competenties en capaciteit die voortvloeien uit de noodzaak voor overheden zich te moeten leren aanpassen aan toenemende complexiteit (Kickbusch & Gleicher, 2012). Specifiek voor de nationale overheid geldt dat – onder invloed van trends als globalisering, individualisering, vernetwerking, vermaatschappelijking en vermarkting¹⁸ – de directe zeggenschap afneemt c.q. wordt ingeleverd op beleidsmonopolie, hetgeen een beroep doet op vernieuwing van de beleidspraktijk (voor gezondheid). De noodzaak tot beheersing van (zorg)kosten, in combinatie met langer gezond doorwerken, geeft intersectoraal werken rond het thema gezondheid een extra impuls.

Het succesvol integreren en afstemmen van gezondheidsbelangen in het beleid van de rijksoverheid doet ook een beroep op vernieuwing van onderzoek (conceptueel, methodologisch) in die zin, dat het kennis aandraagt voor inzichtgedreven actie. Voor effectieve intersectorale governance is het noodzakelijk dat nationale beleidsmakers in een complexe omgeving leren samenwerken en anticiperen op toekomstige veranderingen. Met inachtneming van de voor complexe probleemoplossing benodigde reflexiviteit is de publieke taakopdracht van beleidsonderzoek een bijdrage te leveren aan verdergaande professionalisering van werkwijzen en evidence-based innovatie van beleidspraktijken. Dat kan door optimaal gebruik te maken van reeds ter beschikking staande technieken en benaderingen, zoals *backcasting* (terugwerken vanuit de gewenste situatie naar wat je tussen nu en dan moet

doen), *policy gaming* (naspelen van (crisis)situaties en leren van de manier waarop je reageert), *risk assessment* en horizonanalyse, zodat je een idee hebt wat er aan zou kunnen komen en hoe de afzonderlijke ontwikkelingen elkaar kunnen beïnvloeden. Dat kan ook door vanuit een beschutte omgeving¹⁹ en interdisciplinair perspectief ondersteuning te bieden bij het creëren van nieuwe verbindingen en *partnerships for health*. Een geheel andere bijdrage van beleidsonderzoek aan (ondersteuning van) interdepartementaal samenwerken is gelegen in het vertrekpunt van *value for money* van wederzijds investeren in gezondheid (bijvoorbeeld kostenutiliteitsanalyse op het gebied van huisvesting en gezondheid). Gelijkwaardige en niet-vrijblijvende interactie tussen de verschillende betrokkenen in alle kennisfasen is van belang voor aansluiting van te ontwikkelen kennisproducten met de betreffende werkpraktijk (Raad voor Gezondheidsonderzoek, 2008).²⁰

Het is belangrijk te onderkennen dat integraal gezondheidsbeleid een manier van beleid maken is waarbinnen heel veel diversiteit is, in termen van de doelstellingen van beleid (van roken, via obesitas, naar verkeersdoden), in termen van de actoren (afhankelijk van de doelstellingen van allerlei ministeries en partners) en in termen van de processen (ook weer afhankelijk van de doelstellingen). Voor de beleidsonderzoeker die werkt vanuit het besef dat er verschillende soorten problemen zijn en dat elk daarvan om een ander soort besluitvorming vraagt, biedt dit volop kansen.

Literatuur

Bekker, R. (2000). *Ministerie in verbouwing*. Den Haag: Ministerie van VWS.

Bekker, R. (2009). Verkokering of integraliteit? Of liever geen van beide? In H. Bekke, K. Breed & P. de Jong (Red.), *Naar een collegiaal en samenhangend overheidsbestuur* (pp. 27-40). Den Haag: Sdu.

Boon, W., & Horlings, E. (Red.). (2013). *Kenniscoproductie voor de grote maatschappelijke vraagstukken*. Den Haag: Rathenau Instituut.

Breed, K. (2009). De cultuur van de rijksoverheid: Is samenwerking wel mogelijk? In H. Bekke, K. Breed & P. de Jong (red.), *Naar een collegiaal en samenhangend overheidsbestuur* (pp. 197-208). Den Haag: Sdu.

CAOP. (2011). *Staat van de ambtelijke dienst*. Den Haag: CAOP.

De Gouw, S. (2012). *De effectiviteit van het overheidsbeleid op het gebied van publieke gezondheid*. Leiden: Proefschriftmaken.nl.

De Hollander, A.E.M., Hoeymans, N., Melse, J.M., Van Oers, J.A.M., & Polder, J.J. (red.) (2006). *Zorg voor gezondheid – Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.

Dirven, J., & Van Seumeren, H. (2001). De kritische dimensie van politiek en bestuur. *Publiek Management*, 4(5), 40-45.

Fleurke, F. (2013). *Een vleugje meer beleidsonderzoek*.
doi:10.5553/Beleidsonderzoek.000020

Geul, A., & Klarenbeek, F. (red.). (2012). *Van talent tot topper*. Den Haag: Boom

Lemma uitgevers.

Gezondheidsraad. (2013). *Een gezond binnenmilieu in de toekomst*. Den Haag: Gezondheidsraad.

Greer, S., & Maresso, A. (2012). The role of parliamentary scrutiny in promoting HiAP. *Eurohealth*, 18(4), 8-10.

Groen, T., & Vasbinder, J.W. (1999). *Kennis, mensen en organisaties*. Voorburg: Kemper Conseil Publishing.

Habraken, M., Schuit, A.J., & Van Oers, J.A.M. (2013). Integraal gezondheidsbeleid in de praktijk: inzicht in belemmerende en bevorderende factoren in vijf gemeenten. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 92(3), 28.

't Hart, P., & Van der Steen, M. (2012). Politiek-ambtelijke verhoudingen in de 2.0-wereld. *Bestuurskunde*, 1, 71-82.

Hoek, H. (2007). *Governance & gezondheidszorg*. Assen: Van Gorcum.

Hunter, D.J. (2007). *Zorg voor gezondheid vergt meer dan gezondheidszorg: de noodzaak van een nieuw paradigma*. Utrecht: G-lezing.

Kensen, S. (2007). Relationeel kijken als nieuwe manier van integraal probleemoplossen. In E.M.H. Cornelissen, P.H.A. Frissen, S. Kensen & T. Brandsen (Red.), *Betoverend bestuur* (pp. 281-286). Den Haag: Lemma.

Kickbusch, I., & Gleicher, D. (2012). *Governance for health in the 21st century*. Copenhagen: World Health Organization/Europe.

Kickbusch, I., & Behrendt, T. (2013). *Implementing a Health 2020 vision: governance for health in the 21st century*. Copenhagen: World Health Organization/Europe.

Korsten, A.F.A., De Jong, P., & Breed C.J.M. (2010). *Regeren met programma's*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.

Kraak, H. (2013). Meer aandacht voor preventie gevraagd. *Voeding Nu*, 12, 22-24.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. (2004). *Gepaste zorg*. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. (2006). *Publieke gezondheid*. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.

Raad voor Gezondheidsonderzoek (2008). *Gezond zorgonderzoek*. Den Haag: Gezondheidsraad.

Ruwaard, D., & Kramers, P.G.N. (red.). (1997). *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997 – De som der delen*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.

Schnabel, P. (2013). De waarde van zorg. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 157:A5552, 1-5.

Taskforce Beheersing Zorguitgaven. (2012). *Naar beter betaalbare zorg*. Den Haag: Sdu.

Theisens, H. (2012). *Governance in interessante tijden*. Den Haag: Haagse Hogeschool.

Van Berlo, D. (2012). *Wij, de overheid*. Den Haag.

Van Ewijk, C., Van der Horst, A., & Besseling, B. (2013). *Toekomst voor de zorg*. Den Haag: Centraal Planbureau.

Van Hoesel, P. (2003). *Beleidsonderzoek als professie*. Zoetermeer: EIM.

Van Twist, M.J.W., Van der Steen, M., Karré, P.M., & Peeters, R. (2009). *Toekomst van de Rijksdienst*. Den Haag: Nederlandse School voor Openbaar Bestuur.

Wismar, M., McQueen, D., Lin, V., Jones, C.M., & Davies, M. (2012). Intersectoral governance for Health in All Policies. *Eurohealth*, 18(4), 3-7.

World Health Organization (1998). *Health21*. Copenhagen: World Health Organization/Europe.

Noten

1 Schriftelijke terugkoppeling uit een lezing van Ho aan auteur door Theo Groen op 5 maart 2013.

2 Andere vraagstukken behelzen: voedselveiligheid en duurzame landbouw en visserij; zekere, schone en efficiënte energievoorzieningen; slim, groen en geïntegreerd transport; klimaatmaatregelen en efficiënt gebruik van grondstoffen; een veilige, innovatieve en open samenleving.

3 Vanuit het (wederkerige) uitgangspunt *Health is wealth* is in artikel 152 van het Verdrag van Amsterdam vastgelegd dat in iedere activiteit of beleid van de EU een hoog niveau van volksgezondheid verzekerd moet worden.

4 Algemeen wordt aangenomen dat de bijdrage aan gezondheid door factoren c.q. sectoren zoals primaire preventie, sociaaleconomisch beleid, ruimtelijke ordening, huisvesting, onderwijs en milieubescherming substantieel groter is dan die van de (curatieve) gezondheidszorg.

5 De World Health Organization (WHO) spreekt van *Health in All Policies* (HiAP), een belangrijke prioriteit van haar nieuwe Europese beleidskader Health 2020.

6 Uitingen van systeemfalen in de gezondheidszorg zijn marktmacht, informatieasymmetrie, aanbodgeïnduceerde vraag, coördinatieproblematiek, transactiekosten en niet-transparante dienstverlening (Taskforce Beheersing Zorguitgaven, 2012).

7 Gebaseerd op de bijdrage van Hans Saan aan de VWS-werkconferentie '50 jaar WHO, doelen voor de 21^{ste} eeuw' op 18 december 1998.

8 Zie de gezamenlijke agenda van de bewindslieden van VWS 'Van systemen naar mensen' van 8 februari 2013 en het Nationaal Programma Preventie 2014-2016, dat op 11 oktober 2013 door beide bewindspersonen aan de Tweede Kamer is gestuurd.

9 In generieke zin betreft het kennis over de aard en oorzaken van het probleem, en over de acties en implicaties van probleemoplossing.

10 Onder meer ecologen, biologen en economen realiseren zich intussen dat naast concurrentie onderlinge samenwerking belangrijk is, zowel voor de soort als het individu om te overleven.

11 Problematisch voor het maken van effectief integraal beleid is dat in de politiek-bestuurlijke praktijk nog steeds wordt uitgegaan van individuele ministeriële verantwoordelijkheid. Maar wanneer maatschappelijke vraagstukken in hun context worden geplaatst, zijn er nagenoeg geen dossiers waarvoor slechts één minister verantwoordelijk is. De vormgeving van verantwoording bij collectieve ministeriële verantwoordelijkheid moet hierop worden aangepast, bepleitte Ad Geelhoed reeds ruim een decennium geleden (Dirven & Van Seumeren, 2001).

12 Aan de hand van concrete gezondheidscasuïstiek zal de auteur in een volgend onderzoeksstadium nagaan in hoeverre het geventileerde 'optimisme' over interdepartementale samenwerking gerechtvaardigd is.

13 Volgens de Staat van de ambtelijke dienst (CAOP, 2011) gaat het om 5 procent van de rijksambtenaren, zo'n 10.000 werknemers. Deze zijn ondergebracht in ongeveer 150 beleidsdirecties, de zogenoemde beleidskernen.

14 Een ruwe schatting is dat zo'n 25 procent van de werktijd in kennisintensieve organisaties aan kennisverwerving wordt besteed. Voor overheidsinstellingen zou een nog hoger percentage gelden, tot 50 procent (Groen & Vasbinder, 1999).

15 Ook het onderzoek zelf moet zo efficiënt mogelijk zijn ingericht, bijvoorbeeld door gebruik te maken van bestaande databases of het van meet af aan inschakelen van implementatiedeskundigheid.

16 In casu: 'De overheid treft maatregelen ter bevordering van de volksgezondheid' (artikel 22 van de Grondwet).

17 Aangezien misschien wel de helft van de consumptie van zorgvoorzieningen door leefstijl wordt bepaald (RVZ, 2004), vermindert een goede volksgezondheid tevens de (vermeende) druk op de zorgsector en draagt het aldus bij aan de gewenste beheersing ervan.

18 Globalisering: steeds meer wet- en regelgeving wordt op hoofdlijnen in Brussel bepaald, waar de Nederlandse regering weliswaar meepraat, maar als een van de 28. Daarnaast heeft de nationale overheid steeds minder controle over grote ondernemingen en economische bewegingen en komt het beleid van internationale organisaties. En ook de individuele burger globaliseert.

Gezondheid bijvoorbeeld is niet meer alleen een resultante van waar je woont, werkt, leeft en speelt, maar ook waar je shopt, reist en websurft.

Individualisering: het aantal verbindingen (in economisch en maatschappelijk opzicht) tussen organisaties neemt toe en wordt op individueel niveau onderhouden. Al dan niet via het internet, waar nationale wet- en regelgeving weinig vat op heeft.

Vernetwerking: het middelpunt van de samenwerking ligt niet bij een organisatie, maar in netwerken van organisaties (relaties).

Vermaatschappelijking: steeds vaker zijn burgers of maatschappelijke partijen (inhoudelijk en/of financieel) onderdeel van netwerken die werken aan een publieke taak.

Vermarkting: steeds vaker zijn bedrijven of marktpartijen (inhoudelijk en/of financieel) onderdeel van netwerken die werken aan een publieke taak. (Naar Van Berlo, 2012)

19 In de context van kenniscopproductie hanteert het Rathenau Instituut het begrippenpaar 'beschermde ruimte' (Boon & Horlings, 2013).

20 In een afzonderlijk artikel zal worden nagegaan wat dit impliceert voor goed opdrachtnemer/-geverschap.