

New Public Governance en Positieve  
Gezondheid: hoe een bestuurskundig  
concept van waarde kan zijn voor een  
gezondheidswetenschappelijk concept

Naam: Anne Prinssen  
Studentnummer: s1013686  
Opleiding: Bestuurskunde  
Specialisatie: Publiek Management  
Faculteit: Faculteit der Managementwetenschappen  
Universiteit: Radboud Universiteit Nijmegen  
Begeleidend docent: Dhr. G.D. Blom Msc  
Datum: november 2019

## Voorwoord

Voor u ligt mijn masterscriptie geschreven in het kader van mijn master Bestuurskunde – specialisatie Publiek Management – aan de Radboud Universiteit te Nijmegen. Ik heb ervoor gekozen om het schrijven van mijn masterscriptie te combineren met een onderzoeksstage bij GGD Limburg-Noord. Hier heb ik geen moment spijt van gehad. Mijn eerste woord van dank gaat dan ook uit naar Angélique van de Kar – stagebegeleider vanuit de organisatie – die mij de kans heeft geboden om een onderzoeksstage te verrichten bij GGD Limburg-Noord. Ik ben dankbaar voor de vrijheid die zij mij heeft gegeven tijdens het uitvoeren van het onderzoek. Ook de oprechte interesse in mij en mijn onderzoek heb ik als een voorrecht ervaren. Bovendien ben ik alle respondenten dankbaar voor het verlenen van medewerking aan mijn onderzoek. Ik heb de gevoerde gesprekken als zeer informatief en interessant ervaren. Zonder de input uit de interviews was het onderzoek niet tot stand gekomen.

Natuurlijk wil ik ook de scriptiebegeleider vanuit de universiteit bedanken; Rutger Blom. Bedankt voor de kritische blik en opbouwende feedback om het onderzoek naar een hoger plan te tillen. De feedbackgesprekken zorgden ervoor dat ik tot nieuwe ideeën kwam, waardoor ik met nieuwe energie weer verder kon schrijven aan mijn onderzoek. Tot slot wil ik mijn ouders, tweelingzus en broer bedanken voor hun steun gedurende de afgelopen maanden. Jullie lieve en bemoedigende woorden hebben mij gesterkt tijdens het schrijven van de masterscriptie.

Anne Prinssen  
November 2019

## Samenvatting

De laatste jaren is het besef gegroeid dat de overheid niet de enige actor is in het sturen van de samenleving: zowel burgers als andere actoren hebben hierbij ook een rol. Deze gedachte heeft een plek gekregen in het meest recente bestuurskundige paradigma, te weten New Public Governance (NPG). Ook in de gezondheidswetenschappen is de actieve rol van het individu terug te vinden, namelijk in het concept Positieve Gezondheid. NPG en Positieve Gezondheid worden tot op heden afzonderlijk van elkaar besproken, terwijl theoretisch gezien verbanden verwacht kunnen worden tussen deze twee concepten. Vandaar dat de volgende centrale vraag is geformuleerd: *“Hoe kunnen elementen van New Public Governance op lokaal niveau gebruikt worden om de individuele kijk op Positieve Gezondheid te integreren in/te vertalen naar beleids(uitvoerend) niveau?”* In dit kader wordt ook wel gesproken over verbanden tussen NPG en Positieve Gezondheid.

Een beschrijving van de literatuur laat zien dat Positieve Gezondheid geen nieuw concept is. De meest recente bijdrage is geleverd door Huber et al. Zij zijn tot een andere kijk op gezondheid gekomen, omdat de WHO-definitie uit 1948 – waarbij gezondheid als een toestand van compleet fysiek, mentaal en sociaal welbevinden wordt gezien en niet alleen als de afwezigheid van ziekte of gebreken – verouderd zou zijn (World Health Organization, 2006, p.1). In de andere kijk op gezondheid van Huber et al. (2011, p.1) staat het vermogen om je aan te passen en eigen regie te voeren in het licht van de uitdagingen die het leven – op sociaal, fysiek en emotioneel vlak – biedt centraal. Deze kijk op gezondheid is uitgewerkt in zes dimensies – lichaamsfuncties, mentale functies en beleving, spirituele en existentiële dimensie, kwaliteit van leven, sociaal-maatschappelijk participeren én dagelijks functioneren – (en 32 aspecten) die tezamen Positieve Gezondheid vormen (Huber, Van Vliet, & Boers, 2016, p.2). Bij NPG staan processen van samenwerking en participatie centraal (Torfing & Triantafillou, 2013, p.10). Vanwege het feit dat de overheid niet meer als enige actor wordt gezien, werkt zij samen met anderen – in een netwerk – om maatschappelijke problemen op te lossen. Een belangrijk element van NPG is dan ook netwerken (dienstverlenings-netwerken en beleidsnetwerken). Ook wordt onder NPG een actieve rol van de burger verwacht die zich uit in interactieve beleidsvorming, informele burgerinitiatieven en coproductie. Deze elementen brengen een andere rol voor de professional en overheid met zich mee. Zo zou de overheid zich bescheiden moeten opstellen om de samenleving en haar initiatieven centraal te laten staan.

Om inzichten omtrent de verbanden tussen NPG en Positieve Gezondheid te vergaren, zijn bij 13 van de 15 Noord- en Midden-Limburgse gemeenten interviews gehouden met de contact-ambtenaren gezondheid (één interview is niet verder meegenomen in het onderzoek). Vijf interviews zijn afgenomen met de publieke dienstverleners. Bovendien zijn – waar mogelijk – lokale beleidsdocumenten gehanteerd. Ten eerste is de kijk op gezondheid van de respondenten beschreven, omdat zij hieraan refereren in hun verbanden. Hieruit kwam naar voren dat de kijk op gezondheid van de gemeenten en publieke dienstverleners overeenkomstig is met Positieve Gezondheid in de zin van Huber, Van Vliet en Boers (2016); al zijn wel accentverschillen gevonden. Opvallend is dat de kijk op gezondheid benoemd in de interviews niet altijd op dezelfde manier terugkomt in het beleid. Om de verbanden in een breder kader te plaatsen, is ook ingezoomd op de overheidsrollen ten aanzien van het gezondheidsbeleid. Het overgrote deel van de gemeenten is zich bewust van haar rollen, al is een verschil aanwezig tussen gemeenten die drie (kleuren) rollen onderscheiden én gemeenten die zich bewust zijn van het feit dat de overheid geen allesbepalende rol heeft. Overeenkomstig met de Raad voor het Openbaar Bestuur (2012) wordt gestreefd naar een bescheiden (groene) overheidsrol. Dit wordt – evenals dichter bij de burger staan – specifiek gerelateerd aan Positieve Gezondheid.

Naar voren is gekomen dat niet alle elementen van NPG geschikt zijn om Positieve Gezondheid te integreren in/vertalen naar beleids(uitvoerend) niveau. In het bijzonder is dit het geval bij beleidsnetwerken, omdat slechts één beleidsnetwerk bij het vormen van beleid én een beleidsnetwerk bij het uitvoeren van beleid aanwezig (bekend) is. De netwerkbenadering (in het bijzonder gelegenheidsnetwerken en uitvoeringsnetwerken) blijkt daarentegen wel van waarde te zijn voor Positieve Gezondheid evenals interactieve beleidsvorming, informele burgerinitiatieven en coproductie. Dit neemt niet weg dat er belemmerende factoren zijn gevonden, waardoor de sterkte van de verbanden ondermijnd wordt. Aan de GGD wordt dan ook aanbevolen om gemeenten hiervan bewust te maken en hierop in te spelen. Opgemerkt moet worden dat de verbanden met name in de interviews terugkomen, waaruit blijkt dat zij in de kinderschoenen staan. Bovendien heerst bij de onderzoeker het idee dat het startpunt van de verbanden niet altijd Positieve Gezondheid is. Ten aanzien van vervolgonderzoek wordt aanbevolen om in andere gemeenten nader onderzoek te doen naar de verbanden tussen NPG en Positieve Gezondheid (met een focus op beleidsuitvoerend niveau). Ook wordt aanbevolen om een kwantitatief toetsend onderzoek uit te voeren én te onderzoeken wat de burger vindt van beleid ingestoken vanuit Positieve Gezondheid.

## Inhoudsopgave

Voorwoord .....	2
Samenvatting.....	3
Hoofdstuk 1: introductie .....	7
1.1. Aanleiding.....	7
1.2. Probleemstelling.....	9
1.3. Relevantie.....	9
1.4. Voorbeschouwing op het theoretisch kader.....	10
1.5. Voorbeschouwing op het methodologisch kader .....	10
1.6. Omschrijving van kernbegrippen .....	11
1.7. Opbouw van het verslag.....	11
Hoofdstuk 2: theoretisch kader.....	12
2.1. Positieve Gezondheid .....	12
2.1.1. WHO-definitie als uitgangspunt voor Positieve Gezondheid.....	12
2.1.2. Positieve gezondheid als een tegenreactie op de WHO-definitie.....	14
2.1.3. Overzicht bijdragen auteurs aan Positieve Gezondheid .....	16
2.2. New Public Governance .....	19
2.2.1. New Public Governance ten opzichte van andere paradigma's.....	19
2.2.2. Kenmerken van New Public Governance .....	20
2.2.3. Een andere rol voor de professional en overheid? .....	25
2.2.4. Kritiek en uitdagingen ten aanzien van New Public Governance.....	27
Hoofdstuk 3: methodologisch kader .....	29
3.1. Onderzoeksstrategie .....	29
3.1.1. Kwalitatief explorerend onderzoek .....	29
3.1.2. Casestudy .....	29
3.2. Operationalisatie .....	30
3.2.1. Operationalisering Positieve Gezondheid .....	30
3.2.2. Operationalisering New Public Governance .....	31
3.3. Dataverzamelmethode .....	36
3.3.1. Inhoudsanalyse documenten .....	36
3.3.2. Interviews .....	37
3.4. Methode van data-analyse.....	39
3.5. Betrouwbaarheid en validiteit.....	40
3.5.1. Betrouwbaarheid.....	40

3.5.2. Interne en externe validiteit.....	40
Hoofdstuk 4: resultaten.....	41
4.1. Kijk op gezondheid .....	41
4.1.1. Visie op Positieve Gezondheid .....	41
4.1.2. Deelconclusie.....	43
4.2. Rollen van de overheid.....	44
4.2.1. Drie kleuren van besturen en de niet allesbepalende rol van de overheid .....	44
4.2.2. Deelconclusie.....	46
4.3. Vormen van beleid: verbanden tussen NPG en Positieve Gezondheid .....	46
4.3.1. Interactieve beleidsvorming.....	47
4.3.2. Beleidsnetwerken – gelegenheidsnetwerken .....	48
4.3.3. Deelconclusie.....	50
4.4. Uitvoeren van beleid: verbanden tussen NPG en Positieve Gezondheid .....	50
4.4.1. Informele burgerinitiatieven .....	50
4.4.2. Beleidsnetwerken – uitvoeringsnetwerken .....	52
4.4.3. Coproductie .....	54
4.4.4. Deelconclusie.....	57
4.5. Overzicht verbanden tussen NPG en Positieve Gezondheid.....	57
Hoofdstuk 5: conclusie en discussie.....	61
5.1. Conclusie .....	61
5.2. Discussie .....	63
5.2.1. Theoretische implicaties.....	63
5.2.2. Praktische implicaties.....	65
5.2.3. Limitaties van het onderzoek .....	66
5.2.4. Suggesties voor vervolgonderzoek.....	67
Bronnenlijst .....	68
Bijlagen .....	74
Bijlage 1: interviewguides en topic lijst .....	74
1.1. Interview contactambtenaren gezondheid .....	74
1.2. Interview uitvoerders (publieke dienstverleners).....	75
1.3. Topic lijst contactambtenaren gezondheid .....	76
1.4. Topic lijst uitvoerders (publieke dienstverleners).....	77
Bijlage 2: gemiddelde scores per aspect (inclusief informatie over de aspecten).....	78
Bijlage 3: gemeentenummers .....	79

# Hoofdstuk 1: introductie

## 1.1. Aanleiding

*“Van iedereen die dat kan, wordt gevraagd verantwoordelijkheid te nemen voor zijn of haar eigen leven en omgeving”* (Rijksoverheid, 2013). Deze zin sprak koning Willem-Alexander uit in de Troonrede van 2013, waarin de term participatiesamenleving wordt aangehaald. De term participatiesamenleving is passend bij het meest recente paradigma binnen de bestuurskunde, te weten: New Public Governance (NPG) (Osborne, 2006).

NPG heeft na de introductie door Osborne (2006) veelvuldig aandacht gekregen in de bestuurskundige literatuur (Osborne, 2010; Osborne, Radnor, & Nasi, 2013; Pollitt & Bouckaert, 2011; Runya, Qigui, & Wei, 2015; Torfing & Triantafillou, 2013). Binnen NPG wordt de overheid niet als de enige verantwoordelijke actor gezien in het sturen van de samenleving. Er wordt gesproken over pluralisme, waarbij meerdere actoren dienen bij te dragen aan het leveren van publieke diensten (Osborne, 2006, p.383). Netwerken, participatie, coproductie, zelforganisatie en burgerinitiatieven zijn elementen die onder NPG vallen (Koppenjan & Dicke, 2019, p.5; Pestoff, Brandsen, & Verschuere, 2013, p.8). Zelfredzaamheid en eigen verantwoordelijkheid in de publieke dienstverlening staan centraal (Karré & Paardekooper, 2014, p.7). Hieruit kan worden afgeleid dat onder NPG meer van de burger wordt verwacht. Dit in tegenstelling tot de andere bestuurskundige paradigma's – te weten Public Administration (PA) (waaronder ook de Weberiaanse staat valt), New Public Management (NPM) en de neo-Weberiaanse staat (NWS) – waarbij de overheid (bureaucratie) een centrale rol inneemt (PA en NWS) en de burger als consument wordt gezien (NPM) (Aberbach & Christensen, 2007, p.226; Osborne, 2006, p.378; Pollitt & Bouckaert, 2011, p.118).

De andere kijk op de burger is ook van belang op het gebied van gezondheid; in het bijzonder op het gebied van Positieve Gezondheid. In 2011 hebben Huber et al. een andere kijk op gezondheid geïntroduceerd, te weten: “Gezondheid als het vermogen om je aan te passen en eigen regie te voeren, in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven” (Huber et al., 2011, p.1; Flinterman et al., 2019, p.97). Functioneren, veerkracht en zelfregie staan hierbij centraal (Huber, Van Vliet, & Boers, 2016, p.1). Tot dit nieuwe concept van gezondheid is gekomen, omdat de definitie van gezondheid – vastgesteld door de World Health Organization (voortaan: WHO) in 1948 – volgens een multidisciplinaire groep van experts aan een herformulering toe was (Huber, Van Vliet, & Boers, 2016, p.2). De WHO-definitie van gezondheid – “een toestand van compleet fysiek, mentaal en sociaal welbevinden en niet alleen de afwezigheid van ziekte of gebreken” – zou namelijk tot medicalisering leiden (Huber et al., 2011, p.1; World Health Organization, 2006, p.1). De vereiste van “compleet welbevinden” zou betekenen dat bijna niemand gezond is, waardoor mensen doorlopend behandeld moeten worden. Ook zou de WHO-definitie niet meer passend zijn bij de huidige demografie van de bevolking, de veranderende ziektepatronen én “compleet” zou niet operationeel en meetbaar te maken zijn (Huber et al., 2011, p.2). De andere kijk op gezondheid vormt de basis voor Positieve Gezondheid. Positieve Gezondheid is de uitwerking in zes dimensies (en de daarbij behorende 32 aspecten) van de andere kijk op gezondheid (Huber et al., 2016, p.10; Huber, Van Vliet, & Boers, 2016, p.3). De volgende zes dimensies staan centraal binnen Positieve Gezondheid: lichaamsfuncties, mentale functies en beleving, spirituele en existentiële dimensie, kwaliteit van leven, sociaal-maatschappelijke participatie en dagelijks functioneren (Huber et al., 2016, p.4; Huber, Van Vliet, & Boers, 2016, p.2). Hieruit kan worden opgemaakt dat een brede interpretatie van

gezondheid gehanteerd wordt (Huber & Jung, 2015, p.592). De focus ligt op wat een persoon kan en wat hij/zij belangrijk vindt; het gaat om eigen kracht en mensen eigenaar laten zijn van hun eigen proces (Reynen, Verheijen, & Huber, 2017, p.9; ZonMw, 2014). Hieruit vloeit voort dat een actieve rol van het individu verwacht wordt ten aanzien van zijn of haar eigen gezondheid.

Opgemerkt moet worden dat Positieve Gezondheid niet op zichzelf staat; het past binnen de brede ontwikkelingen in het sociale domein. Zo staan bij de drie decentralisaties – AWBZ naar WMO, Participatiewet en Jeugdwet – ook participatie en zelfredzaamheid centraal (Loket Gezond Leven, z.j.; Movisie, 2013). Bovendien laat de ontwikkeling van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag zien dat naast het behandelen van ziekten aandacht moet uitgaan naar het participeren en functioneren van de mens (Vlek & Overgoor, 2015, p.20).

Momenteel worden NPG en Positieve Gezondheid als twee aparte ontwikkelingen in de wetenschappelijke literatuur besproken. NPG wordt belicht vanuit de bestuurskundige invalshoek, Positieve Gezondheid vanuit de gezondheidswetenschappelijke invalshoek (onder andere Osborne, 2006; Osborne et al., 2013; Runya et al., 2015; Torfing & Triantafillou, 2013; Huber et al., 2011; Huber et al., 2016; Huber & Jung, 2015; Huber, Van Vliet, & Boers, 2016). Een enkele auteur die tracht een koppeling te leggen tussen NPG en de zorg haalt Positieve Gezondheid niet aan. Zo stelt Van Dalen dat onder NPG een andere manier van werken vereist is waarbij meten is weten, inkoop Eisen en certificering losgelaten moeten worden (Van Veenendaal & Van Dalen, 2015, p.5). Van Dalen geeft aan dat onder NPG een coproducerend proces centraal staat, waarbij alle belanghebbenden betrokken zijn. NPG biedt de mogelijkheid om vraaggericht te organiseren, waarbij het voeren van een dialoog tussen onder meer de medewerker en cliënt van belang is. Aangezien NPG van waarde kan zijn voor Positieve Gezondheid, wordt in dit onderzoek getracht om verbanden te leggen tussen de twee concepten. Specifieker geformuleerd is de bijdrage van dit onderzoek dat – in tegenstelling tot de meeste medische en/of gezondheidswetenschappelijke artikelen die met name de focus leggen op het individuele niveau – naar Positieve Gezondheid op het beleids(uitvoerende) niveau gekeken wordt en tevens wordt geïntegreerd (Aarts, 2018; Adriaansen, 2017a; Huber & Jung, 2015). Verwacht wordt dat onder meer informele burgerinitiatieven van waarde kunnen zijn voor Positieve Gezondheid in het kader van eigen regie voeren, waarbij een andere rol van de overheid wordt verwacht (Movisie, 2017; Raad voor het Openbaar Bestuur, 2012; Van de Wijdeven, De Graaf, Hendriks, & Van der Staak, 2013; Van Houwelingen, Boele, & Dekker, 2014). Door verbanden te leggen tussen NPG en Positieve Gezondheid wordt getracht de wetenschappelijke literatuur aan te vullen. Interdisciplinariteit zal hierdoor ontstaan.

Gekeken naar de praktijk hebben de gemeentelijke gezondheidsdiensten een belangrijke rol op het gebied van het verbinden van NPG en Positieve Gezondheid. De gemeentelijke gezondheidsdiensten hebben als doel om bij te dragen aan de publieke gezondheid van burgers (GGD GHOR Nederland, 2016, p.7). In dit kader hebben zij verschillende taken, waarvan advisering richting gemeenten er één is (GGD GHOR Nederland, 2016, p.16). De gemeentelijke gezondheidsdiensten adviseren gemeenten onder meer over hun lokale volksgezondheidsnota. In de lokale volksgezondheidsnota wordt het gemeentelijke beleid op het gebied van gezondheid beschreven. De gemeenten beschrijven in de nota onder meer recente ontwikkelingen die spelen op het gebied van gezondheid, zo ook Positieve Gezondheid (87% van de gemeenten die een nota hebben vanaf het jaar 2018, hebben Positieve Gezondheid hierin opgenomen) (Iresearch, z.j.). Om als gemeentelijke gezondheidsdienst goed advies te kunnen geven aan de gemeenten, zijn diepgaande inzichten in de lokale volksgezondheidsnota nodig. In het bijzonder inzichten in hoeverre een bestuurskundige theorie – in dit geval NPG – van waarde kan zijn voor een gezondheidkundig begrip als Positieve



Gezondheid. Aangezien NPG ook spreekt over publieke dienstverlening, wordt de waarde van NPG voor Positieve Gezondheid niet alleen gezocht op het niveau van beleid maken (Pestoff et al., 2013, p.8). Ook naar het uitvoerende niveau wordt gekeken, waarbij onder meer de gemeentelijke gezondheidsdiensten een rol kunnen vervullen. Zij kunnen namelijk – door informatie uit de wijk op te halen – samen met wijkbewoners de beleidsvoornemens uit het lokale gezondheidsbeleid realiseren (Persoonlijke communicatie Van de Kar, 29 april 2019).

## 1.2. Probleemstelling

Aan de hand van de bovenstaande informatie, is tot de volgende doelstelling gekomen: inzicht geven in de wijze waarop elementen van New Public Governance op lokaal niveau gebruikt kunnen worden om de individuele kijk op Positieve Gezondheid te integreren in/vertalen naar beleids(uitvoerend) niveau. In dit kader wordt ook wel over verbanden tussen New Public Governance en Positieve Gezondheid gesproken. Naar aanleiding van de doelstelling is de volgende centrale vraag opgesteld:

**“Hoe kunnen elementen van New Public Governance op lokaal niveau gebruikt worden om de individuele kijk op Positieve Gezondheid te integreren in/te vertalen naar beleids(uitvoerend) niveau?”**

## 1.3. Relevantie

De relevantie van het onderzoek kan worden uitgesplitst in wetenschappelijke relevantie en maatschappelijke relevantie. De wetenschappelijke relevantie ligt in het leveren van een bijdrage aan de theorievorming op het gebied van Positieve Gezondheid en NPG. Zoals bij de aanleiding en het onderzoeksprobleem is besproken, worden de twee concepten tot op heden voornamelijk apart van elkaar in de wetenschappelijke literatuur besproken (onder andere Osborne, 2006; Osborne et al., 2013; Runya et al., 2015; Torfing & Triantafillou, 2013; Huber et al., 2011; Huber et al., 2016; Huber & Jung, 2015; Huber, Van Vliet, & Boers, 2016). Slechts in één artikel wordt beschreven dat Positieve Gezondheid goed aansluit bij bredere maatschappelijke ontwikkelingen; te weten de participatiemaatschappij (Adriaansen, 2017b, p.3). De uitwerking hiervan is echter minimaal. Er wordt namelijk alleen vermeld dat bij Positieve Gezondheid het adaptatievermogen van de patiënt centraal staat en dat dit past bij een participatiemaatschappij met actieve, hoogopgeleide mensen. Een ander voorbeeld is een boek van Kickbush en Gleicher (2012, p.4) waarin wordt ingegaan op governance: in het bijzonder governance for health. Er wordt gesproken over een manier van governance waarbij diverse actoren betrokken zijn en waarbij beleidsmaatregelen om de gezondheid te verbeteren op verschillende beleidsterreinen en buiten de overheid gezocht kunnen worden. Positieve Gezondheid wordt echter niet benoemd. Kortom, er valt een “gat” te dichten op het gebied van het leggen van verbanden tussen NPG en Positieve Gezondheid. Het onderzoek beoogt dit “gat” op te vullen. Dit betekent concreet dat dit onderzoek dient bij te dragen aan het komen tot integraliteit (ook wel interdisciplinariteit) vanuit de gezondheidswetenschappen en bestuurskunde door Positieve Gezondheid op beleids(uitvoerend) niveau centraal te stellen. Mogelijke voordelen hiervan zijn dat nieuwe kansen en/of innovaties ontstaan én dat de eigen wetenschappelijke discipline verrijkt wordt (Evers, Jensen, & Paul, 2015, pp.47-48).

Het onderzoek is maatschappelijk relevant in het kader van de adviesfunctie die de gemeentelijke gezondheidsdiensten hebben richting gemeenten. Het onderzoek zal er namelijk voor zorgen dat op een andere (ook wel: integrale) manier naar het gemeentelijke gezondheidsbeleid gekeken zal worden; vanuit gezondheidswetenschappelijk én bestuurskundig oogpunt. Door

verbanden te leggen tussen de twee ontwikkelingen/concepten zullen de gemeentelijke gezondheidsdiensten specifiek advies aan gemeenten kunnen geven. Hierdoor worden gemeenten geholpen om weloverwogen keuzes met betrekking tot hun gezondheidsbeleid te maken. Bovendien wordt de maatschappelijke relevantie vergroot door ook naar de uitvoering van het gemeentelijke gezondheidsbeleid te kijken, omdat hierdoor een compleet beeld wordt geschetst hoe NPG – op verschillende niveaus – van waarde kan zijn voor Positieve Gezondheid. Tenslotte is het onderzoek maatschappelijk relevant, omdat Positieve Gezondheid en NPG niet aan één organisatie toebehoren (Iresearch, z.j.; Koppenjan & Dicke, 2019, p.3). Het zijn algemene ontwikkelingen, waardoor de bevindingen relevant zijn voor alle overheidsinstanties die zich bezighouden met gezondheid.

#### 1.4. Voorbeschouwing op het theoretisch kader

In het theoretisch kader wordt ten eerste inzicht gegeven in het concept Positieve Gezondheid. Middels wetenschappelijke artikelen wordt inzichtelijk gemaakt welke auteurs over Positieve Gezondheid hebben geschreven en welke definities, dimensies en aspecten zij hanteren (onder andere Huber et al., 2011; Huber, Van Vliet & Boers, 2016; Mezzich, 2005; Ryff & Singer, 1998; Seeman, 1989; Seligman, 2008). De bijdragen van de auteurs worden gecategoriseerd aan de hand van hun zienswijzen op de WHO-definitie van gezondheid. Nadat de bevindingen van de auteurs zijn beschreven, worden hun bijdragen schematisch weergegeven aan de hand van een tabel.

Vervolgens wordt NPG uiteengezet. Om inzichtelijk te krijgen wat NPG precies inhoudt en waarom tot NPG is gekomen, worden eerst de andere bestuurskundige paradigma's besproken (onder andere Osborne, 2006; Pollitt & Bouckaert, 2011). Daaropvolgend komt NPG zelf aan bod en wordt ingezoomd op diverse kernelementen van NPG. In het bijzonder wordt aandacht besteed aan burgerparticipatie, netwerken en coproductie (onder andere Bovaird & Loeffler, 2018; Brandsen & Honingh, 2015; De Graaf, 2007; Hondeghem, 2017; Kickert, Klijn & Koppenjan, 1997a; Klijn, 1997; Van de Wijdeven et al., 2013). Ook wordt aandacht besteed aan de andere rol die deze elementen met zich meebrengen voor de professional en overheid (onder andere Raad voor het Openbaar Bestuur, 2012; Verschuere & Steen, 2018). Tot slot worden de kritiek en uitdagingen van NPG besproken (onder andere Runya et al., 2015; Torfing & Triantafillou, 2013).

#### 1.5. Voorbeschouwing op het methodologisch kader

Nadat Positieve Gezondheid en New Public Governance uiteen zijn gezet in het theoretisch kader, wordt kwalitatieve informatie verzameld uit de empirie. Het doel is namelijk om tot talige informatie te komen om zodoende uitspraken te kunnen doen over welke verbanden tussen NPG en Positieve Gezondheid gelegd kunnen worden (Bleijenbergh, 2016, p.12). Er wordt een explorerend onderzoek uitgevoerd – dat passend is bij kwalitatief onderzoek – omdat geen tot zeer weinig kennis aanwezig is over hoe elementen van NPG op lokaal niveau gebruikt kunnen worden om de individuele kijk op Positieve Gezondheid te integreren in/vertalen naar beleids(uitvoerend) niveau (Boeije, 2014). In het bijzonder wordt een inductieve onderzoeksbenadering gehanteerd (Bleijenbergh, 2016, p.52). Theoretisch gezien worden er namelijk verbanden verwacht tussen NPG en Positieve Gezondheid, maar de inhoud en richtingen van de verbanden zijn nog onbekend. Diverse onderzoeksstrategieën zijn te onderscheiden binnen de onderzoeksmethodologie, waarbij in dit onderzoek de casestudy wordt toegepast (Bleijenbergh, 2016, p.43). Er is sprake van een enkelvoudige casestudy, te weten het werkgebied van GGD Limburg-Noord.

Meerdere dataverzamelmethodeën worden gehanteerd om tot beantwoording van de onderzoeksvraag te komen. Er wordt gebruik gemaakt van (interne) documenten – met name de

lokale gezondheidsnota's – van de Noord- en Midden-Limburgse gemeenten. Bovendien worden semigestructureerde face-to-face interviews afgenomen met de contactambtenaren gezondheid van de Noord- en Midden-Limburgse gemeenten én worden er interviews afgenomen met uitvoerders van het lokale gezondheidsbeleid. Tot de uitvoerders wordt gekomen middels de sneeuwbal-methode: tot nieuwe respondenten wordt gekomen door eerdere respondenten naar nieuwe contacten te vragen (Boeije, 2014). De data-analyse vindt plaats aan de hand van een template analysis, waarmee wordt bedoeld dat zowel op theorie gebaseerde codes (deductieve benadering) als nieuwe codes – op basis van het lezen en interpreteren van de teksten – (inductieve benadering) worden gebruikt (King, 2004, p.256). Het computerprogramma Atlas.ti wordt gehanteerd om de analyse te laten plaatsvinden. Dit programma zorgt ervoor dat relevante stukken tekst overzichtelijk gegroepeerd én gecodeerd kunnen worden.

### 1.6. Omschrijving van kernbegrippen

Twee begrippen staan centraal in dit onderzoek. Het eerste kernbegrip is Positieve Gezondheid. Positieve Gezondheid is eerder omschreven aan de hand van de zes dimensies. Deze zes dimensies hebben een specifiekere invulling gekregen middels 32 aspecten (Huber, Van Vliet, & Boers, 2016, p.2). Enkele voorbeelden zijn: onder lichaamsfuncties vallen onder meer fysiek functioneren en medische feiten, onder mentale functies en beleving cognitief functioneren, zelfmanagement en eigen regie en veerkracht, onder de spirituele en existentiële dimensie toekomstperspectief en acceptatie, onder kwaliteit van leven genieten en geluk beleven, onder sociaal-maatschappelijke participatie sociale contacten, geaccepteerd worden en maatschappelijke betrokkenheid en onder dagelijks functioneren basis algemene dagelijkse levensverrichtingen en werkvermogen.

Het tweede kernbegrip in dit onderzoek is New Public Governance (NPG). NPG kan worden omschreven als het nieuwste paradigma binnen de bestuurskunde dat aandacht heeft voor de huidige gefragmenteerde samenleving en staat (Osborne et al., 2013, p.137). Processen van participatie en netwerken staan binnen NPG centraal (Torfing & Triantafillou, 2013, p.10).

### 1.7. Opbouw van het verslag

De leeswijzer ziet er als volgt uit. In hoofdstuk 2 wordt het theoretisch kader inzichtelijk gemaakt, waarin Positieve Gezondheid en NPG aan de hand van wetenschappelijke bronnen uiteen worden gezet. In hoofdstuk 3 komt het methodologisch kader aan bod waarin diverse methodologische aspecten worden besproken, te weten: de onderzoeksstrategie, operationalisering, data-verzamelmethode, methode van data-analyse én de betrouwbaarheid en validiteit. In hoofdstuk 4 worden de bevindingen uit de documenten en interviews met de contactambtenaren gezondheid en uitvoerders weergegeven. Aan de hand hiervan wordt gekomen tot verschillende manieren waarop elementen van NPG op lokaal niveau gebruikt kunnen worden om de individuele kijk op Positieve Gezondheid te integreren in/vertalen naar beleids(uitvoerend) niveau. Tenslotte worden in hoofdstuk 5 de conclusie en discussie besproken.

## Hoofdstuk 2: theoretisch kader

### 2.1. Positieve Gezondheid

In 1948 heeft de WHO de definitie van gezondheid geformuleerd als “een toestand van compleet fysiek, mentaal en sociaal welbevinden en niet alleen de afwezigheid van ziekte of gebreken” (World Health Organization, 2006, p.1). Deze definitie wordt in de wetenschappelijke literatuur omtrent Positieve Gezondheid op grofweg twee manieren gebruikt. De eerste manier is dat auteurs de WHO-definitie als leidraad hanteren om tot een eigen invulling van Positieve Gezondheid te komen (Ryff & Singer, 1998; Seeman, 1989; Seligman, 2008). De tweede manier is dat auteurs zich afzetten tegen de WHO-definitie om tot Positieve Gezondheid te komen, vanwege het feit dat de WHO-definitie verouderd zou zijn. Deze stelling is de afgelopen jaren onder andere ingenomen door Huber et al. (2011). In de onderstaande paragrafen worden de bijdragen van de diverse auteurs gecategoriseerd aan de hand van deze twee manieren.

Opgemerkt dient te worden dat enkele auteurs tot Positieve Gezondheid zijn gekomen zonder op enige wijze te refereren aan de WHO-definitie (Lamb, Brodie, & Robert, 1988). In dit kader wordt gesteld dat Positieve Gezondheid het continuüm verlengt van slechte tot normale gezondheid tot een toestand van bovennormale gezondheid of “superhealth” (Lamb et al., 1988, p.171). Waarom deze auteurs Positieve Gezondheid op deze manier zien, wordt niet uitgelegd. Fysieke fitheid kan als een dimensie van Positieve Gezondheid worden beschouwd, waaronder de volgende componenten (ook wel indicatoren) vallen: behendigheid, flexibiliteit, vermogen, snelheid en reactietijd, kracht, cardiovasculaire capaciteit, lichaamssamenstelling en lichaamshouding.

#### 2.1.1. WHO-definitie als uitgangspunt voor Positieve Gezondheid

Sinds eind jaren 80 is er sprake van toenemende aandacht voor Positieve Gezondheid in de wetenschappelijke literatuur. Zo heeft Seeman in 1989 een wetenschappelijk artikel gepubliceerd waarin hij Positieve Gezondheid op diverse manieren aanduidt, zoals “de bovenkant van het gezondheidscontinuüm” (Seeman, 1989, p.1099). De auteur legt echter niet precies uit wat hij hieronder verstaat. In het artikel wordt – vanuit de WHO-definitie – tot een model van Positieve Gezondheid gekomen dat is gebaseerd op het human-system framework (Seeman, 1989, pp.1099-1100). In dit model worden de fysieke, mentale en sociale domeinen gecombineerd om de belangrijkste dimensies van de mens te omvatten. Met deze conceptualisatie hanteert het model een gedragswetenschappelijke benadering van gezondheid, waarin de volgende gedragssubsystemen worden onderscheiden: biochemische, fysiologische, perceptuele, cognitieve en interpersoonlijke/ ecologische subsystemen (waarbij een onderscheid wordt gemaakt tussen persoon-persoon relaties en persoon-omgevingstransacties) (Seeman, 1989, p.1102).

Enkele jaren later hebben Ryff en Singer (1998, pp.1-2) op een andere manier gerefereerd aan de WHO-definitie door te stellen dat helaas geen vooruitgang is geboekt bij het overbrengen van deze opvatting – gezondheid is meer dan de afwezigheid van ziekte – naar de wetenschap of praktijk. Zelfs de expliciete inspanningen die zijn geleverd om verder te gaan dan de medische of ziekte-modellen hanteren alsnog een focus op negatieve uitkomsten én de zeldzame verkenningen naar positieve gebieden zouden conceptueel en filosofisch zwak zijn. De auteurs proberen daarom een bijdrage aan dit onderzoeksgebied te leveren en beschrijven de contouren van Positieve Gezondheid. Zij starten met het benoemen van drie principes die ten grondslag liggen aan Positieve Gezondheid (Ryff & Singer, 1998, p.2). Het eerste principe is dat Positieve Gezondheid geen medische kwestie is, maar een filosofische kwestie die een articulatie van de betekenis van het goede leven benodigt. Het

tweede principe is dat bij Positieve Gezondheid zowel mentale als fysieke componenten centraal staan inclusief de wijze waarop ze elkaar beïnvloeden. Het laatste principe is dat Positieve Gezondheid gezien moet worden als een multidimensionaal dynamisch proces. Dit houdt in dat betekenis en waardigheid van het bestaan centraal staan, waarbij menselijke mogelijkheden zowel in intellectuele, sociale, emotionele als fysieke termen moeten worden uitgedrukt. Uiteindelijk komen Ryff en Singer (1998, pp.3 & 7-10) – op basis van hun filosofische analyse – tot vier kerncomponenten (“key goods in life”) van Positieve Gezondheid. In de eerste plaats zijn dit een doel hebben in het leven en de kwaliteit van relaties met anderen. In de tweede plaats betreffen het de kerncomponenten zelfwaardering en het gevoel hebben de situatie te beheersen. In dit kader geven de auteurs aan dat gezondheid – in positieve zin – ook wel diverse aspecten van floreren omvat (Ryff & Singer, 1998, p.20; Ryff & Singer, 2000, p.30).

Seligman (2008) geeft aan dat ondanks de bijdrage van de WHO een wetenschappelijke discipline van gezondheid die verder gaat dan de afwezigheid van ziekte amper bestaat. Het artikel is een oproep om tot een dergelijke discipline te komen (Seligman, 2008, p.4). Seligman (2008) komt tot Positieve Gezondheid door – in tegenstelling tot de andere besproken auteurs – voort te bouwen op de grondgedachte van de Positieve Psychologie. Hieruit komt naar voren dat de geestelijke gezondheid verder reikt dan de afwezigheid van psychische aandoeningen (Seligman, 2008, pp.6-7). In lijn hiermee geeft Seligman (2008, p.3) aan dat Positieve Gezondheid een toestand is die verder reikt dan de afwezigheid van ziekte. Positieve Gezondheid is te meten en te definiëren én kan worden geoperationaliseerd middels subjectieve, biologische en functionele dimensies (Seligman, 2008, pp.7-9). De subjectieve dimensie wordt meetbaar gemaakt door in te gaan op diverse psychologische toestanden waaronder een gevoel van positief fysiek welzijn (zoals energie en vitaliteit), controle voelen over de eigen gezondheid en optimisme. Bij de biologische dimensie zijn de meeste variabelen specifiek voor bepaalde aandoeningen. In het artikel wordt in het bijzonder ingegaan op vier “stoornissen”, waarvan diabetes er één is. Hierbij zijn de bloedsuikerspiegel en hartfunctie relevant. Bij de functionele dimensie wordt ingegaan op de vraag hoe goed een individu functioneert. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen laboratoriumtestgegevens en de persoonlijke ecologie van het individu. Bij laboratoriumtestgegevens wordt afhankelijk van het ziektebeeld ergens anders naar gekeken, zoals flexibiliteit bij artritis. Bij persoonlijke ecologie gaat het om de fit tussen de persoon en zijn omgeving; de optimale staat van aanpassing tussen de lichaamsfuncties en de positieve fysieke vereisten en de eisen van de levensstijl van een persoon. In dit kader moeten geen belemmeringen aanwezig zijn om onder meer aan de eisen van het werk, gezin en sociale leven te kunnen voldoen én moeten er positieve fysieke en mentale krachten, energie en uithoudingsvermogen aanwezig zijn om gekozen taken uit te kunnen voeren.

Tot slot geeft Mezzich (2005, pp.177) aan dat Positieve Gezondheid – gecombineerd met pathologie of ziekte – een breder concept van gezondheid oplevert dat verankerd is in de constitutie van de WHO. Hierbij wordt gerefereerd aan de WHO-definitie uit het jaar 1948. De auteur geeft echter ook aan dat deze definitie onlangs is aangepast door toestand als dynamisch te kwalificeren. Bovendien zijn er discussies geweest om de niveaus uit te breiden met spiritualiteit (Mezzich, 2005, p.177). Bij de uitwerking van Positieve Gezondheid komt hij hier echter (vrijwel) niet op terug. Mezzich (2005, p.178) geeft aan dat bij Positieve Gezondheid verder moet worden gekeken dan alleen de specifieke stoornissen of ziekten van een persoon. De auteur hanteert de volgende dimensies van Positieve Gezondheid: functioneren, contextuele factoren en kwaliteit van leven (Mezzich, 2005, p.178). Met betrekking tot functioneren wordt aangegeven dat noties van robuustheid en veerkracht hieraan

conceptueel gerelateerd zijn. Contextuele factoren worden nader geduid door te stellen dat persoonlijke hulpbronnen evenals emotionele en instrumentele sociale ondersteuning elementen zijn van Positieve Gezondheid. Over kwaliteit van leven wordt gezegd dat dit een breed concept is dat geëvalueerd moet worden vanuit het perspectief van de desbetreffende persoon. Een aantal evaluatie-instrumenten wordt voorgesteld, variërend van fysiek welzijn tot spirituele vervulling. In de uitwerking van de dimensies wordt met name de focus gelegd op de psychiatrie. Dit uit zich in referenties aan modellen om een psychische stoornis vast te stellen.

### 2.1.2. Positieve gezondheid als een tegenreactie op de WHO-definitie

In 2005 is Bircher (p.336) tot een nieuwe kijk op gezondheid gekomen waarbij de term Positieve Gezondheid niet gehanteerd wordt, maar waaruit wel blijkt dat gezondheid anders moet worden gezien dan de WHO-definitie, te weten: “Gezondheid is een dynamische staat van welzijn die wordt gekenmerkt door een fysiek en mentaal potentieel dat voldoet aan de eisen van het leven in verhouding tot leeftijd, cultuur en persoonlijke verantwoordelijkheid. Als het potentieel niet voldoende is om aan deze eisen te voldoen, is de toestand een ziekte.” Het potentieel is onder te verdelen in biologisch gegeven en persoonlijk verworven potentieel (Bircher, 2005, pp.336-337). Met deze definitie zet de auteur zich af tegen de WHO-definitie met als doel de nadelige gevolgen ervan te ondervangen. De WHO-definitie zou er namelijk toe leiden dat iedereen een patiënt is en dat onbeperkte eisen aan de zorg worden gesteld (Bircher, 2005, p.340).

In 2011 hebben Huber et al. een soortgelijke andere kijk op gezondheid gepresenteerd, te weten: “Gezondheid als het vermogen om je aan te passen en eigen regie te voeren, in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven” (Huber et al., 2011, p.1; Flinterman et al., 2019, p.97). Dit gezondheidsconcept is een reactie op de WHO-definitie die niet meer passend zou zijn bij het huidige tijdsbeeld (Huber et al., 2011, pp.1-2). Er wordt van een concept gesproken in plaats van een definitie, omdat het gaat om een karakterisering van gezondheid en niet om een afbakening (Buijs, 2017, p.2; Huber et al., 2016, p.2). Ondanks dat de “definitie” van Huber et al. (2011) overeenkomsten vertoont met de definitie van Bircher (2005), is een verschil dat Huber et al. (2016, p.1) de “definitie” verder hebben uitgewerkt (ook wel geoperationaliseerd) aan de hand van een grootschalig kwalitatief en kwantitatief onderzoek. Uit dit onderzoek is de conclusie gekomen dat aandacht besteed moet worden aan de verschillen tussen de zienswijzen – brede blik waarbij alle dimensies ongeveer even belangrijk zijn versus smalle blik waarbij gezondheid met name biomedisch geïnterpreteerd wordt – van de patiënten en andere betrokkenen op het gebied van gezondheid als de intentie is dat de patiënt daadwerkelijk centraal dient te staan (Huber & Jung, 2015, p.591; Huber, Van Vliet & Boers, 2016, p.3). Om het verschil duidelijk te maken met de interpretatie van gezondheid als de afwezigheid van ziekte, wordt de brede invulling van gezondheid – met zes dimensies – Positieve Gezondheid genoemd. De zes dimensies zijn: lichaamsfuncties, mentale functies en beleving, spirituele en existentiële dimensie, kwaliteit van leven, sociaal-maatschappelijk participeren én dagelijks functioneren (Huber et al., 2016, p.3; Huber, Van Vliet, & Boers, 2016, p.2). Deze dimensies zijn verder gespecificeerd middels 32 aspecten (zie hiervoor tabel 1). Een kenmerk van Positieve Gezondheid is de persoonsgerichte werkwijze: aansluiten bij wat het individu met betrekking tot de eigen gezondheid belangrijk vindt (Huber & Jung, 2015, p.592).

De conclusie uit het onderzoek komt voort uit het feit dat de meningen over de dimensies – met uitzondering van de dimensie lichaamsfuncties – sterk uiteen liepen. De groep patiënten bleek alle dimensies ongeveer even belangrijk te vinden (Huber, Van Vliet & Boers, 2016, p.3).

Beleidsmakers en onderzoekers verschilden het sterkst van de andere groepen in het oordeel dat zij

gaven. Zij hanteerden een smaller gezondheidsbegrip; vooral biomedisch georiënteerd. Ook de behandelaren verschilden significant op vrijwel alle dimensies ten opzichte van de patiënten, waarbij de dimensie lichaamsfuncties als uitzondering geldt. Binnen de groep behandelaren bleken met name de artsen het meest in hun oordeel te verschillen ten opzichte van de patiënten.

Verpleegkundigen vormden een oordeel dat grotendeels gelijk lag aan dat van de groep patiënten. In het algemeen kan gesteld worden dat bij alle groepen de eigen ervaring met ziekte de grootste invloed had op een bredere kijk op gezondheid. De spirituele dimensie was voor mensen die zelf ziekte hadden ervaren belangrijker; de lichamelijke dimensie was voor hen minder belangrijk.

Ondanks dat Huber, Van Vliet en Boers (2016) Positieve Gezondheid breder – met meer dimensies en aspecten – hebben beschreven dan de andere auteurs, komt uit tabel 1 naar voren dat er overeenkomsten zijn met de andere auteurs. Zo zijn er overeenkomsten te vinden met Mezzich (2005), omdat Mezzich kwaliteit van leven ook als een dimensie van Positieve Gezondheid ziet. Met betrekking tot de aspecten van Huber, Van Vliet en Boers (2016) zijn overeenkomsten te vinden met de dimensies van Ryff en Singer (1998), omdat kwaliteit van relaties met anderen gekoppeld kan worden aan betekenisvolle relaties. Tevens komt zelfwaardering terug bij eigenwaarde en zelfrespect én is er overlap tussen het gevoel hebben de situatie te beheersen en het gevoel hebben controle te hebben. Tot slot is er overlap met Seligman (2008), omdat hij ook spreekt over een gevoel van energie en controle hebben. Bovendien benoemt hij de afwezigheid van hinderlijke symptomen; dit is overeenkomstig met klachten en pijn zoals benoemd door Huber, Van Vliet en Boers (2016).

### 2.1.3. Overzicht bijdragen auteurs aan Positieve Gezondheid

Hieronder staan de bijdragen van de verschillende auteurs op het gebied van Positieve Gezondheid weergegeven. De besproken definities (of omschrijvingen), dimensies en aspecten (ook wel indicatoren) worden inzichtelijk gemaakt. De categorie dimensies moet breed geïnterpreteerd worden, omdat hieronder ook kerncomponenten (key goods in life) vallen.

Tabel 1: schematisch overzicht bijdragen auteurs Positieve Gezondheid

Auteurs	Definitie (of omschrijving)	Dimensies	Aspecten (ook wel indicatoren)
Lamb et al. (1988)	Verlengt het continuüm van slechte tot normale gezondheid tot een toestand van bovennormale gezondheid of "superhealth."	Fysieke fitheid	Behendigheid, flexibiliteit, vermogen, snelheid en reactietijd, kracht, cardiovasculaire capaciteit, lichaamssamenstelling en lichaamshouding.
Seeman (1989)	Bovenkant van het gezondheidscontinuüm (eenduidigheid ontbreekt)	Biochemische, fysiologische, perceptuele, cognitieve en interpersoonlijke/ecologische gedragssystemen (onderscheid in persoon-persoon relaties en persoon-omgevingstransacties)	n.v.t.
Ryff en Singer (1998)	Gaat verder dan de afwezigheid van ziekte. Drie principes liggen ten grondslag aan Positieve Gezondheid: (1) Positieve Gezondheid is geen medische kwestie, maar een filosofische kwestie die een articulatie van de betekenis van het goede leven benodigt. (2) Zowel mentale als fysieke componenten staan bij Positieve Gezondheid centraal inclusief de wijze waarop ze elkaar beïnvloeden. (3) Positieve Gezondheid moet gezien worden als een multidimensionaal dynamisch proces.	In de eerste plaats: doel hebben in het leven en de kwaliteit van relaties met anderen. In de tweede plaats: zelfwaardering en het gevoel hebben de situatie te beheersen.	n.v.t.



Seligman (2008)	Een toestand die verder reikt dan de afwezigheid van ziekte.	Subjectieve, biologische en functionele dimensies	<p>Subjectief: een gevoel van positief fysiek welzijn (gevoel van energie, kracht, vitaliteit en robuustheid), afwezigheid van hinderlijke symptomen, een gevoel van duurzaamheid, stoerheid en vertrouwen in je eigen lichaam, een mate van controle voelen over je gezondheid, optimisme, hoge tevredenheid over het leven én positieve emotie, minimale en gepaste negatieve emotie en een groot gevoel van betrokkenheid en betekenis.</p> <p>Biologisch: met name specifiek voor bepaalde aandoeningen. Vandaar dat dit niet verder uiteengezet wordt.</p> <p>Functioneel: laboratoriumtestdata en persoonlijke ecologie</p>
Mezzich (2005)	Gaat verder dan alleen de afwezigheid van specifieke ziekten of stoornissen.	Functioneren, contextuele factoren (persoonlijke hulpbronnen en emotionele en instrumentele sociale ondersteuning) en kwaliteit van leven.	n.v.t.
Bircher (2005)	Gezondheid is een dynamische staat van welzijn die wordt gekenmerkt door een fysiek en mentaal potentieel dat voldoet aan de eisen van het leven in verhouding tot leeftijd, cultuur en persoonlijke verantwoordelijkheid. Als het potentieel niet voldoende is om aan deze eisen te voldoen, is de toestand een ziekte (= andere kijk op gezondheid)	n.v.t.	n.v.t.

<p>Huber et al. (2011); Huber, Van Vliet, &amp; Boers (2016)</p>	<p>Gezondheid als het vermogen om je aan te passen en eigen regie te voeren, in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven (= andere kijk op gezondheid)</p>	<p>Lichaamsfuncties, mentale functies en beleving, spirituele en existentiële dimensie, kwaliteit van leven, sociaal-maatschappelijk participeren én dagelijks functioneren</p>	<p>Lichaamsfuncties: medische feiten, medische waarnemingen, fysiek functioneren, klachten en pijn en energie</p> <p>Mentale functies en beleving: cognitief functioneren, emotionele toestand, eigenwaarde en zelfrespect, gevoel controle te hebben, zelfmanagement en eigen regie, veerkracht</p> <p>Spirituele en existentiële dimensie: zingeving, doelen of idealen nastreven, toekomstperspectief, acceptatie</p> <p>Kwaliteit van leven: kwaliteit van leven/welbevinden, geluk beleven, genieten, ervaren gezondheid, lekker in je vel zitten, levenslust, balans</p> <p>Sociaal-maatschappelijke participatie: sociale en communicatieve vaardigheden, betekenisvolle relaties, sociale contacten, geaccepteerd worden, maatschappelijke betrokkenheid, betekenisvol leven</p> <p>Dagelijks functioneren: basis-adl (algemene dagelijkse levensverrichtingen), instrumentele adl, werkvermogen, gezondheidsvaardigheden</p>
--	---	---	---

## 2.2. New Public Governance

Naast Positieve Gezondheid staat in dit onderzoek New Public Governance (NPG) centraal. Om te begrijpen wat NPG precies inhoudt, worden ook de andere bestuurskundige paradigma's – Public Administration en New Public Management en de neo-Weberiaanse staat – kort besproken.

### 2.2.1. New Public Governance ten opzichte van andere paradigma's

Het eerste paradigma is Public Administration (PA). PA hanteert een juridisch perspectief door de centrale plaats die de "rule of law" inneemt (Osborne, 2006, p.378). Andere kenmerken van PA zijn onder meer dat aansturing plaatsvindt door middel van hiërarchie waarbij regels en vaste richtlijnen gehanteerd worden, dat politiek en bestuur gescheiden zijn, dat de overheid (ook wel bureaucratie) een centrale rol heeft bij het opstellen en uitvoeren van beleid en dat de professional in de dienstverlening centraal staat (Osborne, 2006, p.383). Gezien de kenmerken van PA kan worden gesteld dat de Weberiaanse staat ook onder dit paradigma valt. Bij de Weberiaanse staat worden kantoren namelijk hiërarchisch aangestuurd, is er sprake van een scheiding tussen politiek en bestuur én staan regels centraal (om tot gewenste prestaties te komen) (Scott & Davis, 2007, p.48; Tahmasebi & Musavi, 2011, p.133). In de loop van de tijd is kritiek geleverd op PA, omdat zij niet meer passend zou zijn bij de ontwikkelingen in de publieke sector (Runya et al., 2015, p.12). In het bijzonder gaf Rhodes aan dat PA een omstander is geworden van de bestuurskundige praktijk (Osborne, 2006, p.378). Dit maakte de opkomst van New Public Management mogelijk.

Bij New Public Management (NPM) heerst de gedachte van een bedrijfsmatige overheid, waarbij de private sector als voorbeeld dient (Korsten, 2011, pp.2 & 7). Er wordt een economische benadering van het openbaar bestuur gehanteerd, gericht op het leveren van betere prestaties (Hondegheem, 2017, p.143). Naast het trekken van lessen uit de private sector, is de nadruk op prestatiemeting en monitoring een element van NPM (Osborne, 2006, p.379). Andere elementen zijn dat beleid en uitvoering gescheiden zijn, dat er sprake is van desaggregatie van publieke diensten én dat er een focus ligt op ondernemend leiderschap binnen publieke dienstverleningsorganisaties. Bovendien is een grotere rol voor marktpartijen weggelegd evenals voor concurrentie en contracten voor het toewijzen van middelen en het leveren van diensten. Ook op NPM is kritiek geuit. Zo zou NPM te beperkt en eendimensionaal zijn om in een plurale en pluralistische wereld bij te dragen aan het managen en beheren van publieke diensten (Osborne, 2006, p.380). Naast PA en NPM wordt er in de literatuur ook nog gesproken over de Neo-Weberiaanse Staat (NWS).

De kern van NWS is dat het traditionele staatsapparaat gemoderniseerd moet worden, zodat het voor de burgers professioneler, efficiënter en responsiever wordt (Pollitt & Bouckaert, 2011, p.22). Methoden uit de zakelijke (business) wereld kunnen worden toegepast al blijft de staat wel een onderscheidende actor die over eigen regels, methoden en cultuur beschikt. Het coördinatie-mechanisme is autoriteit die wordt uitgeoefend door een hiërarchie van onpartijdige functionarissen (ambtenaren). In het bijzonder komen de volgende Weberiaanse elementen terug in NWS: de centrale rol van de staat in het sturen van de samenleving, de rol van de representatieve democratie als legitimerend element in de bureaucratie, de rol van het bestuursrecht om de basisbeginselen gericht op de relatie tussen overheid en burger in stand te houden én het behoud van een publieke dienst met een onderscheidende status, cultuur en arbeidsvoorwaarden (Pollitt & Bouckaert, 2011, pp.118-119). De neo-elementen zijn een externe oriëntatie naar de burger (vooral gebaseerd op een professionele cultuur van kwaliteit en service; soms aangevuld met marktmechanismen), aanvullende raadpleging en directe betrokkenheid van burgers, resultaatgerichtheid inclusief evaluatie en prestatie management én het professionaliseren van de publieke dienst. Elementen van

PA en NPM komen hierin dus terug. Ook op NWS is de benodigde kritiek geleverd. Zo zouden Pollitt en Bouckaert (2011) bij de conceptualisering van NWS de spanningen tussen de Weberiaanse elementen en de neo-elementen onderbelicht laten of zelfs negeren (Byrkjefot, Du Gay, & Greve, 2018, p.995). Specifieker geformuleerd zouden de auteurs onvoldoende in overweging nemen of neo-elementen daadwerkelijk te verenigen zijn met de Weberiaanse elementen. De hybriditeit zou – volgens critici – moeilijker te bereiken zijn dan gesuggereerd.

Naar aanleiding van de kritiek die onder meer door Osborne is geuit op de eerdere paradigma's, is getracht om tot een nieuw paradigma te komen. Een paradigma dat tegemoet komt aan de toenemende fragmentatie en interorganisatorische context waarin publieke diensten geleverd worden (Osborne et al., 2013, pp.135-136). Een breed paradigma dat de focus legt op het besturen van interorganisatorische relaties en rekening houdt met het interactieve karakter van de huidige publieke dienstverlening (Osborne et al., 2013, p.137). In dit kader wordt gesproken over het paradigma New Public Governance (NPG).

NPG vindt haar theoretische oorsprong in de organisatiesociologie en netwerktheorie (Osborne, 2006, pp.383-384). Er wordt gesproken over een plurale (meervoudige) staat, waarbij meerdere interafhankelijke actoren bijdragen aan het leveren van publieke diensten. Ook is er sprake van een pluriforme staat, waarbij beleid maken wordt geïnformeerd door meerdere processen. Door deze twee vormen van pluraliteit, ligt de focus bij NPG op interorganisatorische relaties en het sturen van processen. Bovendien wordt aandacht besteed aan de effectiviteit en de resultaten van de dienstverlening. Daarnaast legt NPG de focus op het ontwerp en de evaluatie van interorganisatorische relaties waarbij vertrouwen, relationeel kapitaal en relationele contracten de belangrijkste sturingsmechanismen zijn.

In de term NPG komt het woord governance terug. Governance omvat een bredere, inclusievere benadering van government (Pollitt & Bouckaert, 2011, p.21). Niet alleen de overheid heeft een verantwoordelijkheid in het sturen van de samenleving; andere actoren hebben dit ook. Ondanks dat de overheid een belangrijke actor blijft, wordt zij dus niet meer als enige actor gezien (Hondeghem, 2017, p.160). Governance impliceert dat een netwerkrelatie ontstaat tussen de overheid en andere actoren. De overheid werkt samen met andere actoren in een netwerk om de problemen die zich in de samenleving voordoen, op te lossen. Ondanks dat netwerken een belangrijke rol spelen binnen NPG, is dit niet het enige element dat NPG kenmerkt. Onder NPG wordt namelijk ook een actievere rol van de burger verwacht, die zich uit in coproductie en diverse vormen van burgerparticipatie (Koppenjan & Dicke, 2019, p.5; Pestoff et al., 2013, p.8; Rogge et al., 2013, p.416; Torfing & Triantafillou, 2013, p.17).

### 2.2.2. Kenmerken van New Public Governance

In deze subparagraaf wordt ingezoomd op de kernelementen van NPG, te beginnen met burgerparticipatie.

#### Burgerparticipatie

Burgerparticipatie wordt onderscheiden in beleidsbeïnvloedende burgerparticipatie en zelfredzame burgerparticipatie (Van Houwelingen et al., 2014, p.18). Onder beleidsbeïnvloedende burgerparticipatie wordt verstaan dat burgers invloed uitoefenen op het beleid van een instantie – vaak de overheid – door bijvoorbeeld te lobbyen. Onder zelfredzame burgerparticipatie worden vormen van participatie verstaan waarbij burgers zelf aan de slag gaan zoals het schoonmaken van de buurt.

NPG streeft naar een sterke participatie van de burger in het opstellen van beleid dat raakt aan beleidsbeïnvloedende participatie (Rogge et al., 2013, p.416). Bovendien geven Koppenjan en

Dicke (2019, p.5) aan dat zelforganisatie en burgerinitiatieven onder NPG in opkomst zijn gekomen. Ondanks dat de auteurs zelforganisatie en burgerinitiatieven als twee aparte concepten bespreken, blijken zij nauw met elkaar verwant te zijn. Uit een definitie van burgerinitiatieven blijkt namelijk dat een burgerinitiatief een vorm van zelforganisatie is, gericht op het verbeteren van de eigen levenssituatie en/of de samenleving (Müjde & Daru, 2005, p.11). Aangezien in dit kader het zelf oppakken van zaken door de burger centraal staat, wordt ook wel gesproken van het informele burgerinitiatief passend bij zelfredzame burgerparticipatie (Van Houwelingen et al., 2014, p.28). Informele burgerinitiatieven staan tegenover formele burgerinitiatieven, waarbij burgers het recht hebben om een onderwerp – middels voldoende verzamelde handtekeningen – op de politieke agenda van de volksvertegenwoordiging te zetten.

In de literatuur wordt onderscheid gemaakt tussen drie generaties burgerparticipatie (Van de Wijdeven et al., 2013, p.10). De eerste generatie is ontstaan in de jaren 70. Inspraak staat hierbij centraal. Deze vorm van participatie is afgedwongen door burgers. Zij wilden namelijk de mogelijkheid hebben om te reageren op het overheidsbeleid. Het recht op inspraak is vervolgens wettelijk vastgelegd. In het begin van de jaren 90 is de tweede generatie burgerparticipatie opgekomen. Hierbij staan interactieve beleidsvorming en coproductie centraal. In deze generatie krijgen burgers de mogelijkheid om in een vroeg stadium het beleid samen met de overheid vorm te geven. De overheid bepaalt bij welke onderwerpen en in welke rol de burgers worden betrokken. Deze generatie komt dus overeen met het samen opstellen van beleid. De derde generatie burgerparticipatie is opgekomen aan het begin van de 21<sup>ste</sup> eeuw. Het informele burgerinitiatief staat hierbij centraal, waarbij de eigen verantwoordelijkheid van de burger wordt aangesproken. De burgers – civil society – initiëren en de overheid participeert. Burgers zijn inhoudelijk leidend; zij bepalen waarvoor zij zich willen inzetten. Ook op procesmatig gebied nemen de burgers het voortouw. Zij voeren het idee grotendeels zelf (samen met andere burgers) uit.

Arnstein (1969, p.217) heeft middels een participatieladder – bestaande uit acht treden – onderscheid gemaakt tussen verschillende vormen van burgerparticipatie, te weten: manipulatie (trede 1), therapie (trede 2), informeren (trede 3), consulteren (trede 4), verzoening (trede 5), partnerschap (trede 6), gedelegeerde macht (trede 7) en burgercontrole (trede 8). Deze acht treden zijn onderverdeeld in drie categorieën. De eerste twee treden vallen in de categorie non-participatie. De treden drie t/m vijf behoren tot de categorie tokenism en de treden zes t/m acht vallen onder de categorie burgermacht. Een verdere uitleg van de treden laat zien dat onder manipulatie en therapie mensen niet echt in staat worden gesteld om te participeren. De participanten worden onderwezen of verzorgd. Bij de derde en vierde treden staat het recht om een eigen stem te hebben en deze te laten horen centraal. De participanten missen echter de kracht om te verzekeren dat hun opvattingen worden opgevolgd. De vijfde trede wordt gezien als een hoger niveau van tokenism, omdat participanten de machthebbers kunnen adviseren. De machthebbers behouden echter wel het recht om beslissingen te nemen. Bij de zesde trede staat het onderhandelen en de wisselwerking met de machthebbers centraal. Tot slot laten de zevende en achtste treden zien dat de participanten de macht hebben over de besluitvorming en/of het management.

Edelenbos en Monnikhof hebben de participatieladder van Arnstein vertaald naar de Nederlandse context. Zij komen tot de volgende vijf oplopende treden: informeren, raadplegen, adviseren, coproduceren en meebeslissen (De Graaf, 2007, pp.32-33). Bij informeren bepalen met name de politiek en het bestuur de agenda voor besluitvorming. Participanten krijgen niet de mogelijkheid om daadwerkelijk input te leveren bij beleidsontwikkeling. Of überhaupt van interactiviteit gesproken kan worden, valt dan ook te betwisten. Bij raadplegen bepalen met name de

politiek en bestuur de agenda, maar de participanten zijn gesprekspartner voor beleidsontwikkeling. De gespreksresultaten kunnen als grondlegger voor het beleid dienen, maar de politiek verbindt zich niet hieraan. Bij adviseren wordt de agenda in principe ook door de politiek en het bestuur samengesteld. De participanten krijgen echter wel de mogelijkheid om problemen aan te dragen en oplossingen te bedenken, die een volwaardige rol krijgen bij het ontwikkelen van beleid. Dit neemt niet weg dat de politiek bij de uiteindelijke besluitvorming van deze ideeën kan afwijken. Vanaf deze trede is er sprake van een interactief proces (Van de Walle, De Rynck, & Wauters, 2017, p.388). Bij coproduceren komen politiek, bestuur en participanten samen tot een probleemagenda, waarbij vervolgens samen naar oplossingen wordt gezocht. De politiek houdt zich aan deze oplossingen. Tenslotte komt bij meebeslissen naar voren dat de politiek en het bestuur de ontwikkeling en besluitvorming over beleid overlaat aan de participanten, waarbij het ambtelijk apparaat een adviserende rol aanneemt. De politiek houdt zich aan de resultaten, indien deze voldoen aan de vooraf opgestelde voorwaarden. Aangezien deze participatieladder zich richt op de Nederlandse context én de focus van de ladder ligt op beleidsvorming (mate van invloed in beleidsvorming), wordt deze ladder meegenomen bij de operationalisering van interactieve beleidsvorming.

Burgerparticipatie zou verschillende voordelen tot stand brengen. Zo zou het betrekken van burgers bij het opstellen van beleid ervoor kunnen zorgen dat de kloof tussen burger en bestuur wordt gedicht (Edelenbos, Teisman, & Reuding, 2001, p.21). Hierdoor kan het vertrouwen in de overheid toenemen. Bovendien kan het probleemoplossend vermogen en zodoende de kwaliteit van het beleid toenemen, doordat diverse bronnen van kennis, expertise en creativiteit worden gebruikt (Edelenbos et al., 2001, p.25). Een voordeel van informele burgerinitiatieven is dat nieuwe sociale binding tussen burgers tot stand kan komen (Salverda, Pleijte, & Van Dam, 2014, p.11). Ook kunnen burgerinitiatieven maatwerk en een hoge kwaliteit bieden, doordat burgers de vrijheid hebben om onderwerpen op een andere manier te benaderen dan de formele instituties zoals de overheid (Van der Heijden, Van Dam, Van Noortwijk, Salverda, & Van Zanten, 2011, p.17).

### Netwerken

Ook netwerken zijn in opkomst gekomen onder NPG (Koppenjan & Dicke, 2019, p.5). Verschillende definities van netwerken zijn in omloop in de literatuur. Zo definieert O'Toole (1997, p.45) netwerken als "structuren van onderlinge afhankelijkheid waarbij meerdere organisaties of delen daarvan betrokken zijn, waarbij een eenheid niet alleen de formele ondergeschikte is van de anderen in een grotere hiërarchische ordening." Een recentere definitie is gegeven door Isett, Mergel, LeRoux, Mischen en Rethemeyer (2011, p.161), te weten: "Een netwerk kan worden gedefinieerd als een groep doelgerichte, onderling afhankelijke maar autonome actoren die samenkomen om een collectieve output (tastbaar of ontastbaar) te produceren die niemand op eigen kracht kan produceren." In de literatuur worden grofweg twee netwerkbenaderingen van elkaar onderscheiden. Ten eerste wordt gesproken over netwerken als "service delivery networks" (ook wel dienstverleningsnetwerken) (Hondegheem, 2017, p.161). Hieronder wordt verstaan dat afstemming rondom concrete dienstverlening plaatsvindt tussen sets van mensen die optreden namens organisaties om uiteindelijk tot een bepaalde output (bepaalde dienstverlening) te komen. Er is sprake van onderlinge afhankelijkheid, omdat men elkaar nodig heeft om de eigen doelstellingen te bereiken én om een dienst te kunnen leveren. Een voorbeeld van een dergelijk netwerk is een netwerk van professionals rondom patiënten in de geestelijke gezondheidszorg.

Het tweede type netwerkbenadering betreft "policy networks" (ook wel beleidsnetwerken) (Hondegheem, 2017, p.161). Bij deze netwerken vormen stelsels van organisaties zich rond bepaalde

problematieken van beleidsvoering. Specifieker geformuleerd zijn policy networks “min of meer stabiele patronen van sociale relaties tussen onderlinge afhankelijke actoren, die zich vormen rond beleidsproblemen en/of beleidsprogramma’s” (Kickert et al. 1997a, p.23). Er wordt van beleidsnetwerken gesproken, omdat de aandacht uitgaat naar de wijze waarop netwerken het maken en implementeren van overheidsbeleid beïnvloeden.

Policy networks worden gekenmerkt door de volgende drie elementen: onderlinge afhankelijkheid, verscheidenheid aan actoren met elk hun eigen doelen én min of meer duurzame relaties tussen actoren (Klijn, 1997, pp.47-49). Onderlinge afhankelijkheid is een kenmerk van netwerken, omdat netwerken bestaan én zich ontwikkelen vanwege de onderlinge afhankelijkheid tussen actoren. Actoren zijn afhankelijk van elkaar vanwege het feit dat ze elkaars middelen nodig hebben om hun doelen te kunnen bereiken. Bovendien houdt onderlinge (ook wel wederzijdse) afhankelijkheid in dat beleid alleen gerealiseerd kan worden op basis van samenwerking (Klijn & Koppenjan, 2000, p.139). Daarnaast is een kenmerk van policy networks dat zij bestaan uit een verscheidenheid aan actoren die beschikken over hun eigen doelen en strategieën. Beleid is de uitkomst van de interactie die plaatsvindt tussen enkele actoren. In het bijzonder is er sprake van strategische interactie tussen actoren. De reden hiervoor is dat de actoren elkaar nodig hebben vanwege de onderlinge afhankelijkheden, maar dat zij ook hun eigen voorkeuren willen bereiken. Tenslotte zijn relaties tussen actoren een kenmerk van policy networks, omdat onderlinge afhankelijkheden tussen actoren en de interacties die daaruit voortvloeien relatiepatronen creëren. Er ontstaan in zekere mate duurzame relatiepatronen tussen actoren die invloed hebben op de interactiepatronen in netwerken. Door te focussen op relaties tussen actoren wordt ook aandacht besteed aan institutionalisering. Indien actoren een langere periode met elkaar interacteren, worden er namelijk regels gecreëerd die het gedrag en de verdeling van de middelen reguleren. Daarmee worden de strategische opties beïnvloed. Een voorbeeld van een policy network is een beleidsnetwerk rondom lokaal jeugdbeleid, waarbij het doel het voeren van een integraal jeugdbeleid is (Steketee, Mak, & Boutellier, 2010, p.8). Het onderscheid tussen de twee benaderingen van netwerken is relatief, omdat de mogelijkheid bestaat dat in één netwerk elementen van beide type netwerken terug te vinden zijn (Hondeghem, 2017, p.161).

Netwerken zouden verschillende voordelen met zich mee brengen. Zo zouden netwerken een democratisch middel zijn om overheidsbeleid te ontwikkelen (Weber & Khademan, 2008, p.335). Bovendien zouden netwerken effectief zijn in het tackelen van “wicked problems” (Ferlie, Fitzgerald, McGivern, Dopson, & Bennett, 2011, p.308). Dit zijn problemen waarvoor geen voor de hand liggende oplossing aanwezig is, waar veel individuen en organisaties bij betrokken zijn, waarbij onenigheid is tussen betrokkenen en waar gewenste gedragsveranderingen een onderdeel zijn van de oplossing. Tot slot kunnen netwerkstructuren leiden tot meer innovatieve manieren om problemen op te lossen (Keast, Mandell, Brown, & Woolcock, 2004, p.367).

### Coproductie

Tot slot wordt coproductie – waarbij publieke dienstverleners (ambtenaren) en burgers gezamenlijk bijdragen aan het leveren van publieke diensten – gezien als een kernelement van NPG (Pestoff et al., 2013, p.8). Toch is coproductie geen nieuw fenomeen. Zo schreef Ostrom in 1996 al over coproductie. Zij gaf aan dat coproductie het volgende inhoudt: “Coproductie is een proces waarbij de input van individuen die niet in dezelfde organisatie werkzaam zijn, wordt getransformeerd in goederen en diensten” (Ostrom, 1996, p.1073). Ook Parks heeft in 1981 een definitie van coproductie gegeven, te weten: “Coproductie is de mix van activiteiten die zowel door ambtenaren

als burgers worden bijgedragen aan het leveren van publieke diensten. De eersten zijn betrokken als professionals, of “reguliere producenten”, terwijl “de productie van burgers” is gebaseerd op vrijwillige inspanningen van individuen en groepen om de kwaliteit en/of kwantiteit van de diensten die zij gebruiken te verbeteren” (Brandsen & Honingh, 2015, p.428).

Volgens de definitie van Parks is coproductie anders dan beleidsparticipatie, omdat bij het coproduceren van publieke goederen en diensten meer van de burger wordt verwacht dan zich alleen uit te spreken over het overheidsbeleid (Verschuere & Steen, 2018, p.11). Bij coproductie nemen de burgers een actieve rol aan door mee te produceren aan de publieke goederen of diensten waarvan zij zelf ook gebruikmaken. Coproductie vindt plaats in de beleidsuitvoerende fase: het feitelijk realiseren van beleid door het produceren van goederen en diensten. Coproductie reikt verder dan vrijwilligerswerk, omdat coproducten (of hun naasten) ook zelf de diensten en goederen benutten die worden geproduceerd.

Ondanks dat coproductie niet nieuw is in de wetenschappelijke literatuur, heeft coproductie wel aan aandacht gewonnen sinds de opkomst van het governance paradigma. Dit vanwege de nadruk die dit paradigma legt op samenwerking en participatie (Brandsen & Honingh, 2015, p.427). Brandsen en Honingh (2015, p.431) hebben de klassieke definities van Ostrom en Park geanalyseerd en zijn tot de conclusie gekomen dat drie kernelementen centraal staan bij coproductie. Het eerste kernelement is dat de relatie tussen werknemers van een organisatie en (groepen van) individuele burgers centraal staat. Het tweede kernelement is dat directe en actieve inbreng van de burgers vereist is in het werk van de organisatie. Het derde kernelement is dat de professional een betaalde werknemer is. De burger krijgt geen vergoeding of een vergoeding die lager is dan de marktaande. Op basis van de kernelementen omschrijven Brandsen en Honingh (2015, p.431) coproductie als “een relatie tussen een betaalde medewerker van een organisatie en (groepen van) individuele burgers waarbij een directe en actieve bijdrage van deze burgers vereist is aan het werk van de organisatie.”

Naast een definitie, zijn Brandsen en Honingh (2015, p.432) tot vier variaties van coproductie gekomen. Er zijn namelijk variabele elementen in de definitie van coproductie aanwezig, te weten: de mate waarin burgers betrokken zijn bij de implementatie en het ontwerp van professioneel geproduceerde diensten én de mate waarin de burgers taken uitvoeren die nauw aansluiten bij de kerndiensten van de organisatie (Brandsen & Honingh, 2015, p.431; Verschuere & Steen, 2018, p.12). Zie tabel 2 voor de weergave van de vier vormen van coproductie.

*Tabel 2: vier mogelijke vormen van coproductie (overgenomen van Brandsen & Honingh, 2015, p.432)*

	<b>Implementatie</b>	<b>Ontwerp en implementatie</b>
<b>Complementair</b>	Complementaire coproductie in implementatie	Complementaire coproductie in het ontwerpen van diensten en implementatie
<b>Niet-complementair</b>	Coproductie bij de implementatie van kerndiensten	Coproductie bij het ontwerpen en implementeren van kerndiensten

Er is sprake van complementaire coproductie in het ontwerpen en implementeren van diensten indien burgers betrokken zijn bij coproductie in taken die aanvullend zijn aan het kernproces (Brandsen & Honingh, 2015, pp.432-433). Een voorbeeld hiervan zijn ouders die helpen bij het plannen en organiseren van extracurriculaire activiteiten zoals schoolexcursies. Van complementaire coproductie in implementatie is sprake indien burgers actief betrokken zijn bij de implementatie van



een aanvullende taak. Een voorbeeld hiervan zijn studenten die helpen bij welkomdagen van een universiteit. De taak die zij uitvoeren draagt niet direct bij aan de kernactiviteit van de school; lesgeven. Er wordt gesproken van coproductie bij het ontwerpen en implementeren van kerndiensten indien burgers direct betrokken zijn bij het produceren van kerndiensten van een organisatie en direct zijn betrokken bij het ontwerpen en implementeren van individuele diensten die aan hen worden geleverd. Een voorbeeld hiervan zijn postdoctorale opleidingsmodules waarin deelnemers samen met de instructeurs hun eigen leerdoelstellingen en leeractiviteiten vaststellen. Tenslotte wordt onder coproductie bij de implementatie van kerndiensten verstaan dat burgers actief betrokken zijn bij de implementatie van een individuele dienst die de kern van de organisatie vormt. Een voorbeeld doet zich voor op het gebied van educatie waar studenten vooraf bepaalde lessen volgen en waarbij hun eigen input cruciaal is om effectief te kunnen leren.

Bovaird en Loeffler (2018) leggen de focus – in tegenstelling tot Brandsen en Honingh (2015) – niet alleen op design en implementatie. Zij benoemen de volgende vier vormen van coproductie die tezamen de coproductiecyclus vormen: co-commissioning, co-design, co-delivery en co-assessment (Bovaird & Loeffler, 2018, pp.409-411). Bij co-commissioning wordt vastgesteld wat publieke organisaties en burgers samen moeten bereiken. In dit kader prioriteren, plannen en financieren ze samen de uitkomsten. Bij co-design werken publieke dienstverleners en burgers samen om publieke diensten te hervormen en community-based oplossingen te ontwikkelen. Het gaat over de vraag hoe samen geïnnoveerd kan worden om bepaalde uitkomsten te bereiken. Bij co-delivery ondernemen burgers en publieke dienstverleners actie om resultaten te bereiken. Centraal staat de vraag hoe diensten samen geïmplementeerd kunnen worden (ook wel ten uitvoer gebracht kunnen worden) om betere resultaten te bereiken (Bovaird & Loeffler, 2013, p.10). Bij co-assessment gaat het over wat werkt en waarom. Publieke dienstverleners werken samen met burgers als waarnemers en evaluatoren om de kwaliteit en resultaten van de dienstverlening te beoordelen. Bovaird en Loeffler (2018) zien coproductie dus breder dan Brandsen en Honingh (2015). Om een compleet beeld te schetsen van coproductie, wordt ervoor gekozen om in dit onderzoek co-commissioning en co-assessment – naast design en implementatie zoals benoemd door Brandsen en Honingh (2015) – mee te nemen.

Coproductie zou verschillende potentiële voordelen tot stand brengen. Verondersteld wordt dat coproductie een manier is om de kwaliteit en kwantiteit van de publieke diensten te vergroten, doordat coproductie voor lagere kosten zorgt, een grotere kwaliteit van dienstverlening bewerkstelligt en betere mogelijkheden biedt voor burgers om te participeren (Verschuere & Steen, 2018, pp.17-19). Bovendien zou coproductie leiden tot een toenemende tevredenheid over de dienstverlening, omdat de burger als producent bij de dienstverlening is betrokken. Diensten kunnen op maat worden gemaakt voor de burger, omdat de ontvanger van de dienst ook producent is. Tenslotte kan coproductie ervoor zorgen dat burgerschap én het democratische gehalte van de publieke dienstverlening versterkt wordt. Door coproductie kan een nieuwe relatie tussen burger en overheid ontstaan op basis van vertrouwen en betere verantwoording. Ten aanzien van de vier vormen van coproductie bestaat de kans dat betrokkenheid bij één van deze vormen kan leiden tot betrokkenheid bij andere aspecten van de democratie (Bovaird & Loeffler, 2016, p.1014).

### 2.2.3. Een andere rol voor de professional en overheid?

De nadruk die NPG legt op burgerparticipatie, netwerken en coproductie heeft ook consequenties voor de rol van de professionals en overheidsorganisaties. Ten aanzien van netwerken kan de overheid als actor deelnemen in een netwerk. In de netwerkbenadering hebben publieke actoren –

in tegenstelling tot eerdere perspectieven op het openbaar bestuur – echter geen dominante rol (Klijn & Koppenjan, 2000, p.151). De overheid wordt gezien als één van de actoren in het netwerk wat – volgens critici – nadelige gevolgen kan hebben voor de democratische legitimiteit of verantwoording. Dat de overheid afhankelijk is van andere actoren betekent daarentegen niet dat zij geen speciale positie heeft. De overheid beschikt namelijk over speciale bronnen zoals grote budgetten, een groot personeelsbestand en democratische legitimering. Toegang tot dergelijke bronnen brengt de overheid substantiële macht; al kan de speciale positie ook beperkingen met zich meebrengen zoals het niet vrij kunnen kiezen van de partners met wie zij interacties wil aangaan (Kickert, Klijn & Koppenjan, 1997b, p.185). Dit vanwege het feit dat overheidstaken de overheid tot bepaalde partners veroordeelt.

Ook de Raad voor het Openbaar Bestuur (2012, p.65) is ingegaan op de veranderende rol van de overheid, waarbij de nadruk wordt gelegd op de paradigmaverschuiving die hieraan ten grondslag ligt. De paradigmaverschuiving houdt in dat niet meer (alleen) de focus gelegd dient te worden op het vergroten van de invloed van onder meer burgers door participatieve instrumenten. Hierbij wordt namelijk uitgegaan van het feit dat de overheid iets wil bewerkstelligen en dat zij daarvoor de burgers mee wil krijgen. De Raad van het Openbaar Bestuur (2012, p.65) geeft aan dat de omslag start door als uitgangspunt te nemen dat hetgeen wat nodig is in eerste instantie ontstaat in de samenleving en haar gemeenschappen. Vanuit de samenleving kan vervolgens de behoefte ontstaan om ondersteuning vanuit de overheid te krijgen. Hieruit kan worden opgemaakt dat de Raad voor het Openbaar Bestuur (2012) met name de nadruk legt op informele burgerinitiatieven en de andere rol van de overheid die in dit kader wordt verwacht. Aangezien het particuliere initiatief volgens de Raad voor het Openbaar Bestuur (2012, p.67) als leidraad gehanteerd dient te worden, is een burgerparticipatietrap niet meer passend. Vandaar dat een overheidsparticipatietrap is opgesteld, om inzichtelijk te maken welke rollen de overheid heeft. Zie hiervoor figuur 1.

*Figuur 1: overheidsparticipatietrap (overgenomen van Raad voor het Openbaar Bestuur, 2012, p.67)*



De onderste trede is loslaten (Raad voor het Openbaar Bestuur, 2012, pp.67-68). Hieronder wordt verstaan dat de overheid een taak volledig loslaat, waardoor zij zich noch inhoudelijk noch procesmatig met de taak bemoeit. De tweede trede is faciliteren. De overheid kiest voor een faciliterende rol indien het initiatief niet vanuit de overheid komt, maar de overheid wel belang ziet in de totstandkoming van het initiatief. De derde trede is stimuleren. Hierbij heeft de overheid de wens dat beleid of een maatregel tot stand wordt gebracht; de realisering hiervan wordt echter aan anderen overgelaten. De overheid zoekt bij deze trede alleen naar mogelijkheden om anderen te bewegen. De vierde trede is regisseren. Bij deze trede hebben andere partijen ook een rol, maar de overheid wil graag de regie voeren. De bovenste trede is reguleren. De overheid kan reguleren door

middel van wet- en regelgeving, waardoor zij regels kan handhaven en overtredingen kan bestraffen. Een verticale verhouding tussen de overheid en de burger komt hierdoor tot stand.

De Raad voor het Openbaar Bestuur (2012, p.68) geeft als slotsom aan dat niet één ideale of beste rol aanwezig is. Afhankelijk van de situatie en het onderwerp moeten de politiek en het bestuur bepalen en duidelijk maken waarom zij voor een bepaalde rol kiezen. Wél wordt vermeld dat de paradigmaverandering ervoor zorgt dat politici en bestuurders vaker (moeten) kiezen voor een bescheiden opstelling. De samenleving en haar initiatieven krijgen immers meer ruimte als de overheid op een zo laag mogelijke trede van de overheidsparticipatietrap staat. De Raad voor het Openbaar Bestuur (2012) legt de focus dus op burgerinitiatieven. Ten aanzien van het opstellen van beleid neemt de overheid – afhankelijk van de mate van invloed in de beleidsvorming – een meer of minder sturende rol aan. Kenmerkend is echter wel dat de overheid bepaalt bij welke onderwerpen de burgers betrokken mogen zijn (Van de Wijdeven et al., 2013, p.10).

Ten aanzien van coproductie wordt ingegaan op de faciliterende houding die zowel de professional als de overheidsorganisatie moet aannemen (Verschuere & Steen, 2018, p.16). De faciliterende houding bestaat uit drie elementen, waarvan twee elementen hier worden toegelicht. Deze twee elementen gaan namelijk specifiek in op de houding van de professional en de overheidsorganisatie. Met betrekking tot de publieke organisaties wordt gesteld dat zij een houding en werkwijze moeten aannemen die het coproduceren faciliteert door bijvoorbeeld beslissingsmacht af te staan aan burgers binnen een beleidskader (Verschuere & Steen, 2018, p.16). Ook kan gedacht worden aan het investeren in tijd, geld en personeel in coproductie, het toelaten dat de professionals genoeg autonomie hebben om zich in de projecten tussen de coproductanten te bewegen zonder dat de ambtelijke hiërarchie hen daarin tegenhoudt én het erkennen dat uitkomsten niet meteen meetbaar zijn. Met betrekking tot de professionals geven Verschuere en Steen (2018, p.17) aan de ene kant aan dat professionals niet alle taken kunnen overdragen aan de burger/coproductant. Opgelet moet worden dat het overdragen van complexe taken – die vragen om vaardigheden en expertise – niet leidt tot een kwalitatief minder goede dienst of een dienst die minder efficiënt tot stand is gebracht. Aan de andere kant geven Verschuere en Steen (2018, p.17) aan dat professionals moeten oppassen dat zij geen houding aannemen die burgers/coproductanten uitsluiten. Professionals moeten niet bang zijn om verantwoordelijkheden uit te besteden. Kortom, er dient een evenwicht gevonden te worden. De auteurs benoemen coproductie in het algemeen, waardoor het niet duidelijk is of ten aanzien van alle soorten coproductie een dergelijke houding aangenomen dient te worden. In de interviews zal hier dan ook op worden ingegaan.

#### 2.2.4. Kritiek en uitdagingen ten aanzien van New Public Governance

Ondanks dat NPG de problemen van PA en NPM zou wegnemen, is op NPG zelf ook kritiek geuit. Eén kritiekpunt is dat NPG ervoor zou zorgen dat er sprake is van onduidelijke verantwoordelijkheid (Runya et al., 2015, pp.17-18). De oorzaak hiervan zou liggen in de decentralisatie van macht. Aangezien de macht niet bij één actor ligt, is het bijvoorbeeld lastig om te bepalen wie de verantwoordelijkheid op zich neemt. In het bijzonder kan dit kritiekpunt gerelateerd worden aan netwerken. Netwerken zouden publieke managers namelijk confronteren met onduidelijke verantwoordingssystemen (Romzek & Johnston, 2005, p.439). Een tweede kritiekpunt is dat NPG inefficiënt zou zijn. NPG – met een theoretische oorsprong in de organisatiesociologie en netwerktheorie – zorgt voor pluralisme, waardoor sociale problemen niet efficiënt worden opgelost. Ook hier wordt decentralisatie aangehaald als een risico van NPG. Doordat de macht niet bij één actor ligt, ontbreekt het centrale punt en door de onduidelijke verantwoordelijkheid komt de

efficiëntie in het geding. Rhodes (2013, p.9) sluit hierbij aan door onder meer te stellen dat inefficiëntie in netwerken gevoed wordt door meerdere verantwoordelijkheden. Een derde kritiekpunt is dat NPG een buitengewoon breed en abstract model is. NPG is – volgens critici – grotendeels beschrijvend van aard en een theoretische “motor” zou ontbreken (Pollitt & Bouckaert, 2011, p.123). Het is daarom lastig om te bepalen wat niet onder NPG valt.

Naast deze kritiepunten, geven Torfing en Triantafillou (2013, pp.17-18) diverse uitdagingen aan ten aanzien van NPG die te maken hebben met de vier functies van het politieke systeem. De uitdagingen die betrekking hebben op een grotere rol van de burger en een andere rol voor de overheid worden hier toegelicht. De eerste uitdaging is hoe met burgers of georganiseerde groepen belanghebbenden kan worden omgegaan die niet bereid of in staat zijn om deel te nemen aan processen van participatie en samenwerking. In dit kader dient ook aandacht besteed te worden aan ambtenaren die hun juridisch-bureaucratische rol als efficiënte dienstverlener zouden willen behouden. De tweede uitdaging is hoe met ongelijke participatie kan worden omgegaan. De uitdagingen die Torfing en Triantafillou (2013) noemen, komen ook terug in de participatieliteratuur (waaronder ook de literatuur omtrent burgerinitiatieven wordt verstaan). In de participatieliteratuur komt naar voren dat burgerbetrokkenheid voornamelijk voorkomt bij specifieke bevolkingsgroepen: de blanke man (uit de middenklasse) die een hogere opleiding heeft genoten (Hurenkamp, Tonkens, & Duyvendak, 2006, p.58; Movisie, 2017; Verschuere & Steen, 2018, p.19). In die zin is er dus sprake van uitsluitingsmechanismen (insider/outsider dynamiek), waardoor bepaalde groepen wél en andere groepen niet initiëren, participeren en coproduceren. De overheid dient hiermee – bijvoorbeeld in haar coproductiebeleid – dan ook rekening mee te houden.

## Hoofdstuk 3: methodologisch kader

### 3.1. Onderzoeksstrategie

Dit onderzoek kan getypeerd worden als een kwalitatief explorierend onderzoek waarbij een enkelvoudige casestudy is gehanteerd.

#### 3.1.1. Kwalitatief explorierend onderzoek

Om de onderzoeksvraag te beantwoorden, is gebruik gemaakt van kwalitatief onderzoek. Door kwalitatief onderzoek uit te voeren, wordt talig materiaal verzameld en geïnterpreteerd op basis waarvan uitspraken kunnen worden gedaan over een verschijnsel in de werkelijkheid (Bleijenbergh, 2016, p.12). In dit onderzoek is voor kwalitatief onderzoek gekozen, omdat het doel van het onderzoek is om diepgaande inzichten te verkrijgen in welke verbanden tussen NPG en Positieve Gezondheid gelegd kunnen worden. Bevindingen uit de lokale volksgezondheidsnota's én de ervaringen en betekenissen van respondenten die betrokken zijn bij het ontwikkelen en uitvoeren van dergelijke nota's staan centraal. Boeije (2014) stelt dat kwalitatief onderzoek met name geschikt is om te exploreren. Er is sprake van een explorierend onderzoek wanneer kennis – om een probleem op te lossen – in grote mate ontbreekt en de theorie nog niet goed en volledig is. Kwalitatief onderzoek is geschikt om te exploreren, omdat hierdoor de mogelijkheid wordt geboden om belangrijke verschijnselen in een onderzoeksgebied vast te stellen én te benoemen (beschrijven). Bovendien wordt de mogelijkheid geboden om regelmatigigheden en patronen te opperen (begrijpen). Dit onderzoek kan getypeerd worden als een explorierend onderzoek, omdat geen tot zeer weinig kennis beschikbaar is over hoe elementen van NPG op lokaal niveau toegepast kunnen worden om de individuele kijk op Positieve Gezondheid te integreren in/vertalen naar beleids(uitvoerend) niveau. De concepten worden in de wetenschappelijke literatuur immers los van elkaar besproken. Vandaar dat in dit explorerende onderzoek verkend wordt welke verbanden tussen NPG en Positieve Gezondheid gelegd kunnen worden, zodoende de wetenschappelijke literatuur aan te kunnen vullen.

In het bijzonder is een inductieve onderzoeksbenadering gehanteerd (Bleijenbergh, 2016, p.52). De reden hiervoor is dat er theoretisch gezien verbanden werden verwacht tussen NPG en Gezondheid, maar de inhoud en richtingen van de verbanden nog niet bekend waren. De empirie is richtinggevend geweest voor het afleiden van mogelijke verbanden tussen de twee theoretische begrippen. Ondanks het feit dat een inductieve onderzoeksbenadering is gehanteerd, kan aangesloten worden bij de bestaande wetenschappelijke literatuur omtrent Positieve Gezondheid en NPG. Vandaar dat bij de operationalisering – subparagraaf 3.2 – de theoretische begrippen concreet zijn gemaakt aan de hand van diverse dimensies en indicatoren.

#### 3.1.2. Casestudy

Drie basisonderzoeksstrategieën zijn te onderscheiden binnen de onderzoeksmethodologie, te weten de survey, het experiment én de casestudy (Bleijenbergh, 2016, p.43). In dit onderzoek is de casestudy als strategie gehanteerd; specifiek de enkelvoudige casestudy. Er is sprake van een enkelvoudige casestudy, omdat het werkgebied van GGD Limburg-Noord als case gehanteerd is. GGD Limburg-Noord heeft als taak om de gezondheid van de ruim 515.000 inwoners in de regio te bevorderen, te beschermen en te bewaken (GGD Limburg-Noord, z.j.a., p.10). GGD Limburg-Noord wil gezond gedrag van de inwoners stimuleren en gezondheidsrisico's bestrijden. De 515.000 inwoners zijn verdeeld over 15 Noord- en Midden-Limburgse gemeenten (werkgebied GGD Limburg-

Noord)<sup>1</sup>. Ten aanzien van deze gemeenten heeft GGD Limburg-Noord een adviesfunctie. Zij adviseert de gemeenten op diverse gebieden, waaronder het lokale gezondheidsbeleid (Persoonlijke Communicatie, Van de Kar, 4 april 2019). GGD Limburg-Noord wil haar adviesfunctie richting de 15 gemeenten versterken (Persoonlijke communicatie Van de Kar, 4 april 2019). Specifieker inzicht in het gemeentelijke gezondheidsbeleid van de gemeenten – op het gebied van Positieve Gezondheid en NPG – is hiervoor van belang. Vandaar dat in dit onderzoek hierop is ingezoomd.

Een andere reden waarom is ingezoomd op de genoemde gemeenten is dat in Limburg – op diverse niveaus – nadrukkelijk aandacht wordt besteed aan Positieve Gezondheid. In het bijzonder komt op gemeentelijk niveau Positieve Gezondheid in de zin van Huber (en collega's) terug. De grondslag hiervan is terug te vinden in de kadernota waarin de wethouders van de 15 Noord- en Midden-Limburgse gemeenten én de GGD spreken over veranderingen in de zorg waarin Positieve Gezondheid de rode draad vormt (Veiligheidsregio Limburg-Noord, 2018). Overeenkomstig hiermee is Positieve Gezondheid – inclusief de zes dimensies – voor gemeenten een onderlegger voor hun gezondheidsbeleid (GGD Limburg-Noord, 2018). De 15 Noord- en Midden-Limburgse gemeenten hebben Positieve Gezondheid momenteel opgenomen in hun lokale gezondheidsbeleid of zijn hiermee bezig (Persoonlijke communicatie Van de Kar, 4 april 2019). Positieve Gezondheid komt ook terug in de samenwerkingsovereenkomst die gesloten is tussen de Noord-Limburgse gemeenten (en de zorgverzekeraar en het zorgkantoor) waarin is afgesproken dat Positieve Gezondheid – geconceptualiseerd door Huber – als gezamenlijke visie wordt gedeeld (Gemeente Venlo, z.j.). Positieve Gezondheid dient de leidraad te vormen voor de samenwerking en de interventies die hieruit voortkomen.

Ondanks dat Positieve Gezondheid een bekend begrip is in de Noord- en Midden-Limburgse gemeenten, heeft de strategisch beleidsontwikkelaar van GGD Limburg-Noord aangegeven dat nog winst te behalen valt op het gebied van Positieve Gezondheid en NPG. Zo zouden sommige gemeenten de participatiegedachte en activiteiten op het gebied van Positieve Gezondheid in “één adem noemen”, maar de uitwerking hiervan zou ontbreken (Persoonlijke communicatie Van de Kar, 4 april 2019). In dit kader is het dan ook interessant geweest om te verkennen welke verbanden tussen NPG en Positieve Gezondheid gelegd kunnen worden.

## 3.2. Operationalisatie

De operationalisering van Positieve Gezondheid en NPG heeft in dit onderzoek twee rollen vervuld: zij heeft de interviewvragen<sup>2</sup> én analyse vormgegeven. De nummers en cijfers die in de tabellen 3 en 4 vermeld staan, hebben als leidraad gediend voor de codering.

### 3.2.1. Operationalisering Positieve Gezondheid

Om aan te sluiten bij de praktijk, is ervoor gekozen om in dit onderzoek Positieve Gezondheid in de zin van Huber, Van Vliet en Boers (2016) te hanteren. In de desbetreffende case wordt dit concept namelijk gehanteerd. Vanwege het feit dat uit de empirie informatie wordt opgehaald om verbanden tussen NPG en Positieve Gezondheid te kunnen leggen, is het logisch om aan te sluiten bij dit concept. Bovendien is Positieve Gezondheid in de zin van Huber, Van Vliet en Boers (2016) – zoals het theoretisch kader heeft laten zien – een bruikbaar concept. Ten grondslag aan Positieve Gezondheid ligt de volgende “definitie” van gezondheid: “Gezondheid als het vermogen om je aan te

---

<sup>1</sup> Het betreffen de volgende 15 gemeenten: Beesel, Bergen, Echt-Susteren, Gennep, Horst aan de Maas, Leudal, Maasgouw, Mook en Middelaar, Nederweert, Peel en Maas, Roerdalen, Roermond, Venlo, Venray en Weert (GGD Limburg-Noord, z.j.b.).

<sup>2</sup> Zie hiervoor bijlage 1

passen en eigen regie te voeren, in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven” (Huber et al., 2011, p.1; Flinterman et al., 2019, p.97). Deze “definitie” is geoperationaliseerd middels de volgende dimensies en aspecten (in de tabel indicatoren genoemd) die tezamen Positieve Gezondheid vormen:

*Tabel 3: operationalisering Positieve Gezondheid (afgeleid van Huber, Van Vliet, & Boers, 2016, p.2)*

Variabele	Dimensies	Indicatoren <sup>3</sup>
Positieve Gezondheid (1)	Lichaamsfuncties (1a)	Medische feiten, medische waarnemingen, fysiek functioneren, klachten en pijn, energie
	Mentale functies en beleving (1b)	Cognitief functioneren, emotionele toestand, eigenwaarde en zelfrespect, gevoel controle te hebben, zelfmanagement en eigen regie, veerkracht
	Spirituele en existentiële dimensie (1c)	Zingeving, doelen of idealen nastreven, toekomstperspectief, acceptatie
	Kwaliteit van leven (1d)	Kwaliteit van leven/welbevinden, geluk beleven, genieten, ervaren gezondheid, lekker in je vel zitten, levenslust, balans
	Sociaal-maatschappelijke participatie (1e)	Sociale en communicatieve vaardigheden, betekenisvolle relaties, sociale contacten, geaccepteerd worden, maatschappelijke betrokkenheid, betekenisvol leven
	Dagelijks functioneren (1f)	Basis-algemene dagelijkse levensverrichtingen (adl), instrumentele adl, werkvermogen, gezondheidsvaardigheden

### 3.2.2. Operationalisering New Public Governance

Tabel 4 laat zien dat NPG wordt geoperationaliseerd middels vijf dimensies en diverse subdimensies en indicatoren. De dimensies, subdimensies en indicatoren zijn afgeleid van eerdere bronnen die in het theoretisch kader inzichtelijk zijn gemaakt. Deze bronnen worden in voetnoten vermeld.

<sup>3</sup> In het proefschrift van Huber (2014, p.77) staat een tabel opgenomen, waarin de gemiddelde scores per vraag over de 32 aspecten inzichtelijk wordt gemaakt. Ondanks dat het doel van de tabel niet is om de aspecten uit te leggen, kan hieruit wel informatie omtrent de aspecten worden afgeleid. Aangezien de tabel niet geheel overeenkomstig is met de uiteindelijk onderscheiden aspecten, staat de tabel in bijlage 2 opgenomen.

Tabel 4: operationalisering New Public Governance

Dimensie	Definitie	Subdimensie	Indicator
Interactieve beleidsvorming (2) <sup>4</sup>	Burgers krijgen in vroege fase de mogelijkheid het beleid mede vorm te geven.	Rol overheid en invloed burger bij het opstellen van beleid (2a)	Politiek en bestuur bepalen met name de agenda voor besluitvorming. Burgers krijgen niet de mogelijkheid om daadwerkelijk input te leveren voor beleid.
			Politiek en bestuur bepalen met name de agenda voor besluitvorming. De burgers zijn gesprekspartner, maar de politiek verbindt zich niet aan de gespreksresultaten.
			Politiek en bestuur bepalen in eerste instantie de agenda, maar burgers krijgen wel de gelegenheid om problemen aan te dragen en oplossingen te bedenken. Deze ideeën krijgen een volwaardige rol bij beleidsontwikkeling, maar de politiek kan van deze ideeën afwijken.
			Politiek, bestuur en burgers komen samen tot een probleemagenda en oplossingen, waarbij de politiek zich aan deze oplossingen houdt.
			Ontwikkeling en besluitvorming over beleid wordt aan de burger overgedragen, waarbij het ambtelijk apparaat een adviserende rol vervult.
		Overheid houdt rekening met feit dat niet alle burgers kunnen en/of willen participeren (2b)	De mate waarin de overheid rekening houdt met het feit dat niet alle burgers kunnen en/of willen participeren.
	Is een vorm van zelforganisatie, waarbij burgers (al dan niet in	Burgers zijn inhoudelijk leidend (3a)	De mate waarin burgers zelf bepalen waarvoor zij zich willen inzetten.

<sup>4</sup> Definitie: Van de Wijdeven et al., 2013, p.10. Subdimensie 2a en bijbehorende indicatoren: De Graaf, 2007, pp.32-33. Subdimensie 2b en bijbehorende indicator: Torfing & Triantafillou, 2013, p.17; Verschuere & Steen, 2018, p.19



Informele burgerinitiatieven (3) <sup>5</sup>	een tijdelijke initiatiefgroep, actiegroep of projectgroep) zelf zaken oppakken om de eigen levenssituatie en/of de samenleving te verbeteren.	Burgers zijn procesmatig leidend (3b)	De mate waarin burgers het idee grotendeels zelf (samen met andere burgers) uitvoeren.
		Rol overheid ten aanzien van informele burgerinitiatieven (3c)	De overheid bemoeit zich noch procesmatig noch inhoudelijk met de taak.
			De overheid neemt een faciliterende rol aan.
			De overheid probeert anderen te bewegen.
			De overheid voert regie.
Overheid houdt rekening met feit dat niet alle burgers een initiatief kunnen en/of willen initiëren (3d)	De mate waarin de overheid rekening houdt met het feit dat niet alle burgers een initiatief kunnen en/of willen initiëren.		
Beleidsnetwerken (4) <sup>6</sup>	“Min of meer stabiele patronen van sociale relaties tussen onderlinge afhankelijke actoren, die zich vormen rond beleidsproblemen en/of beleidsprogramma’s.”	Elkaars middelen nodig om eigen doelen te bereiken (4a)	De mate waarin actoren elkaars middelen nodig hebben om hun eigen doelen te bereiken.
		Beleid kan alleen gerealiseerd worden op basis van samenwerking (4b)	De mate waarin beleid alleen gerealiseerd kan worden op basis van samenwerking.
		Verscheidenheid aan actoren met elk hun eigen doelen (4c)	De mate waarin sprake is van een verscheidenheid aan actoren die hun eigen doelen hebben.

<sup>5</sup> Definitie: Mijde & Daru, 2005, p.11; Van Houwelingen et al., 2014, p.28. Subdimensies 3a en 3b en bijbehorende indicatoren: Van de Wijdeven et al., 2013, p.10. Subdimensie 3c en bijbehorende indicatoren: Raad voor het Openbaar Bestuur, 2012, p.67. Subdimensie 3d met bijbehorende indicator: Hurenkamp et al, 2006, p.58; Movisie, 2017

<sup>6</sup> Definitie: Kickert et al., 1997a, p.23. Subdimensies 4a, 4c t/m 4e en bijbehorende indicatoren: Klijn, 1997, pp.47-49. Subdimensie 4b en bijbehorende indicator: Klijn & Koppenjan, 2000, p.139. Subdimensie 4f en bijbehorende indicatoren: Klijn & Koppenjan, 2000, p.151.

		Duurzame (langdurige) interacties tussen actoren (4d)	De mate waarin er sprake is van duurzame (langdurige) interactie tussen actoren.
		Aanwezigheid regels (4e)	De mate waarin regels aanwezig zijn die het gedrag en de verdeling van de middelen reguleren.
		Rol overheid in beleidsnetwerk (4f)	Overheid is één van de partijen.
			Overheid heeft een speciale positie.
Dienstverlenings-netwerk (5) <sup>7</sup>	Afstemming rondom concrete dienstverlening vindt plaats tussen onderlinge afhankelijke sets van mensen die optreden namens organisaties om uiteindelijk tot een bepaalde output (bepaalde dienstverlening) te komen.	Elkaars middelen nodig om eigen doelstellingen te bereiken (5a)	De mate waarin sets van mensen die optreden namens organisaties elkaars middelen nodig hebben om de eigen doelstellingen te bereiken.
		Elkaars middelen nodig om dienst te kunnen leveren (5b)	De mate waarin sets van mensen die optreden namens organisaties elkaars middelen nodig hebben om een dienst te kunnen leveren.
Coproductie (6) <sup>8</sup>	Publieke dienstverleners (ambtenaren) en burgers dragen bij aan het leveren van een publieke dienst.	Co-commissioning (6a)	Publieke organisaties en burgers stellen samen vast wat bereikt moet worden.
		Co-design (6b)	Burgers worden betrokken bij het ontwerp (design) van een dienst.
		Co-delivery (6c)	Burgers worden betrokken bij de implementatie van een dienst.

<sup>7</sup> Definitie: Hondeghem, 2017, p.161. Subdimensies 5a en 5b en bijbehorende indicatoren: Hondeghem, 2017, p.161

<sup>8</sup> Definitie: Pestoff et al., 2013, p.8. Subdimensies 6a en 6d en bijbehorende indicatoren: Bovaird & Loeffler, 2018, pp.409-411; Subdimensies 6b en 6c en bijbehorende indicatoren: Brandsen & Honingh, 2015, p.431; Subdimensie 6e en bijbehorende indicatoren: Brandsen & Honingh, 2015, p.431; Verschuere & Steen, 2018, p.12. Subdimensies 6f en 6g en bijbehorende indicatoren: Verschuere & Steen, 2018, pp.16-17. Subdimensie 6h en bijbehorende indicator: Torfing & Triantafillou, 2013, p.17; Verschuere & Steen, 2018, p.19

		Co-assessment (6d)	Burgers en publieke dienstverlener werken samen om de kwaliteit en resultaten van de dienstverlening te beoordelen.
		Aansluiting taak bij kerndiensten organisatie (6e)	Burgers oefenen een taak uit die nauw aansluit bij de kerndiensten van de organisatie.
		Faciliterende houding en werkwijze overheidsorganisatie (6f)	De mate waarin is geïnvesteerd in coproductie in termen van budgetten, tijd en inzet personeel.
			De mate waarin wordt toegelaten dat professionals genoeg autonomie hebben om zich in de projecten tussen de coproducenten te bewegen zonder dat de ambtelijke hiërarchie ervoor zorgt dat zij hierin geremd worden.
			De mate waarin beslissingsmacht aan de burgers wordt afgestaan binnen een algemeen beleidskader.
			De mate waarin wordt erkend dat niet alle uitkomsten uit het proces meteen meetbaar zijn.
		Afstaan taken en/of verantwoordelijkheden professional aan burgers (6g)	De mate waarin de professional taken en/of verantwoordelijkheden aan de burgers afstaat.
		Overheid houdt rekening met feit dat niet alle burgers kunnen en/of willen coproduceren (6h)	De mate waarin de overheid rekening houdt met het feit dat niet alle burgers kunnen en/of willen coproduceren.

### 3.3. Dataverzamelingmethoden

Bleijenberg (2016, p. 47) geeft aan dat een casestudy meestal twee, maar ook drie, vormen van kwalitatieve dataverzameling bevat. In dit onderzoek heeft een inhoudsanalyse van documenten plaatsgevonden én zijn er interviews afgenomen, waardoor twee dataverzamelingmethoden zijn gebruikt. Er is dus sprake van triangulatie, omdat meerdere methoden zijn gehanteerd om tot informatie te komen (Bleijenbergh, 2016, p. 109). Niet ten aanzien van iedere gemeente kan echter triangulatie plaatsvinden. De voornaamste redenen hiervoor zijn dat niet iedere gemeente over een beleidsdocument beschikte, omdat zij onder meer nog bezig is om tot een nieuw beleidsplan te komen. Bovendien kon/wilde niet iedereen medewerking verlenen aan het onderzoek.

#### 3.3.1. Inhoudsanalyse documenten

De eerste methode is het uitvoeren van een inhoudsanalyse van documenten. Dit betekent concreet dat de inhoud van de documenten door de onderzoeker geïnterpreteerd wordt (Van Thiel, 2016, p. 73). Tabel 5 laat zien dat 14 documenten zijn geanalyseerd. Omwille van de anonimiteit is in de titel van het document de gemeentenaam vervangen door een X. Er zijn acht lokale gezondheidsbeleidsstukken geanalyseerd, omdat dit de plek is waar Positieve Gezondheid op beleidsniveau wordt besproken (DocA, DocC t/m DocI). Bovendien is het vanuit de adviesfunctie van de GGD relevant om in te zoomen op het gemeentelijke gezondheidsbeleid. Onder de acht beleidsstukken worden ook een uitvoeringsprogramma én een waardenoriëntatie en kaderstelling geschaard. De reden hiervoor is dat een uitvoeringsprogramma inzicht geeft in de verdere uitwerking van het gezondheidsbeleid. Daarnaast wordt in de waardenoriëntatie en kaderstelling een eerste aanzet gegeven om tot het collegebeleid Positieve Gezondheid te komen. In één geval is een beleidsplan sociaal domein geanalyseerd, omdat gezondheid hierin is opgenomen (geïntegreerd) (DocK). Er zijn ook enkele andere (interne) documenten geanalyseerd. Dit betreffen drie documenten aangedragen door de respondenten waarin aanvullende informatie over de procedure (en uitkomsten hiervan) wordt gegeven om tot het beleid te komen of waarin relevante informatie wordt gegeven over de rollen die de gemeente heeft (DocB, DocJ en DocL). Tenslotte zijn twee interne documenten aangedragen door de strategisch beleidsontwikkelaar van GGD Limburg-Noord (tevens stagebegeleider) waarin de rollen van de gemeenten (en gemeenschap) aan bod komen (DocM en DocN).

Niet van iedere gemeente is het lokale gezondheidsbeleid (of het sociale beleidsplan) geanalyseerd. Hier liggen diverse redenen aan ten grondslag. Van de gemeente Venray is de nieuwe kadernota Sociaal Domein – waarin gezondheid is geïntegreerd – niet geanalyseerd, omdat dit document onder embargo is ontvangen en daardoor niet in de openbaarheid mag. Van de gemeente Beesel is geen document geanalyseerd, omdat zij haar Wmo- en gezondheidsbeleid (is één beleid geworden) heeft vormgegeven in de vorm van een spel én het spel nog niet definitief is goedgekeurd door de gemeenteraad. Van de gemeente Echt-Susteren, Gennep, Leudal en Roerdalen is het lokale gezondheidsbeleid niet geanalyseerd, omdat zij nog bezig zijn met de actualisering van het beleid. Ten aanzien van het nieuwe gezondheidsbeleid is nog geen informatie vastgelegd.

Tabel 5: overzicht documenten

Nummering	Titel	Type document	Periode	Lengte
DocumentA	Positieve Gezondheid: een plus voor (X)	Nota Gezondheidsbeleid	2019 - n.v.t.	13 pagina's

DocumentB	Resultaten inwonerpanel	Samenvatting resultaten inwonerpanel	2018	8 pagina's
DocumentC	Positieve Gezondheid	Positieve Gezondheidsbeleid (in de vorm van een factsheet)	2018 -2021	3 pagina's
DocumentD	(X) Gezond	Preventie- en gezondheidsbeleid	2017 -2021	47 pagina's
DocumentE	Werk in uitvoering	Lokaal gezondheidsbeleid	2019 -2022	21 pagina's (zonder bijlagen)
DocumentF	Vitaal (X)	Lokaal gezondheidsbeleid	2017 -2020	39 pagina's
DocumentG	Vitaal (X)	Uitvoeringsprogramma lokaal gezondheidsbeleid	2017 -2020	28 pagina's
DocumentH	Waardenoriëntatie en kaderstelling. Thema's sociaal domein en vitale gemeenschappen	Waardenoriëntatie en kaderstelling	2017 - onbekend	40 pagina's
DocumentI	Collegebeleid Positieve Gezondheid	Lokaal gezondheidsbeleid	2017 - onbekend	12 pagina's
DocumentJ	Samen aan de slag!	Samenvatting 24-uursconferentie ten behoeve van nieuw sociaal beleidsplan	2018	80 pagina's
DocumentK	Beleidsplan sociaal domein 2017-2020	Beleidsplan sociaal domein	2017-2020	54 pagina's
DocumentL	Zelf op expeditie met het kompas.	Handleiding voor aanpak omgevingsvraagstukken*	2017	25 pagina's
DocumentM	Basisbouwstenen lokaal gezondheidsbeleid	Notitie ten behoeve van het opstellen lokaal gezondheidsbeleid	2017	16 pagina's
DocumentN	Vitale gemeenschappen	PowerPoint presentatie	2017	17 dia's

\*Ondanks dat wordt verwezen naar omgevingsvraagstukken, gaf de beleidsmedewerker sociaal domein aan dat zij de cursus procesregie heeft gevolgd waarin dit boekje is gebruikt. De (meeste) informatie – zoals de overheidsrollen – is dan ook breder te trekken dan het omgevingsdomein.

### 3.3.2. Interviews

De tweede methode van dataverzameling is het afnemen van semigestructureerde face-to-face interviews (Bleijenbergh, 2016, p. 74). Er is voor dit type interview gekozen, omdat – op basis van de operationalisering – voorafgaand aan de interviews de formulering van de vragen zijn vastgelegd. De interviewvragen zijn zo opgesteld dat de respondenten in eigen bewoordingen antwoord konden geven op de vragen. Een voordeel van semigestructureerde interviews is dat enige sturing kan plaatsvinden met betrekking tot welke informatie in het gesprek in ieder geval besproken moet worden zonder de respondenten vast te pinnen op specifieke verwoordingen.

In totaal zijn er 13 semigestructureerde interviews afgenomen met de contactambtenaren gezondheid. De GGD ziet de respondenten als contactambtenaren gezondheid; in de gemeentelijke organisatie vervullen zij – zoals tabel 6 toont – vaak de functie van beleidsmedewerker (of –adviseur) op het gebied van het sociale domein. Er zijn 13 semigestructureerde interviews afgenomen, omdat

de contactambtenaren gezondheid van de gemeente Mook en Middelaar én Weert wegens persoonlijke omstandigheden niet konden deelnemen. Er is nog naar vervangende respondenten gezocht door collega's te raadplegen, maar zij gaven aan niet voor een interview open te staan. Er is voor gekozen om de contactambtenaren gezondheid te raadplegen, omdat zij zich op beleidsniveau bezighouden met gezondheid. In dit kader houden zij zich bezig met verschillende ontwikkelingen die spelen op het gebied van gezondheid, zoals Positieve Gezondheid.

Er zijn ook semigestructureerde interviews afgenomen met de door de contactambtenaren aangedragen publieke dienstverleners (uitvoerders) van het gemeentelijke beleid. De reden hiervoor is dat NPG zich ook op beleidsuitvoerend niveau manifesteert. Uiteindelijk zijn – middels de sneeuwbalmethode – vijf uitvoerders gesproken (Boeije, 2014). De uitvoerders zijn werkzaam voor de gemeenten Venlo (twee uitvoerders), Peel en Maas, Bergen en Beesel. Aanvankelijk was het plan om met meer dan vijf uitvoerders te spreken, maar enkele personen gaven aan geen medewerking te kunnen verlenen aan een interview (leefstijlcoach Roerdalen en leefstijlcoaches en medewerkers Zorgteam Roermond). In een enkel geval speelde hierbij de vakantieperiode een rol (leefstijlcoach Roerdalen). Ook met een ouderenconsulent is niet gesproken, vanwege het feit dat het overleg – waarin het interviewverzoek zou worden voorgelegd – werd geannuleerd. Tijdens het interview bleek één uitvoerder (Jogg-regisseur) vrijwel geen contact te hebben – dus ook niet samen te werken – met de burgers om de dienst te kunnen leveren. Ondanks dit gegeven, heeft hij nog wel relevante informatie kunnen geven over de dienstverlening, omdat hij het 'haakje' vormt tussen beleid en uitvoering. In het interview is naast coproductie ook besproken in hoeverre de personen werken in een netwerk om bepaalde diensten te verlenen, omdat de literatuur aangeeft dat hiertoe de mogelijkheid bestaat. Naast deze elementen zijn – ondanks dat dit niet opgenomen stond in de vragen – door enkele respondenten ook nog andere elementen van NPG aangestipt, zoals informele burgerinitiatieven. Hierdoor is hieromtrent ook nog extra informatie verzameld.

*Tabel 6: informatie omtrent interviews*

Respondent-nummer*	Functie	Datum	Duur interview (afgerond in min.)
Respondent1	Beleidsmedewerker Sport en Gezondheid	11-06-2019	43 minuten
Respondent2	Beleidsmedewerker Sociaal Beleid	11-06-2019	33 minuten
Respondent3	Adviseur Welzijn**	11-06-2019	57 minuten
Respondent4	Beleidsmedewerker team Maatschappelijke Ontwikkeling	12-06-2019	39 minuten
Respondent5	Beleidsmedewerker Welzijn	12-06-2019	41 minuten
Respondent6	Beleidsmedewerker Sociaal Domein	13-06-2019	1 uur en 16 minuten
Respondent7	Beleidsmedewerker Wmo/Welzijn (opgetreden als vervanger, omdat de oorspronkelijke contact-ambtenaar gezondheid een nieuwe baan heeft)	13-06-2019	42 minuten
Respondent8	Beleidsmedewerker Sociaal Domein	14-06-2019	56 minuten
Respondent9	Beleidsadviseur Openbare Gezondheidszorg	14-06-2019	51 minuten
Respondent10	Adviseur Maatschappelijke Ontwikkeling	17-06-2019	1 uur en 4 minuten
Respondent11	Beleidsmedewerker Maatschappelijke Ontwikkeling	18-06-2019	44 minuten
Respondent12	Beleidsadviseur Sociaal Domein	19-06-2019	48 minuten
Respondent13	Beleidsmedewerker Sociaal Domein	20-06-2019	54 minuten

Respondent14	Gezondheidsmakelaar	20-06-2019	42 minuten
Respondent15	Jogg-regisseur én projectleider Lifestyle visie OGVO	26-06-2019	51 minuten
Respondent16	Combinatiefunctionaris sport	04-07-2019	1 uur en 2 minuten
Respondent17	Beweegcoach senioren	08-07-2019	38 minuten
Respondent18	Regisseur steunpunt eenzaamheid	10-07-2019	34 minuten

\*Er is voor gekozen om de namen van de respondenten niet weer te geven, omdat een enkele respondent aangaf anoniem vermeld te willen worden. Door alle respondenten te anonimiseren, wordt voorkomen dat getraceerd kan worden wie welke respondent is. Deze nummering wordt doorgetrokken naar de gemeenten. Een overzicht van de gemeentenummers is te vinden in bijlage 3. Aan deze gemeentenummers wordt – waar mogelijk – gerefereerd in het resultatenhoofdstuk.

\*\* In het interview heeft de respondent ingezoomd op het beleidsplan 3D's. Naderhand heeft de respondent via de mail laten weten dat de nota Positieve Gezondheid relevant is en niet het document 3D's. Vandaar dat ervoor gekozen is om de informatie uit het interview niet mee te nemen, omdat de informatie gebaseerd is op een niet relevant plan. In de mail gaf de respondent aan dat de publieke dienstverlener – zoals benoemd in het interview – wel relevant is om te interviewen. De mail kan dan ook als input dienen om inzichtelijk te maken welk voorbeeld van coproductie is aangedragen door de respondent.

Voorafgaand aan het afnemen van de interviews is aan de respondenten om toestemming gevraagd om het gesprek in audio op te nemen, zodat het interview in transcript uitgewerkt kan worden. Onder transcript wordt in dit geval een woordelijk transcript verstaan, waardoor onder meer stiltes niet zijn opgenomen. Alle respondenten gaven toestemming om het interview in audio op te nemen. Dit neemt niet weg dat aan één respondent het interviewtranscript is toegestuurd, omdat zij kort na het gesprek aangaf het transcript te willen inzien. De opmerkingen van de respondent waren voornamelijk tekstueel van aard, waardoor de inhoud (vrijwel) niet is aangetast.

### 3.4. Methode van data-analyse

Nadat de kwalitatieve data is verzameld, is de data geanalyseerd. Er heeft een kwalitatieve inhoudsanalyse plaatsgevonden (Bleijenbergh, 2016, p.101). Dit houdt in dat teksten – in dit geval afkomstig van documenten en interviews – geïnterpreteerd zijn vanuit een empirische vraagstelling door fragmenten van de teksten met begrippen (ook wel codes) te labelen en hieraan betekenis te verlenen. Het coderen van de teksten heeft als doel gehad om relevante fragmenten te selecteren en uiteen te rafelen uit het verzamelde materiaal (Bleijenbergh, 2016, p.102). Door fragmenten met dezelfde en vergelijkbare codes te combineren, werd het mogelijk om de tekst te interpreteren.

In het bijzonder heeft er een template analysis plaatsgevonden (King, 2004, p.256). Een template analysis is een manier van analyseren waarbij voorafgaand aan de data-analyse codes worden opgesteld, maar waarbij ook codes worden aangepast en toegevoegd tijdens de data-analyse (dus wanneer de teksten worden gelezen en geïnterpreteerd). De template analysis is passend bij dit onderzoek, omdat de theorie omtrent Positieve Gezondheid en NPG mogelijkheden heeft geboden om voorafgaand aan de data-analyse codes op te stellen. In dit kader wordt ook wel gesproken over een deductieve benadering van data-analyse (Bleijenbergh, 2016, p.102). De op theorie gebaseerde codes waren alleen relevant indien Positieve Gezondheid en NPG los van elkaar terug kwamen in de interviews en/of documenten. De reden hiervoor is dat ten aanzien van de verbanden tussen NPG en Positieve Gezondheid geen theoretische verwachtingen aanwezig waren, waardoor voorafgaand aan

de data-analyse geen codes opgesteld konden worden. In dit kader wordt ook wel gesproken over een inductieve benadering van data-analyse<sup>9</sup>. Om de analyse te laten plaatsvinden, is het computerprogramma Atlas.ti gebruikt (Bleijenbergh, 2016, p.104).

### 3.5. Betrouwbaarheid en validiteit

Om de methodologische kwaliteit van het onderzoek te waarborgen, wordt in deze paragraaf ingegaan op de criteria betrouwbaarheid en validiteit (Bleijenbergh, 2016, p.119). Het criterium validiteit wordt verder uitgesplitst door in te gaan op interne en externe validiteit.

#### 3.5.1. Betrouwbaarheid

Er is sprake van betrouwbaarheid indien bij herhaling van de waarnemingen tot een gelijke uitkomst wordt gekomen (Boeije, 2014). Betrouwbaarheid is in kwalitatief onderzoek een lastig punt, omdat het aantal waarnemingseenheden kleiner is dan bij kwantitatief onderzoek. Om toch te garanderen dat dit onderzoek betrouwbaar is, zijn de bevindingen in eerste instantie beperkt tot het domein – werkgebied GGD Limburg-Noord – dat onderzocht is. De betrouwbaarheid van het onderzoek is verder vergroot door aandacht te besteden aan de controleerbaarheid en repliceerbaarheid van de dataverzameling. Hieraan is aandacht besteed door inzichtelijk te maken welke respondenten – in de zin van welke functies – zijn geïnterviewd én door een overzicht te geven van welke documenten zijn geraadpleegd. Bovendien is aan de controleerbaarheid en repliceerbaarheid van de dataverzameling aandacht besteed door semigestructureerde interviews af te nemen, omdat de respondenten hierdoor (op hoofdlijnen) dezelfde vragen voorgelegd hebben gekregen (Bleijenbergh, 2016, p.74). Tot slot is aan de controleerbaarheid en repliceerbaarheid van de dataverzameling aandacht besteed door de interviews uit te werken in woordelijke transcripten én door het computerprogramma Atlas.ti te gebruiken (Bleijenbergh, 2016, p.104). Atlas.ti dwingt de onderzoeker om een bepaald codeerformat te hanteren, waardoor de data-analyse voor anderen makkelijker navolgbaar wordt.

#### 3.5.2. Interne en externe validiteit

Van interne validiteit is sprake als gemeten wordt wat de onderzoeker daadwerkelijk wil meten (Bleijenbergh, 2016, p.120). Om de interne validiteit te waarborgen, is getracht tot een eenduidige en uitsluitende operationalisering van de theoretische begrippen Positieve Gezondheid en NPG te komen (Van Thiel, 2016, p.62). Door eenduidig en uitsluitend te operationaliseren wordt verwarring voorkomen, waardoor daadwerkelijk gemeten wordt wat relevant is in het kader van dit onderzoek. Van externe validiteit is sprake als de bevindingen te generaliseren zijn naar een grotere populatie (Bleijenbergh, 2016, p.120). Ondanks dat de letterlijke uitkomsten van een casestudy niet te generaliseren zijn, kunnen de patronen wél gegeneraliseerd worden. De generaliseerbaarheid van dit onderzoek neemt toe, doordat verschillende soorten (in omvang en type) gemeenten zijn geraadpleegd én de respondenten op verschillende niveaus (zowel beleidsmatig als uitvoerend) werkzaam zijn. Bovendien neemt de generaliseerbaarheid van de bevindingen toe, omdat – zoals eerder ook besproken – Positieve Gezondheid en NPG geen ontwikkelingen zijn die toebehoren aan één overheidsorganisatie. Andere overheidsorganisaties die zich richten op gezondheid zullen daarom ook relevante punten uit dit onderzoek kunnen halen.

---

<sup>9</sup> Er zijn een aantal inductieve codes toegevoegd – los van de inductieve codes die de verbanden tussen de elementen van NPG en Positieve Gezondheid weergeven. Er zijn inductieve codes opgesteld ten aanzien van de kijk op gezondheid (open uitgevraagd), voorbeeld coproductie (zodat inventariseren eenvoudiger is), interne samenwerking (kwam vaak terug) én de rollen van de overheid (in algemene zin benoemd).



## Hoofdstuk 4: resultaten

### 4.1. Kijk op gezondheid

Voordat de verbanden tussen NPG en Positieve Gezondheid inzichtelijk worden gemaakt, is eerst achterhaald – middels een open uitvraag – in hoeverre de kijk op gezondheid van de gemeenten overeenkomt met Huber, Van Vliet en Boers (2016). Dit vanwege het feit dat de contactambtenaren gezondheid bij het leggen van de verbanden zullen refereren aan hun omschreven kijk op gezondheid. Aan de publieke dienstverleners is gevraagd wat Positieve Gezondheid voor hen betekent met betrekking tot hun werkzaamheden. Dit vanwege het feit dat de contactambtenaren gezondheid aangaven dat de publieke dienstverleners vanuit Positieve Gezondheid zouden werken.

#### 4.1.1. Visie op Positieve Gezondheid

Uit de interviews en documenten kan worden afgeleid dat de kijk op gezondheid van iedere gemeente overeenkomt met Positieve Gezondheid in de zin van Huber, Van Vliet en Boers (2016); al zijn er wel accentverschillen aanwezig (R1; R2; R4 t/m R13; DocA; DocC t/m DocF; DocH t/m DocK). Ook komt Positieve Gezondheid op diverse manieren terug in de werkzaamheden van de publieke dienstverleners (R14 t/m R18). Opgemerkt moet worden dat respondent 7 aangeeft nog geen heldere visie op Positieve Gezondheid te hebben. Ondanks dit gegeven, komt zijn kijk op gezondheid als *“gezondheid is meer dan de afwezigheid van ziekte (...). Dus ik denk dat bijvoorbeeld geestelijke gezondheid vaak niet voldoende aandacht krijgt. Of dat sociale gezondheid... dat woord bestaat niet eens. Ik vind dat mensen die ernstig eenzaam zijn, dus ook niet gezond zijn”* overeen met de strekking van Positieve Gezondheid.

Zeven gemeenten verstaan onder Positieve Gezondheid zowel de definitie (andere kijk op gezondheid) als de zes dimensies (R5; R6; R8; R9; R12; R13; DocE; DocJ). Ook in het kader van de werkzaamheden van één publieke dienstverlener worden de definitie en dimensies benoemd (R16). In deze gevallen wordt gesproken van een holistische kijk. Deze invulling van Positieve Gezondheid verschilt ten opzichte van de literatuur, omdat de literatuur Positieve Gezondheid definieert als de uitwerking in zes dimensies van de andere kijk op gezondheid. Aangezien de definitie en dimensies nauw met elkaar verbonden zijn, is het verschil tussen de zienswijzen echter minimaal te noemen. Respondent 5 geeft aan dat haar gemeente *“de definitie én het nieuwe concept van gezondheid”* hanteert; ook wel *“Het anders denken over gezondheid.”* Hierbij wordt gezondheid gezien als een middel om goed te kunnen functioneren: *“Je ding te kunnen doen en waarbij het ook preventief kan werken richting zeg maar de zorgvoorzieningen waar we als gemeente voor aan de lat staan”* (R5). In tegenstelling tot het interview, ontbreekt in het beleid een eenduidige omschrijving van Positieve Gezondheid (DocD, pp.9 & 19). In gemeente 9 komt de informatie uit het interview ook niet overeen met het beleid, omdat in het beleid vermeld staat dat alleen de definitie van Huber de visie van Positieve Gezondheid vormt (DocF, p.11). In gemeente 15 wordt Positieve Gezondheid ook als de definitie van Huber omschreven; al wordt wel aangegeven dat zowel lichamelijke als sociale factoren een rol kunnen spelen (DocK, pp.3 & 15). Tenslotte leggen zes gemeenten een relatie tot het sociale domein door te stellen dat Positieve Gezondheid het gezondheidsbeleid integraal zou verbinden – ook wel raakvlakken heeft – met de doelstellingen uit het sociale domein, zoals eigen regie en zelfredzaamheid (R4; R5; R8; DocA, p.8; DocD, p.9; DocE, p.6; DocK, p.15). Dit betreft ook gemeenten die Positieve Gezondheid als de zes dimensies zien (zie hieronder). Er wordt gestreefd naar een goede integratie van beleid op de gebieden participatie, Wmo, jeugd en gezondheid.

Gemeente 10 hanteert ook een holistische kijk, maar geeft hieraan een andere invulling dan de bovenstaande gemeenten. Zij gaat namelijk in op een systeemverandering die bewerkstelligd moet worden (R10; DocI, p.2). Zo geeft respondent 10 aan: *“de burger die weet het allang. Dat heeft Huber aangetoond. Die burger zegt al die zes domeinen zijn even belangrijk. Nu is het nog steeds zo dat wij in onze systeemwereld dat nog niet zo faciliteren. Dus daar zit voor mij de grootste uitdaging.”* Niet alleen door het onderzoek van Huber is de gemeente tot deze conclusie gekomen; zij heeft dit in 2016 ook zelf ondervonden toen Huber een lezing kwam geven: *“Ze (lees: burgers) snappen heel erg goed wat Huber bedoeld. En ze zijn geïnspireerd en ze zeggen en ja: wat nu? Want ja, als burger je blijft afhankelijk van het systeem wat vervolgens nog niet met Positieve Gezondheid werkt”* (R10). Om de systeemverandering in gang te zetten, moet van individu naar gemeenschap geschakeld worden. Ook moet kritisch naar preventie gekeken worden (DocI, p.3). Deze punten worden in paragraaf 4.2. nader toegelicht. Opgemerkt moet worden dat in gemeente 10 Positieve Gezondheid niet altijd op dezelfde wijze beschreven wordt; een enkele keer wordt alleen de definitie benoemd (DocI).

Naast de gemeenten die een holistische kijk hanteren, leggen vier gemeenten en drie publieke dienstverleners alleen de nadruk op de zes dimensies van Positieve Gezondheid (R2; R4; R11; R14; R15; R17; DocA; DocC). Zo geeft respondent 2 aan dat haar gemeente een brede kijk op gezondheid hanteert vanuit de zes dimensies van Positieve Gezondheid. In het beleid wordt Positieve Gezondheid ook wel omschreven als de uitwerking in zes dimensies van de nieuwe definitie van gezondheid (DocA, p.7). Respondent 2 geeft aan dat haar gemeente altijd een brede kijk op gezondheid heeft gehanteerd. Zij heeft namelijk eerder het model van Lalonde gebruikt, waarin ook opgenomen staat dat op gezondheid veel factoren – zowel gericht op het individu zoals erfelijke factoren als gericht op de omgeving – van invloed zijn. Huber heeft een nieuwe impuls hieraan gegeven door een praktischere concept te maken en dit te gaan implementeren.

Naast de holistische kijk en de nadruk op de zes dimensies van Positieve Gezondheid, kan uit de antwoorden van drie eerder aangehaalde respondenten worden afgeleid dat de persoonsgerichte werkwijze van Positieve Gezondheid ook een onderdeel vormt van hun kijk op gezondheid (R5; R11; R13). Zo geeft respondent 11 aan dat Positieve Gezondheid ook het volgende inhoudt: *“Andere oplossingen, het andere gesprek. Regie bij de cliënt. Echt kijken wat hij zelf wil veranderen, want dat is gewoon het allerbelangrijkste.”* Overeenkomstig hiermee geeft respondent 1 aan dat zij niet zozeer een mening heeft over wat gezondheid is. Zij vindt dat aangesloten moet worden bij hoe mensen zelf gezondheid ervaren en dit kan voor iedereen – in iedere situatie – anders zijn. Zij acht deze zienswijze overeenkomstig met Positieve Gezondheid, omdat hierbij de individuele kijk centraal staat: *“Wat een persoon nodig heeft en die persoon in zijn kracht zetten.”* Bij de publieke dienstverleners komt de persoonsgerichte werkwijze terug door “naast mensen te staan” (R14; R18). Het gaat onder meer om gelijkwaardigheid: niet denken voor, maar denken mét de burger. Er wordt ook over “naast mensen staan” gesproken in het kader van eenzaamheid, omdat eenzamen vaak geen eigen regie kunnen voeren of dit kwijt zijn geraakt. Door als publieke dienstverlener naast hen te staan, wordt getracht een steun in de rug te zijn zodat zij wél weer eigen regie gaan voeren.

Vrijwel alle gemeenten vinden de dimensies van Positieve Gezondheid even belangrijk (R1; R2; R4 t/m R6; R8 t/m R13). Gemeente 7 vormt hierop een uitzondering, omdat respondent 7 aangeeft dat hij de dimensie kwaliteit van leven *“eigenlijk wel bovenaan zou willen zetten.”* Deze zou namelijk overkoepelend zijn voor de andere dimensies. Van de gemeenten die alle dimensies even belangrijk vinden, geven vier respondenten hiervoor als reden dat de gemeente niet kan en/of wil bepalen wat de belangrijkste dimensie is; de inwoner moet dit zelf besluiten (R1; R10; R11; R13). Dit betekent echter niet dat in de praktijk aan alle dimensies evenveel aandacht wordt besteed. Twee

respondenten geven aan dat van oudsher nog vooral wordt ingezet op het lichamelijke en/of mentale welbevinden (R5; R10). Drie respondenten geven aan dat minder aandacht wordt besteed/lastiger invulling te geven is aan de spirituele en existentiële dimensie (ook wel zingeving) (R1; R2; R8). Respondent 8 betreft dit op de rol van de gemeente: *“Kijk, het is niet dat ik het (lees: zingeving) niet belangrijk vind. Ik weet dat die voor mensen één van de belangrijkste is. Maar de vraag is moet je als gemeente... je hoeft niet overal invulling aan te geven hé.”* De gemeente zou zich volgens respondent 8 met name – vanuit haar taken bezien – bezig moeten houden met mentale functies, sociaal-maatschappelijk participeren en dagelijks functioneren. Respondent 4 sluit hierbij gedeeltelijk aan door te stellen dat *“niet (...) één (lees: dimensie) veel meer uitschiet als de ander”*, maar dat vanuit haar werkzaamheden bezien dagelijks functioneren en kwaliteit van leven – in relatie tot de omgeving van mensen – de belangrijkste dimensies zijn. Respondent 6 geeft aan dat in de praktijk keuzes moeten worden gemaakt – op basis van de situatie en financiële middelen – waardoor niet aan alle dimensies (evenveel) aandacht besteed kan worden. In de werkzaamheden van de publieke dienstverleners komt ook een focus op bepaalde dimensies naar voren (R15 t/m R17; Doel, p.7). Zo geeft respondent 15 aan: *“Dus waar wij vooral met Jongeren op Gezond Gewicht op inzetten, is dat wij sport en bewegen hé in de breedste zin van het woord inzetten om kinderen het gevoel te geven dat zij daar ook wel gelukkiger van kunnen worden.”* Door sport en bewegen als middel te gebruiken, zouden ook andere dimensies worden aangesproken. Ondanks dat sport en bewegen de “core business” is van JOGG, gaat zij – in het kader van Positieve Gezondheid – ook mindfulness-activiteiten inzetten én meer inspelen op het begrip geluk.

Eén kritisch geluid ten aanzien van Positieve Gezondheid is naar voren gekomen uit een interview met een publieke dienstverlener. Respondent 15 geeft namelijk aan dat binnen JOGG geluiden opgaan dat Positieve Gezondheid en JOGG geen geschikte combinatie zouden zijn: *“Er gaan ook stromingen binnen Jongeren Op Gezond Gewicht die zeggen: ja, Positieve Gezondheid wij omarmen dat maar dat is niet altijd wat wij willen, want je kunt nog zeggen van: ik maak een ongezonde keuze en ik heb een ongezonde leefstijl maar ik voel mij verder hartstikke gelukkig, ja dan is het goed voor mij.”* Dit is niet wat JOGG altijd nastreeft.

#### 4.1.2. Deelconclusie

Alle gemeenten blijken een kijk op gezondheid te hanteren die overeenkomstig is met Positieve Gezondheid in de zin van Huber, Van Vliet en Boers (2016); al zijn er wel accentverschillen aanwezig. Deze verschillen komen ook terug in de werkzaamheden van de publieke dienstverleners. Er is onderscheid gemaakt tussen gemeenten en publieke dienstverleners die een holistische kijk op gezondheid hanteren (definitie én zes dimensies of systeemverandering), gemeenten en publieke dienstverleners die alleen de nadruk leggen op de zes dimensies van Positieve Gezondheid én gemeenten en publieke dienstverleners die de focus (ook) leggen op de persoonsgerichte werkwijze. Enkele gemeenten geven aan dat Positieve Gezondheid raakt aan de doelstellingen van het sociale domein, zoals eigen regie. Opmerkelijk is dat de kijk op gezondheid zoals beschreven in het interview niet in alle gemeenten op dezelfde wijze terugkomt in hun beleid. Over het algemeen achten de gemeenten alle dimensies even belangrijk; één gemeente vormt hierop een uitzondering, omdat zij kwaliteit van leven als een overkoepelende dimensie ziet waaronder de andere dimensies vallen. Ondanks dat de meerderheid aangeeft dat alle dimensies even belangrijk zijn, besteden de gemeenten in de praktijk niet aan alle dimensies evenveel aandacht. Hieraan liggen diverse redenen ten grondslag, waaronder keuzes die in de praktijk gemaakt moeten worden. Ook in de werkzaamheden van de publieke dienstverleners komt een focus op bepaalde dimensies terug.

## 4.2. Rollen van de overheid

In deze paragraaf wordt inzichtelijk gemaakt of de Noord- en Midden-Limburgse gemeenten zich bewust zijn van hun rollen ten aanzien van het gezondheidsbeleid. Dit met als doel om de verbanden die vanaf paragraaf 4.3. aan bod komen in een breder kader te plaatsen, omdat door de rollen te bespreken de visie op besturen (ten aanzien van gezondheid) inzichtelijk wordt gemaakt. Waar mogelijk komt aan bod in hoeverre de rollen worden geïntegreerd in Positieve Gezondheid.

### 4.2.1. Drie kleuren van besturen en de niet allesbepalende rol van de overheid

De slotsom van de Raad voor het Openbaar Bestuur (2012) komt terug in de rollen die de gemeenten hebben ten aanzien van het gezondheidsbeleid. Ondanks dat in vier gemeenten naar voren komt dat zij drie rollen hebben die per situatie of onderwerp kunnen verschillen, wordt – overeenkomstig met de Raad voor het Openbaar Bestuur (2012) – gestreefd naar het aannemen van een bescheiden overheidsrol (m.u.v. gemeente 8 die hier niet expliciet op ingaat) (R10; DocA; DocC; DocH; DocI; DocL). Dit wordt gerelateerd aan Positieve Gezondheid. De rollen worden verduidelijkt aan de hand van het “kleurendenken.” In 2017 hebben GGD Limburg-Noord en de Noord- en Midden-Limburgse gemeenten een eerste aanzet gedaan om de rollen van de burgers en gemeenten ten aanzien van gezondheid inzichtelijk te maken. De aanleiding hiervan is de ontwikkeling van Positieve Gezondheid (DocM, p.4). De professional moet de burgers en gemeenschappen ondersteunen om een gezonde en veilige keuze te kunnen maken. In eerste instantie gaat de burger zelf over haar eigen gezondheid: de regie ligt bij de burger. Om de rol van de burger en gemeente te concretiseren, zijn GGD Limburg-Noord en de Noord- en Midden-Limburgse gemeenten tot de indeling in de tabel 7 gekomen.

Tabel 7: rollen burgers en gemeenten in kleuren (afgeleid van DocM, p.4)

Rollen (in kleuren)	Uitleg rollen
Groen: “De (verantwoorde) keuzes van burgers zelf” (communicatieve zelfsturing)	<ul style="list-style-type: none"><li>○ “Eigen verantwoordelijkheid om te werken aan gezondheid”</li><li>○ Gezonde leefstijl is een primaire taak van de inwoner zelf, opvoeders, scholen en organisaties als (sport)verenigingen;</li><li>○ Initiatieven van (groepen) burgers/ondernemers om met gezondheid bezig te zijn;</li><li>○ Gemeente faciliteert initiatieven indien nodig; het initiatief ligt bij de gemeenschap.”</li></ul>
Blauw: “Gezondheidsbevordering: gezond gedrag stimuleren” (regelsturing)	<ul style="list-style-type: none"><li>○ “Informereren over gezondheidsprofielen;</li><li>○ Coachen kwetsbare groepen/risicogroepen”</li></ul>
Rood: “Gezondheidsbescherming: beperken van ziektelast en hinder” (autoritaire sturing)	<ul style="list-style-type: none"><li>○ “Taken vanuit Wet publieke gezondheid (Wpg);</li><li>○ Taken vanuit Drank- en Horecabeleid;</li><li>○ Kansen vanuit de nieuwe Omgevingswet (2019)”</li></ul>

Vertaald naar het ontwikkelen en uitvoeren van het lokale gezondheidsbeleid houden de kleuren in dat de gemeenschap en gemeente samenwerken: een initiatief kan zowel vanuit de gemeenschap (groen) als uit de instituties/organisaties komen (blauw) (DocM, p.5). De gemeente moet aanhaken bij initiatieven vanuit de gemeenschap (groen). Bovendien is het niet wenselijk om thema’s voor een langere periode vast te leggen; het proces binnen gemeenschappen moet namelijk ondersteund worden (groen). Tenslotte moet de nadruk worden gelegd op het stimuleren van gezond gedrag van (sub)groepen burgers (blauw) én moet waar nodig gehandeld worden vanuit gezondheidsbescherming voor het collectief (rood). Twee van de vier gemeenten – te weten

gemeenten 2 en 3 – hebben tabel 7 vrijwel volledig overgenomen (DocA, p.10; DocC, p.2). De twee andere gemeenten – te weten de gemeenten 8 en 10 – hebben hierin een eigen accent aangebracht (DocH, p.8; DoCl, p.4; DoCL, p.7). In het bijzonder heeft gemeente 10 de rollen van de gemeente en andere maatschappelijke organisaties ten aanzien van het gezondheidsbeleid gebaseerd op de kleuren van het Nieuwe Besturen (DoCl, p.3). Dit is een denkkader dat sinds 2000 is ontwikkeld en waarin vier typen overheidsrollen worden onderscheiden (DocH, p.8). Bij de eerste twee typen is er sprake van zelfsturing; groene kleur. Bij type 1 activiteiten is de gemeenschap eigenaar; de overheid heeft feitelijk geen rol. Bij type 2 activiteiten is de gemeenschap ook eigenaar en heeft de gemeente een ondersteunende rol. Bij type 3 activiteiten is de overheid eigenaar en betreft zij betrokkenen uit de gemeenschap om haar werk zo optimaal mogelijk te vervullen. In dit kader wordt van interactief beleid/uitvoering gesproken en is er sprake van de blauwe kleur. Bij type 4 activiteiten is de overheid ook eigenaar, maar heeft de gemeenschap geen invloed. Hierbij hoort de rode kleur. Ondanks dat slechts één gemeente verwijst naar het Nieuwe Besturen, zouden ook de andere Noord-Limburgse gemeenten van plan zijn om dit denkkader te hanteren (m.u.v. van gemeente 15) (DocN). Vertaald naar het gezondheidsbeleid wordt over drie kleuren rollen gesproken die als volgt worden ingevuld:

Figuur 2: kleuren vertaald naar het gezondheidsbeleid (overgenomen van DoCl, p.4)



Ten aanzien van de blauwe taken geeft respondent 10 aan dat dit erg aanbodgericht is: *“Wij weten wat goed voor kinderen is, wat scholen nodig hebben, wij bieden dat aan en zodra we het programma moeten aanpassen omdat scholen zeggen dat het anders moet, zeggen we: nee, want dit is effectief zo bewezen dat dit zo aangeboden moet worden.”* Het gevolg hiervan is dat preventieprogramma’s wel erkend zijn door onderzoek, maar dat zij niet aansluiten bij de praktijk. Preventie – gericht op leefstijl – moet selectiever ingezet worden in het kader van Positieve Gezondheid, omdat de normatieve benadering de eigen kracht van de mens inperkt (DocH, p.22). Vijf gemeenten kunnen zich hierin niet vinden, omdat preventie volgens hen wél een plek kan krijgen binnen Positieve Gezondheid (R4 t/m R6; R8; DocA, p.9; DocD, p.9). Zo geeft respondent 5 aan: *“Je ziet eigenlijk ook wel gewoon de hele tendens in het sociaal domein, maar ook in het medische domein. Dat is ook allemaal richting preventie. (...) En dan merk je dat Positieve Gezondheid gewoon een heel eenvoudig middel is eigenlijk. Om het daaraan op te hangen.”* Volgens respondent 10 voegt Positieve Gezondheid de groene rol toe, waarbij de gemeenschap (groepen inwoners) centraal staat. Er wordt *“veel meer vanuit die vraagkant, vanuit die behoeftekant”* gewerkt. De overheid wordt gezien als partner en sluit – vaak alleen op verzoek – aan bij het proces in gemeenschappen en de netwerken die daar tot stand komen (DoCl, p.5). Door als gemeente aan te sluiten bij de netwerken die ontstaan in de gemeenschappen, wordt zij – in tegenstelling tot de netwerktheorie – in eerste instantie niet gezien als één van de partijen. Slechts indien nodig haakt de gemeente bij lokale netwerken aan en

wordt zij deelnemer van een (lokaal) netwerk. Dit in tegenstelling tot de blauwe rol waarbij de overheid vanaf het begin één van de partijen is. Om een bepaald preventieaanbod te realiseren, wordt namelijk samengewerkt met maatschappelijke partners waarbij een gelijkwaardige relatie tussen de netwerkdeelnemers centraal staat (R10; DocI, p.5).

Ondanks dat slechts vier gemeenten refereren aan het “kleurendenken”, komt naar voren dat zeven gemeenten zich bewust zijn van het feit dat de gemeente geen allesbepalende rol meer heeft (R1; R4 t/m R6; R11; R12; DocJ). Dit komt overeen met de algemene strekking van NPG; de overheid wordt als één van de actoren beschouwd. Zo geeft respondent 11 aan: *“Mijn doel is dat ik een andere ambtenaar wil zijn als alle andere ambtenaren. Wij als gemeente zijn heel erg bezig om die andere overheid te worden. (...) veel dichterbij de burger te komen staan in plaats van altijd weer iets opleggen.”* Volgens respondent 11 bestaat er een verband tussen een andere ambtenaar willen zijn en Positieve Gezondheid: *“Dat is ook weer die brede kijk wat je hebt op de mensen en ze overal in betrekken.”* Een positief gevolg hiervan is dat de burger meer eigen regie gaat voeren, wat raakt aan Positieve Gezondheid. Daarnaast is een doel dat de kloof tussen gemeente en inwoners gedicht wordt. De uitwerking van deze zienswijze komt terug bij interactieve beleidsvorming. De respondent kiest er namelijk voor om de denktank Positieve Gezondheid – waarin inwoners zitting nemen (de respondent interpreteert inwoners breed: zo worden hieronder onder meer ondernemers verstaan) – als sparringspartner te gebruiken bij het opstellen (actualiseren) van het beleid, omdat zij een andere ambtenaar wil zijn. De respondent heeft voor ogen dat zij het beleid gaat actualiseren aan de hand van de input die zij het hele jaar heeft ontvangen. Vervolgens gaat zij het beleid terugleggen bij de denktank, zodat zij hierop feedback ontvangt. Daaropvolgend gaat zij het beleid aanpassen en gaat het beleid de formele procedure in. In het verlengde van de andere rol van de overheid geeft respondent 4 aan dat haar gemeente werkt “volgens de bedoeling”: *“Dat betekent dat je niet altijd ook echt de regels naleeft. Maar dat wat je bedoelt, wil je ook uitwerken. Soms komen regels dan in het gedrang, maar dan proberen we daar creatief mee om te gaan.”* Niet iedere ambtenaar vindt het eenvoudig om een andere rol ten aanzien van de gemeenschap aan te nemen. Vooral medewerkers die al lang bij de gemeente werken, blijken hiermee moeite te hebben (R1).

#### 4.2.2. Deelconclusie

Uit het bovenstaande komt naar voren dat het overgrote deel van de gemeenten zich bewust is van haar rollen ten aanzien van het gezondheidsbeleid. Er kan een onderscheid worden gemaakt tussen gemeenten die drie overheidsrollen – aan de hand van drie kleuren – onderscheiden én gemeenten die aangeven dat de overheid geen allesbepalende rol meer heeft. De bescheiden overheidsrol die de Raad voor het Openbaar Bestuur (2012) benoemt, komt terug in de groene rol die in het kader van Positieve Gezondheid relevant wordt geacht. De gemeenschappen (inclusief de netwerken die daar tot stand komen) staan hierbij centraal. Ten aanzien van het feit dat de overheid geen allesbepalende rol meer heeft – overeenkomstig met de algemene strekking van NPG – geeft één respondent aan dat dit in relatie staat tot Positieve Gezondheid vanwege de brede kijk die op mensen gehanteerd wordt. Een positief gevolg hiervan is dat de burger eigen regie gaat voeren. Deze zienswijze komt expliciet terug bij een element van NPG, te weten interactieve beleidsvorming.

#### 4.3. Vormen van beleid: verbanden tussen NPG en Positieve Gezondheid

De verbanden tussen NPG en Positieve Gezondheid worden ingedeeld in twee categorieën: het vormen van beleid en het uitvoeren van beleid. In deze paragraaf wordt ingezoomd op het begin van het beleidsproces, oftewel het vormen van beleid. In het bijzonder worden interactieve beleidsvorming en beleidsnetwerken – gelegenheidsnetwerken – inzichtelijk gemaakt.

#### 4.3.1. Interactieve beleidsvorming

Er zijn diverse verbanden aanwezig tussen interactieve beleidsvorming en Positieve Gezondheid; al wordt burgerbetrokkenheid bij het opstellen van beleid ook als een algemene ontwikkeling gezien die zich op meerdere beleidsterreinen voordoet en waardoor draagvlak voor het beleid wordt gecreëerd (R2; R4; R9; R11). De meeste verbanden hebben betrekking op de werkwijze die is (of wordt) gehanteerd om tot beleid te komen. Het eerste verband is dat door interactieve beleidsvorming de latente vraag (vraag achter de vraag) achterhaald wordt (R9). In een medische situatie wordt dit gedaan middels het spinnenweb met de zes dimensies. Respondent 9 geeft aan dat de latente vraag achterhalen ook terugslaat op interactieve beleidsvorming vanwege de vraaggerichte werkwijze: *“Vraaggericht betekent voor mij (...) niet dat er per se een vraag van een inwoner moet liggen. Maar dat je wel.. door met elkaar het gesprek aan te gaan dat je de vraag kunt ophelderen bij mensen. (...) Dat vraagt dus wel dat je niet alleen reageert op de uitgesproken vraag van mensen, maar dat je de latente vraag naar voren haalt.”* De vraaggerichte werkwijze is in gemeente 9 vormgegeven door burgers advies te vragen middels een enquête (R9; DocF, p.9). Zo is onder meer aan inwoners gevraagd wat zij zelf belangrijk vinden op het gebied van gezondheid, waardoor inzicht is gekregen in welke gezondheidsthema's het belangrijkste zijn. Dit is door de gemeente meegenomen in het proces van beleidsontwikkeling.

Het tweede verband is dat door interactieve beleidsvorming wordt (of zou worden) aangesloten bij wat de inwoner/gemeenschap belangrijk vindt (R1; R2; R5; R7). Hierin komt dus de persoonsgerichte werkwijze van Positieve Gezondheid terug. In gemeente 1 wordt dit vormgegeven door gedurende het jaar afzonderlijke gesprekken met de gemeenschap te voeren. Hierbij staat centraal wat de gemeenschap belangrijk vindt én waar het volgens haar aan schort. Deze werkwijze heeft – volgens respondent 1 – de volgende raakvlakken met Positieve Gezondheid: *“Het goede gesprek met elkaar voeren, luisteren wat iemand nodig heeft en daarna pas de actie bepalen. Dat is ook de reden dat we niet bij voorbaat SMART doelstellingen in ons beleid zetten. Voor ons is dat een dynamisch proces en dat is in iedere situatie anders.”* De rol van de overheid is hierbij wisselend, al is het belangrijk om goed te luisteren. Ook terughoudend zijn, buiten het gemeentehuis zijn, weten én aanvoelen wat er speelt zijn belangrijk evenals vragen wat de gemeente volgens de gemeenschap zou moeten doen. Vervolgens moet de gemeente nagaan of dit reëel is. Respondent 5 geeft in het kader van dit verband aan dat een verregaande invloed van de burger (verder dan adviseren) wenselijk zou zijn: *“Als je uitgaat van het perspectief van de inwoner dan is het natuurlijk belangrijk dat je het beleid aanpast op dat perspectief.”* Respondent 5 geeft aan dat dit wel lastig is, omdat Positieve Gezondheid op het individu gericht is en het beleid op het collectief. Een zoektocht is ook hoe burgers bereikt kunnen worden (R5; R8). Zo spreken zorg (en deels gezondheid) mensen pas aan als ze ermee te maken krijgen (R5). In tegenstelling tot respondent 5 geeft respondent 9 aan dat een verregaande invloed van de burger bij het opstellen van beleid niet wenselijk is, omdat de gemeente vaak een appèl doet op haar inwoners. Voorkomen moet worden dat zij overvraagd worden.

Het laatste verband is dat burgers bij het opstellen van beleid betrokken zouden moeten worden, omdat zij een rol hebben in de uitvoering van beleid of in het realiseren van de beweging van Positieve Gezondheid (R8; R11). Respondent 11 refereert hierbij aan de denktank Positieve Gezondheid waarin inwoners van de gemeente zitting nemen: *“Die mensen zijn allemaal op een of andere manier gelinkt met Positieve Gezondheid, omdat ze het hebben gezien of gehoord of een initiatief ergens hebben gezien wat ze mooi vonden. En die link met de gezondheidsnota is gewoon heel erg van belang, want uiteindelijk hetgeen wat hier in de gezondheidsnota staat, moet worden uitgevoerd in de praktijk en daar zijn onder andere de mensen van de denktank een onderdeel van.”*

Opvallend is dat interactieve beleidsvorming er niet voor zorgt dat burgers invloed kunnen uitoefenen op het concept Positieve Gezondheid (DocB, p.5; R4; R6). Zo geeft respondent 4 aan dat in haar gemeente een gespreksinstrument – levenswegspel – is ingestoken vanuit de zes dimensies van Positieve Gezondheid. Binnen het concept Positieve Gezondheid is echter wel ruimte aanwezig voor de inbreng van burgers. Zo is in het levenswegspel aan de burgers gevraagd hoe zij omgaan met bijvoorbeeld fysieke ongemakken gerelateerd aan de dimensies van Positieve Gezondheid.

Een aspect dat interactieve beleidsvorming bemoeilijkt, is dat vaak dezelfde burgers (lees: mondige burgers) participeren bij het opstellen van beleid (R1; R13). Juist op het gebied van gezondheid is dit niet wenselijk: *“want vertegenwoordigen zij nu werkelijk die mensen die een gezondheidsachterstand hebben? En dat denk ik niet”* (R13). Om te voorkomen dat alleen de mondige burgers participeren, geeft respondent 13 aan dat de mening van de burgers moet worden bevraagd aan de hand van een concreet project. Respondent 8 gaat hierin verder door te stellen dat helemaal geen individuele inwoners betrokken moeten worden. Zij zouden namelijk vaak op de uitvoering gericht zijn. Voor beleid haken veel mensen af: *“Die (lees: individuele inwoners) vinden het allemaal te lang duren, daar begint het al. Ze snappen het niet.. helemaal niet negatief bedoeld maar het werkt gewoon niet. En ga je een activiteit doen of wil je dat gaan doen, dan kun je wel mensen benaderen”* (R8). Vrijwilligersorganisaties zouden dan ook een rol moeten krijgen bij het beleid.

#### 4.3.2. Beleidsnetwerken – gelegenheidsnetwerken

Beleidsnetwerken – in de fase van beleid maken – en Positieve Gezondheid blijken vrijwel niet voor te komen. Hieruit kan worden opgemaakt dat er een zwak verband tussen beleidsnetwerken – in de fase van beleid maken – en Positieve Gezondheid aanwezig is. In slechts één gemeente kan van een beleidsnetwerk gesproken worden, omdat in deze gemeente duurzame interacties tussen actoren plaatsvinden. Ondanks dat er maar één beleidsnetwerk aanwezig is, zijn binnen dit netwerk wel meerdere verbanden met Positieve Gezondheid gelegd. In dit kader wordt verwezen naar het beleidsnetwerk in gemeente 2 dat zich vormt rondom het uitwerken van de programmalijnen (R2; DocA, p.13). Zo wordt ten aanzien van één programmalijn onder meer samengewerkt met andere gemeenten en de VGZ. De reden voor samenwerking is dat de gemeente een programmalijn niet alleen kan invullen. Ook hebben de partners anderen nodig om hun eigen doelen te bereiken. De interacties zijn duurzaam, omdat het contact doorlopend is. De rol van de gemeente is divers: van aanjager tot ondersteuner, van informerend tot stimulerend. Ondanks dat dit netwerk zich niet alleen rondom Positieve Gezondheid vormt, is er wel een verband aanwezig. Positieve Gezondheid vormt namelijk het uitgangspunt voor de uitwerking van de programmalijnen (R2; DocA, p.13). Het tweede verband is dat aangesloten wordt bij wat partners belangrijk vinden. Respondent 2 geeft aan: *“Juist door die ruimte te geven aan partijen om mee invulling te gaan geven aan die beleidslijnen. Daarin komt Positieve Gezondheid terug. Daarmee stel je juist die ander centraal in plaats van dat je zelf gaat bepalen dit gaan we doen, zus gaan we het doen en zo gaan we het doen.”* Het laatste verband is dat het actorenveld – ten opzichte van de vroegere situatie toen nog niet vanuit Positieve Gezondheid werd gewerkt – wordt uitgebreid, omdat Positieve Gezondheid zo breed is (R2).

Ten aanzien van zes gemeenten waar duurzame interacties tussen actoren ontbreken, zijn wel gelegenheidsnetwerken terug te vinden (R4 t/m R6; R9; R10; R12; DocD; DocF; DocH). De actoren komen namelijk alleen in de desbetreffende samenstelling een enkele keer/keren bijeen om het beleid op te stellen of nader in te vullen. In dergelijke netwerken komt de netwerkbenadering – passend bij NPG – terug. Opgemerkt moet worden dat respondent 9 in algemene zin – er wordt niet gerefereerd aan Positieve Gezondheid – aangeeft dat samenwerking nodig is om draagvlak voor het



beleid te creëren. Onder het eerste verband wordt verstaan dat er een link wordt gelegd tussen beleidsthema's en Positieve Gezondheid (DocD). In gemeente 5 zijn de deelnemers van de bijeenkomsten namelijk met elkaar in gesprek gegaan over zelfgekozen thema's waarbij ze de link met Positieve Gezondheid hebben gelegd. De resultaten hiervan zijn meegenomen in het preventie- en gezondheidsbeleid (DocD, p.18). Naast de zelfgekozen thema's, zijn de gezondheidscijfers van andere thema's inzichtelijk gemaakt aan de hand waarvan de deelnemers een prioritering hebben aangebracht. Respondent 5 geeft aan dat er een spanning zit tussen het presenteren van cijfers en Positieve Gezondheid: *“omdat je dan heel erg gauw vervalt in het oude gezondheidsdenken. Dus daar zat wel een beetje spanning. Hoe doe je dat nu?”* Daarnaast geeft respondent 5 – in tegenstelling tot het beleid – een verband aan dat overeenkomt met beleidsnetwerken: door aan actoren te vragen wat zij relevant achten op het gebied van gezondheid wordt bij hen aangesloten.

Het derde verband heeft betrekking op de faciliterende rol die de gemeente moet aannemen ten aanzien van netwerken. Dit verband is afgeleid van de insteek van de expertgesprekken uit gemeente 10 die zijn georganiseerd ten behoeve van de waardenoriëntatie en kaderstelling waaruit het collegebeleid Positieve Gezondheid is voortgekomen. Onder experts worden inwoners of professionals verstaan met een vooruitstrevende blik op een bepaald thema (DocH, p.8). Gemeente 10 heeft – in tegenstelling tot gemeente 12 die ook een inhoudelijke partner is in haar netwerk – ervoor gekozen om de expertgesprekken te faciliteren om zo af te stappen van het creëren van een *“beleidswerkelijkheid”* vanuit haar eigen systeemwereld (DocJ, p.13). Ondanks dat niet expliciet wordt benoemd dat de faciliterende rol passend is bij Positieve Gezondheid, kan afgeleid van het *“kleurendenken”* dit wel gesteld worden. Er wordt namelijk aangesloten bij de werkelijkheid van (groepen) mensen, waardoor zij de samenleving als hun samenleving gaan ervaren (DocH, p.8). Het eigenaarschap ligt dus bij hen. In de waardenoriëntatie en kaderstelling zijn onder meer programmadoelen geformuleerd, waarvan één programmadoel Positieve Gezondheid is (DocH, pp.21-22). De uitvoeringsafspraken hierbij is dat het college een beleidskader Positieve Gezondheid opstelt. Opvallend is dat de gemeente ten aanzien van het beleidskader een sturende rol heeft aangenomen. Respondent 10 geeft aan: *“Omdat we ook zien – wij zijn wel één van die partijen natuurlijk. Zeker het college wil daarin ook zijn eigen koers bepalen. (...) Die zeggen Positieve Gezondheid is wel echt een kans waardoor ook die gezondheidszorg kan transformeren.”* Door een nadrukkelijke rol aan te nemen, ligt het eigenaarschap bij de gemeente. Ook in andere gemeenten komt de sturende rol terug (R4 t/m R6). Zo geeft respondent 5 aan: *“we hebben natuurlijk een beetje gestuurd richting Positieve Gezondheid, omdat we daar zelf enthousiast over waren.”*

Het vierde verband is dat het samenwerken in netwerken ervoor zorgt dat actoren sociaal-maatschappelijk participeren (R12). Respondent 12 verwijst hierbij naar het nader invullen van de richtlijnen – middels diverse werkgroepjes – die uit de 24-uursconferentie zijn voortgekomen. Doordat de werkgroepjes een verdere invulling gaan geven aan het beleid, zullen de betrokkenen meer maatschappelijk betrokken raken bij het sociaal domein (al is wel een nadeel dat slechts met afgevaardigden wordt gesproken) dat raakt aan de dimensie sociaal-maatschappelijk participeren. Opvallend is dat de respondent aangeeft dat de werkgroepjes invulling moeten gaan geven aan het beleid, terwijl de gemeente gelijktijdig ervoor kiest om – vanwege de deadline – te starten met het schrijven van het beleid: *“Daarnaast zijn we toch al – een beetje oneerbiedig – bezig met dat beleidsplan te maken”* (R12). Doordat de gemeentevertegenwoordigers participeren in de werkgroepjes, zou de kans klein zijn dat de input met elkaar gaat conflicteren. Het vijfde verband – overeenkomstig met beleidsnetwerken – is dat de breedte van Positieve Gezondheid ervoor zorgt dat bij het maken van beleid diverse actoren betrokken moeten gaan worden (R8; R11). Respondent

8 geeft aan dat met name andere soorten actoren zullen gaan deelnemen. Dit betekent echter niet dat zij in alle beleidsfasen een rol hebben. Opgemerkt moet worden dat de respondenten 8, 11 en 12 nog niet precies helder hebben hoe vaak de actoren met elkaar gaan interacteren bij het opstellen van beleid/nader invullen van het beleid. Daarom is ervoor gekozen om de genoemde verbanden onder te brengen bij gelegenheidsnetwerken.

Het laatste verband houdt in dat met actoren samengewerkt moet (of gaat) worden, zodat zij in de transitie van Positieve Gezondheid meegenomen worden en zij het beleid uiteindelijk op de gewenste wijze (ook wel vanuit hetzelfde concept) gaan uitvoeren (R6; R8; R11). Zo geeft respondent 11 aan: *“je wilt dat jouw uitvoering dit beleid gaat hanteren hé. Als je ze niet vanaf het begin af aan meeneemt, dan zitten ze niet in de beweging. Dan gaan ze dat ook niet doen.”*

#### 4.3.3. Deelconclusie

Interactieve beleidsvorming kan op diverse manieren ervoor zorgen dat Positieve Gezondheid wordt geïntegreerd in/vertaald naar beleidsniveau; al zijn er wel belemmeringen aanwezig die dit ondermijnen. Ten aanzien van het meest genoemde verband dat aangesloten wordt (of zou worden) bij wat de inwoner/gemeenschap belangrijk vindt – waarin de persoonsgerichte werkwijze terugkomt – is onduidelijk of een verregaande invloed (verder dan adviseren) van de burger wenselijk is. Hoe dan ook moet de aandacht uitgaan naar het bereiken van de burgers, omdat dit lastig blijkt te zijn. Een andere belemmerende factor ten aanzien van interactieve beleidsvorming is dat burgers geen invloed kunnen uitoefenen op het concept Positieve Gezondheid, waardoor de interactiviteit wordt beperkt. Dit neemt niet weg dat binnen het concept wél ruimte aanwezig is voor de mening van de burger. Ook participeren vaak dezelfde (mondige) burgers die over het algemeen geen gezondheidsachterstanden hebben; al kan hiermee worden omgegaan door de mening van de burger te bevragen aan de hand van een concreet project. Een laatste belemmerende factor is dat burgers bij het maken van beleid zouden afhaken, omdat onder meer het proces lang duurt. Beleidsnetwerken in de fase van beleid vormen, zorgen er vrijwel niet voor dat Positieve Gezondheid wordt geïntegreerd in/vertaald naar beleidsniveau: er is namelijk slechts één beleidsnetwerk aanwezig. Desondanks zijn er wel enkele verbanden gelegd die ook gedeeltelijk terugkomen bij gelegenheidsnetwerken die zich in meerdere gemeenten voordoen. Het gaat om de verbanden dat aangesloten wordt bij wat partners belangrijk vinden (overeenkomstig met de strekking van interactieve beleidsvorming) én dat het actorenveld uitbreidt. Opmerkelijk is dat de gemeente vaak een sturende rol in netwerken aanneemt, terwijl een faciliterende rol vanuit Positieve Gezondheid wenselijk wordt geacht.

#### 4.4. Uitvoeren van beleid: verbanden tussen NPG en Positieve Gezondheid

In deze paragraaf wordt ingezoomd op de fase beleidsuitvoering. In het bijzonder worden informele burgerinitiatieven, beleidsnetwerken – uitvoeringsnetwerken – en coproductie inzichtelijk gemaakt.

##### 4.4.1. Informele burgerinitiatieven

Er zijn diverse verbanden tussen informele burgerinitiatieven en Positieve Gezondheid gelegd; al neemt dit niet weg dat burgerinitiatieven ook worden ingezet om maatschappelijk draagvlak te creëren/kans van slagen van beleid te vergroten (R1; R9). Het eerste verband is dat de burger bezig is (of gaat zijn) met wat voor haar belangrijk is, waardoor zij eigen regie voert (R2; R5; R8; R13). Respondent 13 geeft aan: *“Omdat burgers dus zelf de eigen regie pakken en ook iets gaan realiseren waar ze zelf helemaal achter staan. Wat ze niet opgelegd is door wat een ander denkt dat het gezond voor ze is.”* In de praktijk blijkt dat de gemeente de burgers niet altijd in staat stelt om de eigen regie te voeren, waardoor de sterkte van het verband afneemt. In dit kader haalt respondent 14 diverse

voorbeelden aan, waaronder evidence based werken: *“als nu een burger met een idee komt. Dat is vast geen evidence based programma waar die mee komt. Wat moet ik daar dan mee? Want dat botst, we willen namelijk ook wel aansluiten bij die burger en die behoeften staan centraal. Maar dat kan botsen.”* Ook de zorgende houding van de gemeente die zich uit in diverse faciliteiten, zorgt ervoor dat de burger geen eigen regie gaat nemen. Hierbij moet wel in het achterhoofd worden gehouden dat dergelijke faciliteiten vaak uit nood geboren zijn, omdat in enkele wijken nare incidenten hebben plaatsgevonden.

Het tweede verband is dat de groene (ook wel faciliterende) overheidsrol wordt toegevoegd door Positieve Gezondheid, waarbij collectieve gezondheidsinitiatieven centraal (R10; DocI, p.6). Respondent 10 geeft aan: *“Ja en die groene rol geven we dus burgerinitiatieven, gemeenschappen de volledige vrijheid. En andere partijen remmen we vooral af en onszelf ook om het over te gaan nemen (...).”* Ondanks dat in het beleidsdocument van gemeente 2 ook wordt aangegeven dat de gemeente burgerinitiatieven slechts indien nodig moet faciliteren, geeft respondent 2 in het interview aan dat de overheidsrol verschillend is; van subsidieverstrekker tot inhoudelijk betrokken (DocA, p.10). Acht andere gemeenten benoemen dat de rol van de overheid (hooguit) faciliteren moet zijn, maar zij relateren dit niet expliciet aan Positieve Gezondheid (R4; R5; R7; R8; R11 t/m R13; DocK). Opvallend is dat in het beleid van gemeente 5 niet over faciliteren – zoals respondent 5 aangeeft – wordt gesproken, maar over stimuleren (DocD, p.44). Dit impliceert een verregaande invloed van de overheid. In gemeente 15 wordt ook over het stimuleren van burgerinitiatieven gesproken (DocK, p.17). Opgemerkt moet worden dat bij een burgerinitiatief – niet specifiek gerelateerd aan Positieve Gezondheid – rekening gehouden moet worden met eisen zoals veiligheid en de inrichting van de openbare ruimte (R6; R12). Hierdoor kan de speelruimte voor burgers enigszins beperkt worden.

Daaropvolgend is een verband aanwezig tussen informele burgerinitiatieven en de dimensies van Positieve Gezondheid. Informele burgerinitiatieven raken namelijk aan alle zes de dimensies. Een sterke relatie is aanwezig ten aanzien van sociaal-maatschappelijk participeren (R1; R4; R5; R7; R11 t/m R13; DocE). Zo verwijst respondent 12 naar een burgerinitiatief waarbij de buurt gezamenlijk groenten en fruit verbouwt en waaraan de gemeente bijdraagt door een stuk grond beschikbaar te stellen. Door dit burgerinitiatief doen de wijkbewoners onder meer sociale contacten op. Volgens respondent 11 is het geen probleem dat informele burgerinitiatieven zich vaak op deze dimensie richten: *“Dat is waar de meeste mensen behoefte aan hebben. Of in ieder geval, het lijkt.”* De dimensie kwaliteit van leven wordt door drie gemeenten aangestipt (R1; R4; DocD, pp.24 & 44). Eenzaamheid is hierbij een belangrijk thema, ondanks dat zij niet in de operationalisering van deze dimensie vermeld staat. In het beleid van gemeente 5 wordt eenzaamheid benoemd in het kader van onder meer lekker in je vel zitten. Burgerinitiatieven op het gebied van ontmoeting, bewegen en sociale netwerkversterking zijn hierbij relevant. Respondent 1 refereert aan het steunpunt eenzaamheid dat uiteindelijk door de gemeente is ondersteund.

Ondanks dat twee respondenten aangeven dat het lastig is om zingeving (spirituele en existentiële dimensie) middels informele burgerinitiatieven te bereiken, geeft respondent 2 aan dat binnen haar gemeente wél een initiatief op dit gebied genomen is (R2; R11; R12). Het betreft zogenaamde geluksplekjes; plekjes in de gemeente die voor mensen betekenis hebben. Gemeente 2 kiest ervoor om dit burgerinitiatief te verbinden met een werkgroep die zich ook bezighoudt met zingeving om zodoende – samen met de twee partners – een toer te organiseren om per kern met mensen in gesprek te gaan over zingeving. Vervolgens komt in twee gemeenten naar voren dat burgerinitiatieven zich op dagelijks functioneren kunnen richten (R4; R7). Uit het voorbeeld van respondent 7 blijkt echter dat er geen sprake is van een informeel burgerinitiatief: *“Bijvoorbeeld*

valpreventie en dan vooral voor mensen die dat zelf niet via een sportschool kunnen doen, maar die echt ja bij de hand genomen moeten worden en waar meer aandacht voor nodig is.” Het bij de hand nemen is niet passend bij burgerinitiatieven, omdat het uitgangspunt is dat burgers zélf zaken oppakken. Daaropvolgend valt onder de dimensie mentale functies en beleving het eerder besproken aspect “eigen regie.” In gemeente 12 komt een impliciete relatie tussen informele burgerinitiatieven en de dimensie lichaamsfuncties naar voren. Respondent 12 geeft namelijk aan dat een burgerinitiatief ervoor kan zorgen dat burgers gaan bewegen. Door te bewegen worden burgers fysiek actief – passend bij aspect fysiek functioneren – waardoor de dimensie lichaamsfuncties wordt aangesproken. Eén verband wordt niet inzichtelijk gemaakt, omdat verwezen wordt naar ervaringsdeskundigheid van mensen dat geen onderdeel uitmaakt van Positieve Gezondheid (R6).

Het laatste verband sluit aan bij het bovenstaande. De breedte van Positieve Gezondheid zorgt er namelijk voor dat vrijwel ieder informeel burgerinitiatief hieronder te brengen is (R9; R11). Zo geeft respondent 11 aan: *“in hoeverre kun je iets niet categoriseren onder het Positieve Gezondheidsbeleid? Aangezien Positieve Gezondheid heel breed is, juist met al die domeinen of dimensies het is net hoe je het noemt.”* Respondent 9 geeft eenzelfde soort antwoord, al doorklinkt in zijn antwoord een negatieve ondertoon: *“Ja, kan altijd in het plaatje van Positieve Gezondheid passen natuurlijk. Er zit zoveel in dat je.... dat je het op alle mogelijke manieren kunt uitleggen dat dat aansluit bij burgerinitiatieven.”* Dit punt sluit aan bij de kritiek die op het concept Positieve Gezondheid is geleverd met betrekking tot haar veelomvattendheid (zie hiervoor paragraaf 5.2.3.).

Informele burgerinitiatieven kunnen dus op bepaalde vlakken een belangrijke rol spelen ten aanzien van Positieve Gezondheid. Een aandachtspunt is hoe moet worden omgegaan met burgers die niet uit zichzelf een initiatief willen en/of kunnen realiseren: in twee gemeenten wordt dit als een hardnekkig vraagstuk gezien (R9; R13). In vijf andere gemeenten komt naar voren dat het opzetten van burgerinitiatieven niet voor iedereen is weggelegd en dat dit niet per definitie een probleem is (R5; R7; R8; R11; R12). Zo geeft respondent 5 aan: *“ik denk ook wel dat het niet voor iedereen is weggelegd. Om met initiatieven te komen en die ook tot uitvoering te brengen, want ja dat hoort er natuurlijk ook bij.”* Wél wordt belangrijk geacht dat iedereen een vrije toegang tot burgerinitiatieven heeft (R11). Twee gemeenten zullen zelf een initiatief gaan opzetten of een actieve rol aannemen – bijvoorbeeld door het combineren van een groene en rode rol – indien blijkt dat burgerinitiatieven achterblijven (R1; R10). Respondent 4 merkt op dat eerst de behoefte gepeild moet worden, voordat de overheid burgers gaat activeren om een initiatief op te zetten. In twee gemeenten worden inwoners geholpen bij burgerinitiatieven middels kernenregisseurs/opbouwwerkers (R5; DocE, p.1 bijlage). Tenslotte komt in drie gemeenten terug dat burgerinitiatieven binnen het beleid moeten passen; vaak is dit ook het geval (R1; R8; R11). Respondent 8 benoemt dat communicatie hierin belangrijk is: *“Als je als gemeente beleid hebt en je draagt dingen uit, kun je wel daarin proberen... dat je daarin aangeeft dit en dit zijn onze speerpunten. En dan hoop je eigenlijk dat ze daarbij aansluiten.”* De respondent gaat hierin verder door te stellen dat beleid wellicht inhoudelijk niet juist/actueel is, indien burgerinitiatieven andere onderwerpen beslaan.

#### 4.4.2. Beleidsnetwerken – uitvoeringsnetwerken

Beleidsnetwerken – in de fase van implementatie – en Positieve Gezondheid blijken vrijwel niet voor te komen. Er is geen enkel beleidsnetwerk aanwezig dat zich alleen vormt (of gaat vormen) rondom Positieve Gezondheid. Uit het antwoord van respondent 6 kan worden opgemaakt dat dit ook niet logisch is, vanwege de integraliteit: *“Positieve Gezondheidsbeleid, integraal beleid dat wil zeggen: het doorsnijdt zowel in de uitvoering maar ook in de financiering vrijwel alle beleidsterreinen van de*

*gemeente.*” Ondanks dat een beleidsnetwerk rondom alleen Positieve Gezondheid ontbreekt, is wel één professioneel netwerk – in gemeente 13 – rondom dit onderwerp gevormd. Hierin komt de netwerkbenadering terug. In dit netwerk – waarin de gemeente en professionals op het gebied van zorg en welzijn participeren (breed uitgezet: niet alleen de vaste partners van de gemeente) – worden onder meer nieuwe initiatieven op het gebied van Positieve Gezondheid gepitcht. Ook gaan de actoren met elkaar in gesprek hoe ze elkaar kunnen versterken. Het netwerk komt één keer per jaar of per twee jaren samen. Ondanks dat de actoren hun eigen doelen hebben – onduidelijk is of de doelen met elkaar botsen – wordt gestreefd naar een gezamenlijk doel: gezondheid van de burger bevorderen. Het doel van de bijeenkomsten is dat partners elkaar weten te vinden: *“Dat mensen elkaar weten te vinden, dat is in het kader van gezondheid gewoon hartstikke belangrijk. Dat je burgers door kunt sturen naar een andere partij die meer voor die burger kan betekenen. Dus het doorverwijzen.”* Het verband tussen een professioneel netwerk (netwerkbenadering) en Positieve Gezondheid is dan ook dat samenwerking rondom Positieve Gezondheid plaatsvindt.

In elf gemeenten wordt samengewerkt (of gaat dit gebeuren) rondom speerpunten/ beleidsthema’s, waardoor meerdere netwerken per gemeente bestaan (R1; R2; R4 t/m R7; R9 t/m R11; R13; DocD; DocG; DocK). Hierdoor hebben de respondenten de kenmerken van beleidsnetwerken niet consequent aan één netwerk gerelateerd. In deze gevallen wordt ook gesproken van een netwerkbenadering. Gemeente 1 vormt hierop een uitzondering (R1; R18<sup>10</sup>). Het betreft het samenwerkingsverband Welzijn op Recept waarbij mensen die regelmatig bij de huisarts komen en waarbij de oorzaak van de klachten wellicht op het sociale front liggen, worden doorverwezen naar een professional. De gemeente, welzijnsorganisatie, huisartsen en het steunpunt Eenzaamheid werken in dit kader samen vanwege hun onderlinge afhankelijkheid. De actoren hebben elkaar nodig om hun eigen doelen te bereiken én de gemeente heeft anderen nodig om haar beleid te realiseren. Zo heeft Welzijn op Recept als doel om patiënten een betere probleemoplossing te bieden, maar ook om de werkdruk van de huisartsen te verminderen. De partijen zitten iedere maand bij elkaar; respondent 18 geeft ook nog aan dat zij iedere week afzonderlijke intervisie voert met de huisartsen. Ondanks de duurzaamheid van deze interacties, zijn formele regels afwezig. De gemeente hanteert wél – in algemene zin – gedragsregels, omdat dit de sleutel tot samenwerking zou zijn. Het eerste verband tussen beleidsnetwerken en Positieve Gezondheid is dan ook dat Positieve Gezondheid terugkomt als leidraad/werkwijze. Hierdoor raken preventie en zorg met elkaar verbonden (R1).

Positieve Gezondheid komt ook in acht andere uitvoeringsnetwerken terug als leidraad/werkwijze (of dit gaat gebeuren) (R2; R4 t/m R7; R10; R11; R16; DocG). In dit kader wordt – zoals eerder benoemd – van een netwerkbenadering gesproken, omdat inzicht in de kenmerken van beleidsnetwerken ontbreekt. Het eerste verband tussen uitvoeringsnetwerken en Positieve Gezondheid is dan ook dat Positieve Gezondheid als leidraad/werkwijze hierin terugkomt (of gaat terugkomen). Opvallend is dat één netwerk – waarin Positieve Gezondheid terugkomt – is ontstaan vanuit een vraag van de gemeenschap; passend bij de groene rol (R10). Het betreft het netwerk rondom gezond opgroeien, waarin de gesprekken met onder andere de opvoeders zijn aangevlogen vanuit de zes dimensies van Positieve Gezondheid. Door de gesprekken op deze wijze in te steken, is de daadwerkelijke behoefte achterhaald: *“Dat je denkt: oké, we gaan sport en gezondheid inzetten en dan blijkt dat je je moet bezighouden met de verkeerssituatie. Dat het ergens anders ligt”* (R16).

---

<sup>10</sup> Vanwege het feit dat de publieke dienstverleners (R14 t/m R18) samenwerken met andere actoren in het kader van het beleid, wordt de informatie van deze respondenten in deze subparagraaf ondergebracht.

Het tweede verband is dat (interne) samenwerking nodig is, omdat een actor een focus heeft op één bepaalde dimensie (R1; R16; R18). Doordat meerdere oorzaken aan een individuele problematiek ten grondslag kunnen liggen, moet worden samengewerkt. Zo geeft respondent 1 aan: *“Dat de ene partner meer op de dimensie lichaamsfuncties zit en de ander.... Een persoon heeft misschien huishoudelijke hulp nodig dan heb je de Zorggroep. Maar de persoon heeft ook schulden, nou dan komt schuldhulpverlening erbij (...).”* Het derde verband is dat samenwerken noodzakelijk zou zijn, omdat Positieve Gezondheid ervoor zorgt dat diverse beleidsonderwerpen met elkaar in verbinding staan (R14). Zo geeft respondent 14 aan: *“Positieve Gezondheid juist daar een perfect middel in (...). Om te gaan samenwerken met anderen. Kijk maar is naar armoede, die zit eigenlijk op alle zes de dimensies. Nou ja gezondheid... het raakt elkaar allemaal.”* Ondanks dat samenwerking belangrijk wordt geacht, zouden sommige actoren fragmentatie in stand willen houden vanwege de overzichtelijkheid. Respondent 14 geeft aan dat hieromtrent nog hobbels genomen moeten worden.

Het vierde verband – overeenkomstig met (beleids)netwerken in de fase van beleid vormen – is dat het aantal actoren uitbreidt door Positieve Gezondheid (R9). In het verlengde hiervan geeft respondent 12 aan dat de gemeente met vrijwel alle relevante partijen spreekt; alleen niet met de kerk. Een vijfde verband – overeenkomstig met (beleids)netwerken in de fase van beleid vormen – is dat de gemeente aansluit bij de behoefte van haar partners (R1). Respondent 1 geeft aan: *“Ja, ook weer andere actoren in hun kracht zetten (...). En niet doen wat je niet hoeft te doen, maar wel doen waar de behoefte ligt. Dus ook weer op het proces.”* Het laatste verband houdt in dat samenwerken met andere actoren nodig is om de systeemverandering of de beweging naar Positieve Gezondheid te bewerkstelligen (R10; R12). Dit verband ligt in het verlengde van het verband benoemd bij netwerken in de fase van beleid vormen. Zo geeft respondent 10 aan: *“Ik denk dat je er zonder samenwerking niet komt. (...) je wil een systeemverandering. (...) we kunnen dat alleen wel willen, maar dat gaat niet werken.”* De partners moeten niet alleen meegenomen worden in het denken over Positieve Gezondheid, maar ook in het maken van onder meer keuzes in de uitvoering (Doel, pp.6-7). De rol van de gemeente hierin is om te inspireren, agenderen, reflecteren en kritisch te zijn op de keuzes die in de netwerken worden gemaakt. Het gaat hierbij niet alleen om partners in het gezondheidsdomein, maar ook om partners in het sociaal domein, sportdomein en fysiek domein. Gezondheid staat immers niet los van andere domeinen. Naast de verbanden, zien twee respondenten geen relatie tussen netwerken en Positieve Gezondheid. Samenwerken met andere actoren zou namelijk een algemene ontwikkeling/beleidsvisie zijn (R4; R6). Respondent 4 geeft aan: *“Je hebt dat ook omdat de middelen minder zijn, omdat mensen elkaar meer moeten vinden, omdat schotten weg moeten vallen. (...) Ik denk dat het ook gewoon de trend van deze tijd is.”*

#### 4.4.3. Coproductie

Alle vier de vormen van coproductie komen voor in de praktijk, waarbij – verwijzend naar de vormen ontwerp (co-design) en implementatie (co-delivery) – sprake is van niet-complementaire coproductie (R14 t/m R16; R18). De vormen van coproductie kennen een eigen invulling in de praktijk, waarbij zij zich zowel richten op het individu als het collectief (groepen). Eén algemeen verband is aanwezig: samenwerken aan een dienst/activiteit zorgt ervoor dat een gezonde leefstijl wordt erkend door de naasten van de ontvanger van de dienst, waardoor alle dimensies van Positieve Gezondheid worden aangesproken (R15). Zo geeft respondent 15 aan: *“Op het moment dat kinderen een gezondere leefstijl hebben en die ouders dat ook onderkennen dat het hele gezin gelukkiger wordt. En dat het dan alle facetten van Positieve Gezondheid raakt (...).”* Aangezien het een algemeen verband betreft, passen hieronder diverse activiteiten die zijn benoemd zoals de gezondheidscafés. Dit zijn cafés die

georganiseerd worden op basisscholen waarin thema's als pesten en obesitas worden besproken. Good feeling practices staan centraal, om anderen te inspireren. De samenwerking met de ouders vindt plaats op het gebied van de invulling van de cafés; ook wel co-design. Zo wordt in samenspraak bepaald wie geschikt zou zijn om een lezing te verzorgen. Ook bij de werving nemen ouders een rol op zich door andere ouders aan te spreken op het feit dat zij naar de cafés moeten komen.

Een sterk verband is aanwezig tussen co-design en Positieve Gezondheid; dit is namelijk de meest voorkomende vorm van coproductie (R14 t/m R16; R18). Co-design komt afzonderlijk én in samenhang met andere vormen terug. Het eerste verband wordt gelegd tussen co-design afzonderlijk en Positieve Gezondheid. Door burgers te betrekken bij het vormgeven van de activiteiten worden zij centraal gesteld én ligt het eigenaarschap bij henzelf (zij voeren eigen regie) (R14; R16). In dit kader benoemt respondent 14 het opzetten van zomeractiviteiten waarbij is samengewerkt tussen professionals en burgers. Opgemerkt moet worden dat hierbij sprake is van een verregaande vorm van co-design, omdat professionals ondersteunend zijn aan de burgers. Onder burgers worden de naasten van kinderen verstaan waarvoor de activiteiten bedoeld zijn: ouders én inwoners die de leefbaarheid in de wijk belangrijk vinden. De professionals hebben de eerste stappen gezet om tot de zomeractiviteiten te komen door bij scholen en sociale wijkteams te polsen of de afwezigheid van deze activiteiten een gemis is. Toen bij navraag aan de burgers bleek dat zij dit ook een gemis vonden, zijn zij gaan nadenken over de vormgeving van de zomeractiviteiten. Respondent 14 geeft aan: *“Zij hebben gedacht welke activiteiten, waar halen we de middelen vandaan, wat wordt de locatie? Hoe zien jullie dat? Kan dat? En als jullie zeggen: ja maar dat kan niet, dan hebben wij (lees: professionals) dat te respecteren.”* Ook ten aanzien van de aanmeldingsprocedure zijn de burgers vrijgelaten. Deze werkwijze heeft ervoor gezorgd dat de professionals niets aan de burgers oplegden, waardoor de burgers het gevoel hebben dat de zomeractiviteiten van “hun” zijn.

Een verband tussen co-design, co-commissioning, co-assessment en Positieve Gezondheid is dat door samen te werken aan de dienstverlening de professional naast de mensen staat die de dienst ontvangen. Het verband is afgeleid van de antwoorden gegeven door respondent 18, omdat zij aangeeft dat Positieve Gezondheid voor haar betekent dat zij niet boven maar naast de mensen staat. Zo worden middels gesprekken of oefeningen het leven van de eenzame persoon in kwestie (het individu) inzichtelijk gemaakt én waar zij naar toe zou willen. Vervolgens wordt in samenspraak bepaald hoe tot het gewenste resultaat gekomen kan worden én op welk gebied de oplossing ligt. Wanneer deze stappen zijn doorlopen, wordt de eenzame persoon op een passende activiteit gezet. De activiteiten worden vaak aangeboden door andere partners, zoals de bibliotheek. Ondanks dat in dit kader geen samenwerking plaatsvindt met de burger, wordt er wél samengewerkt om de activiteiten te evalueren, waarbij vragen als *“is dit nu ook echt wat het goede was? Of is er meer nodig?”* worden gesteld (R18). Een tweede verband dat respondent 18 heeft gelegd tussen co-design, co-commissioning, co-assessment en Positieve Gezondheid – waarbij het terugtreden van de professional in de samenwerking met de burger centraal staat – wordt niet verder meegenomen in dit onderzoek, omdat de specifieke link met Positieve Gezondheid onduidelijk is.

Een laatste verband ligt op het gebied van co-commissioning en Positieve Gezondheid. Er wordt namelijk een breder perspectief gehanteerd om individuele behoeften en problemen in kaart te brengen door Positieve Gezondheid (R15). Respondent 15 verwijst hierbij naar de OGVO lifestyle visie, gericht op het gezonder laten opgroeien van jongeren. Op de deelnemende scholen wordt het spinnenweb met de zes dimensies als gespreksinstrument gehanteerd. Aan de hand hiervan is een vragenlijst opgesteld die door de mentor/coach wordt afgenomen bij de leerling. De coach-gesprekken worden door Positieve Gezondheid breder ingestoken: *“En coachgesprekken gaan steeds*

*meer in de richting van nou ja: hoe voel jij je, hoe gaat het, wat gaat goed, voel jij je prettig op school, heb jij het gevoel dat je meedoet, heb je het gevoel dat jij erbij hoort, welke dingen spelen er?" (R15). De mentor/coach zal dus niet meer puur resultaatgericht het gesprek met de leerling aangaan.*

Uit het bovenstaande komt naar voren dat de professional de eerste stap zet en vervolgens haar taken en/of verantwoordelijkheden afstaat aan de burgers. Eén respondent geeft aan dat er spanning zit tussen ervoor zorgen dat er daadwerkelijk vooruitgang wordt geboekt en ruimte bieden aan burgers (R16). Zij geeft namelijk aan dat tijdens een bijeenkomst met werkvormen is gewerkt om de daadwerkelijke vraag van de ouders naar boven te halen. De professional heeft toen sommige gesprekken moeten afkappen: *"dan kregen we af en toe een beetje commentaar: ja, maar we zijn nog lang niet uitgepraat."* Toch werd dit nodig geacht om verder te kunnen komen.

Vier respondenten geven aan dat niet alle burgers willen en/of kunnen coproduceren (R15 t/m R18). Verschillende redenen liggen hieraan ten grondslag: drukte in het dagelijkse leven, houding, mentaliteit en het onbekende. Ingezoomd op deze laatste twee punten, geeft respondent 17 aan dat – in tegenstelling tot het bovenstaande – geen samenwerking plaatsvindt met de ouderen. De meeste ouderen zijn namelijk nog niet gewend om zelf een bijdrage te leveren; zij zijn gewend om *"alles op een presenteerblaadje"* te krijgen. Er moet dan ook een omslag in het denken plaatsvinden, al liggen de kansen met name bij de nieuwe generatie (de nu actieve senioren). Zij zijn namelijk gewend om zelf meer eigen regie te voeren en minder vanuit de overheid te krijgen. Ondanks dat respondent 17 het jammer vindt dat er geen samenwerking plaatsvindt, geeft zij aan dat burgerbetrokkenheid in het kader van Positieve Gezondheid voor de actieve ouderen zelf niet per definitie wenselijk is: *"Ik denk dat de ouderen – senioren – hier (...) dat die best veel doen, best ook wel actief zijn. (...) Ze hebben het oppassen, thuis nog wat ze allemaal moeten doen, het fietsen, het wandelen, hun eigen activiteiten. Ze zijn eigenlijk toch wel altijd bezig. En als ik het in die hoek bekijk, dan praat je wel over de actieve ouderen, dan denk ik dat er weinig behoefte aan is."* Met de kwetsbaren komt de respondent niet zomaar in contact, omdat dit moet plaatsvinden via fysiotherapeuten en praktijkondersteuners. In het kader van de AVG mogen zij echter geen gegevens doorgeven.

Om burgers te bewegen om toch een bijdrage te leveren, zijn diverse tactieken aangedragen (R16; R18). Zo geeft respondent 16 verwachtingenmanagement aan én kijken welke bijdrage de burger wel kan leveren; ook al is die relatief klein. Respondent 18 geeft aan dat het gesprek aangaan kan helpen. Ook wel *"mensen aanspreken op de eigen verantwoordelijkheid."* Tenslotte is het van belang om als professional – vanuit de organisatie – gefaciliteerd te worden om te coproduceren. Twee respondenten geven aan dat de faciliterende houding en werkwijze beperkt is of ontbreekt (R14; R17). Zo geeft respondent 14 aan dat zij niet optimaal wordt gefaciliteerd, omdat haar opdrachtgever gericht is op resultaten en zij op het proces. Ook neemt de gemeente in bepaalde projecten een houding aan van *"van wij weten wat goed voor u is."* Respondent 17 wordt helemaal niet gefaciliteerd. Zij geeft aan dat hiertoe wel mogelijkheden bestaan door als gemeente een werkgroep op te zetten waarin de beweegcoach samen met een groepje burgers – bij voorkeur onbekenden van de gemeente – om tafel gaat zitten (samenwerken) om de behoeften op het gebied van beweging te achterhalen. De respondent kan hierin een ondersteunende en stimulerende rol op zich nemen. Opvallend is dat de respondent hier positief tegenover staat, omdat zij eerder aangaf dat het voor de ouderen zelf niet wenselijk zou zijn om een bijdrage te leveren. Drie respondenten geven aan dat zij wél gefaciliteerd worden (R15; R16; R18). Zo wordt respondent 15 gefaciliteerd in medewerkers die voor hem JOGG-activiteiten uitvoeren. Opgemerkt moet worden dat deze medewerkers bekend zijn met Positieve Gezondheid, maar dat het niet leidend is in hun werkwijze.



#### 4.4.4. Deelconclusie

Informele burgerinitiatieven kunnen op diverse manieren ervoor zorgen dat Positieve Gezondheid wordt geïntegreerd in/vertaald naar beleidsuitvoerend niveau: al zijn er wel belemmeringen aanwezig die dit ondermijnen. Het verband dat de burger bezig is (of gaat zijn) met wat voor haar belangrijk is waardoor zij eigen regie voert, wordt namelijk belemmerd door evidence based werken én de zorgende houding van de overheid in bepaalde wijken. Het verband dat de groene (faciliterende) overheidsrol wordt toegevoegd door Positieve Gezondheid waarbij collectieve gezondheidsinitiatieven centraal staan, wordt belemmerd doordat rekening gehouden moet worden met eisen zoals veiligheid. Bovendien is een kritische noot geplaatst ten aanzien van het verband dat informele burgerinitiatieven raken aan alle dimensies van Positieve Gezondheid. De breedte van het concept zorgt er namelijk voor dat burgerinitiatieven op vrijwel alle manieren hierbij kunnen aansluiten. Opvallend is dat slechts enkele gemeenten het als een hardnekkig vraagstuk ervaren dat niet iedere burger een initiatief kan en/of wil realiseren. Dit neemt echter niet weg dat andere gemeenten hierop wél inspelen door een kernenregisseur/opbouwwerker aan te stellen. Beleidsnetwerken zorgen er vrijwel niet voor dat Positieve Gezondheid geïntegreerd in/vertaald wordt naar beleidsuitvoerend niveau: slechts één beleidsnetwerk – Welzijn op Recept – is bekend. Een beleidsnetwerk rondom alleen Positieve Gezondheid zou niet wenselijk zijn, vanwege de integraliteit. Een sterker verband is aanwezig ten aanzien van uitvoeringsnetwerken. Hieromtrent valt echter nog wel winst te behalen, omdat actoren fragmentatie in stand willen houden waardoor het verbinden van beleidsonderwerpen lastig is. Er is overlap aanwezig tussen de verbanden gevonden bij uitvoeringsnetwerken en verbanden genoemd bij beleidsnetwerken en gelegenheidsnetwerken in de fase van beeldvorming, te weten: het aantal actoren breidt uit door de breedte van Positieve Gezondheid, door samenwerking wordt aangesloten bij de behoefte van partners én samenwerking is nodig om de beweging of systeemverandering naar Positieve Gezondheid te realiseren.

Tot slot zorgt coproductie op diverse manieren ervoor dat Positieve Gezondheid geïntegreerd in/vertaald wordt naar beleidsuitvoerend niveau. Co-design is de meest voorkomende vorm van coproductie, waardoor ten aanzien hiervan – zowel afzonderlijk als in samenhang met andere vormen – de meeste verbanden zijn gelegd. Ook bij coproductie zijn echter belemmerende factoren aanwezig. Zo wordt coproductie bemoeilijkt doordat niet alle burgers willen en/of kunnen coproduceren én doordat niet iedere publieke dienstverlener vanuit de organisatie gefaciliteerd wordt. Ondanks dat het niet willen/kunnen coproduceren als een barrière wordt beschouwd en tactieken zijn aangedragen om hierop in te spelen, zoals verwachtingenmanagement, geeft één respondent aan dat coproductie – in het kader van Positieve Gezondheid – vanuit de burger (in dit geval actieve senioren) bezien niet wenselijk zou zijn. Zij leiden namelijk al een actief leven.

#### 4.5. Overzicht verbanden tussen NPG en Positieve Gezondheid

Tot slot wordt een schematisch overzicht – zie tabel 8 – weergegeven waarin de verbanden inclusief hun belemmerende factoren aan bod komen. Ten aanzien van enkele belemmerende factoren zijn sterretjes toegevoegd. Dit is het geval wanneer respondenten manieren hebben aangedragen om met de belemmeringen om te gaan. Uit tabel 8 kan worden afgeleid dat de strekking van de verbanden tussen de diverse elementen van NPG en Positieve Gezondheid vaak overeenkomstig is. Zo komt bijvoorbeeld bij interactieve beeldvorming, beleidsnetwerken in de fase van beeldvormen, gelegenheidsnetwerken en uitvoeringsnetwerken naar voren dat deze elementen ervoor zorgen (of gaan zorgen) dat aangesloten wordt bij wat de inwoner/gemeenschap, partners of actoren belangrijk vinden. Kortom, vaak ligt eenzelfde gedachtegang aan de verbanden ten grondslag.

Tabel 8: schematisch overzicht verbanden NPG en Positieve Gezondheid

Elementen NPG	Verbanden met Positieve Gezondheid	Belemmerende factoren
Interactieve beleidsvorming	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Latente vraag (vraag achter de vraag) wordt achterhaald.</li> <li>- Er wordt (of zou worden) aangesloten bij wat de inwoner/gemeenschap belangrijk vindt.</li> <li>- Door burgers bij het opstellen van beleid te betrekken, zouden zij een rol op zich nemen in de uitvoering van beleid of in het realiseren van de beweging van Positieve Gezondheid.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Burgers zijn lastig te bereiken.</li> <li>- Burgers kunnen geen invloed uitoefenen op het concept Positieve Gezondheid.</li> <li>- Vaak participeren dezelfde (mondige) burgers, die over het algemeen geen gezondheidsachterstanden hebben.*</li> <li>- Voor beleid maken haken veel mensen af, vanwege onder meer de langdurigheid van het proces.</li> </ul>
Beleidsnetwerken in de fase van beleid vormen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Positieve Gezondheid vormt het uitgangspunt voor de uitwerking van de programmalijnen in het beleidsnetwerk.</li> <li>- Er wordt aangesloten bij wat partners belangrijk vinden.</li> <li>- Met meer (andere) actoren wordt samengewerkt in een beleidsnetwerk, vanwege de breedte van Positieve Gezondheid.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Niet van toepassing. Opgemerkt moet echter wél worden dat slechts één beleidsnetwerk aanwezig is, waardoor een sterke relatie tot Positieve Gezondheid ontbreekt.</li> </ul>
Gelegenheidsnetwerken (netwerkbenadering)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Actoren leggen een link tussen beleidsthema's en Positieve Gezondheid.</li> <li>- Er wordt aangesloten bij wat actoren belangrijk vinden.</li> <li>- De gemeente moet in het kader van Positieve Gezondheid een faciliterende rol in netwerken aannemen, zodat het eigenaarschap bij de mensen zelf ligt.</li> <li>- Actoren raken maatschappelijk betrokken wat raakt aan de dimensie sociaal-maatschappelijk participeren van Positieve Gezondheid.</li> <li>- Met meer (andere) actoren zal samengewerkt moeten gaan worden, vanwege de breedte van Positieve Gezondheid.</li> <li>- Actoren worden in de transitie van Positieve Gezondheid meegenomen en zij gaan het beleid op de gewenste wijze (vanuit hetzelfde concept) uitvoeren.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gemeente neemt ten aanzien van Positieve Gezondheid vaak een sturende in plaats van faciliterende rol aan, vanwege onder meer haar enthousiasme over het onderwerp.</li> </ul>

<p>Informele burgerinitiatieven</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Burger is bezig (of gaat zijn) met wat voor haar belangrijk is, waardoor zij eigen regie voert.</li> <li>- De groene (ook wel faciliterende) overheidsrol wordt toegevoegd door Positieve Gezondheid, waarbij collectieve gezondheidsinitiatieven centraal staan.</li> <li>- Er wordt ingespeeld op alle zes de dimensies van Positieve Gezondheid. Aansluitend hierbij past de notie dat de breedte van Positieve Gezondheid ervoor zorgt dat vrijwel ieder informeel burgerinitiatief hieronder te brengen is.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evidence based willen werken</li> <li>- Zorgende houding van de overheid in bepaalde wijken.</li> <li>- Overheid moet rekening houden met eisen als veiligheid en inrichting van de openbare ruimte, waardoor de speelruimte voor burgers enigszins beperkt kan worden.</li> <li>- Niet iedere burger kan en/of wil een initiatief realiseren.*</li> </ul>
<p>Beleidsnetwerken in de fase van beleid uitvoeren</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Positieve Gezondheid komt als leidraad/werkwijze terug in het beleidsnetwerk, waardoor preventie en zorg met elkaar verbonden worden.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Niet van toepassing. Opgemerkt moet echter wél worden dat slechts één beleidsnetwerk aanwezig (bekend) is, waardoor een sterke relatie tot Positieve Gezondheid ontbreekt.</li> </ul>
<p>Professioneel netwerk (netwerkbenadering)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rondom Positieve Gezondheid wordt samengewerkt.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Niet van toepassing. Opgemerkt moet echter wél worden dat slechts één professioneel netwerk aanwezig is, waardoor een sterke relatie tot Positieve Gezondheid ontbreekt.</li> </ul>
<p>Uitvoeringsnetwerken (netwerkbenadering)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Positieve Gezondheid komt terug (of gaat terugkomen) als leidraad/werkwijze in netwerken.</li> <li>- Samenwerken is nodig, omdat actoren een focus hebben op één bepaalde dimensie van Positieve Gezondheid terwijl meerdere oorzaken aan een individuele problematiek ten grondslag kunnen liggen.</li> <li>- Samenwerken zou noodzakelijk zijn, omdat Positieve Gezondheid ervoor zorgt dat verschillende beleidsonderwerpen met elkaar in verbinding staan.</li> <li>- Met meer actoren wordt samengewerkt in een netwerk, vanwege de breedte van Positieve Gezondheid.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Actoren willen fragmentatie in stand houden, waardoor het verbinden van verschillende beleidsonderwerpen belemmerd wordt.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Er wordt aangesloten bij de behoefte van de gemeentelijke partners.</li> <li>- Beweging of systeemverandering naar Positieve Gezondheid wordt gerealiseerd.</li> </ul>	
Coproductie	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Algemeen: samenwerken aan een dienst/activiteit zorgt ervoor dat een gezonde leefstijl wordt erkend door de naasten van de ontvanger van de dienst, waardoor alle dimensies worden aangesproken.</li> <li>- Co-design: door burgers te betrekken bij het vormgeven van de activiteiten worden zij centraal gesteld en ligt het eigenaarschap bij hen (zij voeren eigen regie).</li> <li>- Co-design, co-commissioning en co-assessment: door samen te werken aan de dienstverlening staat de professional naast de mensen die de dienst ontvangen.</li> <li>- Co-commissioning: een breder perspectief wordt gehanteerd om individuele behoeften en problemen in kaart te brengen door Positieve Gezondheid.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Niet alle burgers kunnen en/of willen coproduceren.*</li> <li>- Faciliterende houding en werkwijze van de overheidsorganisatie is beperkt of ontbreekt. Hierdoor worden publieke dienstverleners niet aangemoedigd om te coproduceren.</li> </ul>

## Hoofdstuk 5: conclusie en discussie

### 5.1. Conclusie

In dit onderzoek staat de vraag centraal hoe elementen van New Public Governance (NPG) op lokaal niveau gebruikt kunnen worden om de individuele kijk op Positieve Gezondheid te integreren in/te vertalen naar beleids(uitvoerend) niveau. In dit kader wordt ook wel over verbanden tussen NPG en Positieve Gezondheid gesproken. Om tot de beantwoording van de centrale vraag te komen, worden hieronder de conclusies met betrekking tot de resultaten inzichtelijk gemaakt.

Vanwege het feit dat de gemeenten en publieke dienstverleners verbanden leggen met Positieve Gezondheid, is achterhaald wat hun kijk op gezondheid precies is. Alle gemeenten hanteren een kijk op gezondheid die overeenkomstig is met Positieve Gezondheid in de zin van Huber, Van Vliet en Boers (2016); al zijn er wel accentverschillen gevonden. Dit komt ook terug in de werkzaamheden van de publieke dienstverleners. Zo wordt een holistische kijk op gezondheid gehanteerd, wordt de nadruk gelegd op alleen de zes dimensies van Positieve Gezondheid en/of staat de persoonsgerichte werkwijze van Positieve Gezondheid centraal. In de praktijk wordt een focus op bepaalde dimensies gehanteerd, vanwege onder meer financiële redenen. Opvallend is dat de kijk op gezondheid zoals beschreven in de interviews niet in alle gemeenten op dezelfde wijze terugkomt in het beleid.

Naast de verbanden tussen de specifieke elementen van NPG en Positieve Gezondheid, is ook inzichtelijk gemaakt of gemeenten zich bewust zijn van hun rollen ten aanzien van het gezondheidsbeleid. Dit met als doel om de verbanden in een breder kader te plaatsen. Bij het overgrote deel van de gemeenten is dit het geval. Er kan een onderscheid gemaakt worden tussen gemeenten die drie overheidsrollen – aan de hand van de kleuren rood, blauw en groen – onderscheiden én gemeenten die aangeven dat de overheid geen allesbepalende rol meer heeft. De bescheiden overheidsrol die de Raad voor het Openbaar Bestuur (2012) benoemt, komt terug in de groene rol die in het kader van Positieve Gezondheid relevant wordt geacht. De gemeenschappen staan hierbij centraal. Door geen allesbepalende rol meer aan te nemen en dichter bij de burger te staan, wordt aangesloten bij Positieve Gezondheid vanwege de brede kijk die op mensen wordt gehanteerd. Een gevolg hiervan is dat de burger eigen regie gaat voeren. Deze zienswijze komt terug bij interactieve beleidsvorming.

Ten aanzien van de verbanden tussen NPG en Positieve Gezondheid kunnen de volgende algemene opmerkingen geplaatst worden. Ten eerste zijn de verbanden met name teruggekomen in de interviews (dus in mindere mate in het beleid). Hieruit kan worden afgeleid dat de verbanden nog in de kinderschoenen staan. Ten tweede heerst bij de onderzoeker het idee dat het startpunt van de verbanden niet altijd Positieve Gezondheid is. Andere redenen – zoals het creëren van draagvlak voor beleid – spelen hierbij ook mee. Ten derde ligt vaak dezelfde redenering aan de verbanden ten grondslag, waardoor de verbanden tussen de verschillende elementen van NPG en Positieve Gezondheid op hoofdlijnen overeenkomen. Ten vierde zorgt de vertaling van het individuele naar het beleids(uitvoerend) niveau ervoor dat andere – bestuurskundige – zaken een rol spelen. Deze zaken komen terug in de belemmerende factoren die in de onderstaande alinea's worden toegelicht.

Het onderzoek heeft aangetoond dat niet alle elementen van NPG geschikt zijn om Positieve Gezondheid te integreren in/vertalen naar beleids(uitvoerend) niveau. In het bijzonder is dit het geval bij beleidsnetwerken, omdat slechts één beleidsnetwerk bij het vormen van beleid en één beleidsnetwerk bij het uitvoeren van beleid aanwezig (bekend) is. Een beleidsnetwerk specifiek

rondom Positieve Gezondheid om beleid uit te voeren zou niet wenselijk zijn, vanwege de integraliteit. Dit neemt niet weg dat de netwerkbenadering (in het bijzonder gelegenheidsnetwerken en uitvoeringsnetwerken) wél van waarde is voor Positieve Gezondheid. Zo wordt door netwerken onder meer aangesloten bij wat partners belangrijk vinden én wordt de beweging naar Positieve Gezondheid gerealiseerd. Ook wordt (of zal) met meer actoren samengewerkt worden, omdat Positieve Gezondheid zo breed is. Ondanks dat de netwerkbenadering van waarde kan zijn voor Positieve Gezondheid, zijn er belemmerende factoren gevonden. Bij gelegenheidsnetwerken komt namelijk naar voren dat de gemeente vaak een sturende in plaats van de wenselijke faciliterende rol – in het kader van Positieve Gezondheid – aanneemt, vanwege onder meer haar enthousiasme over Positieve Gezondheid. Bij uitvoeringsnetwerken komt naar voren dat actoren fragmentatie in stand willen houden, waardoor het verbinden van verschillende beleidsonderwerpen – dat in het kader van Positieve Gezondheid noodzakelijk wordt geacht – wordt belemmerd.

Ondanks dat interactieve beleidsvorming, informele burgerinitiatieven en coproductie Positieve Gezondheid op diverse manieren kunnen integreren in/vertalen naar (beleids)uitvoerend niveau en zij dus van waarde zijn voor Positieve Gezondheid, zijn belemmerende factoren én vragen gevonden. Ingezoomd op interactieve beleidsvorming is met betrekking tot het (meest genoemde) verband dat aangesloten wordt (of zou worden) bij wat de inwoner/gemeenschap belangrijk vindt – waarin de persoonsgerichte werkwijze van Positieve Gezondheid terugkomt – onduidelijk of een verregaande invloed (verder dan adviseren) van de burger wenselijk is. Enerzijds zou een dergelijke invloed wenselijk zijn in het kader van het inwonerperspectief. Anderzijds wordt al vaak een appèl gedaan op burgers en moet voorkomen worden dat zij overvraagd worden. In elk geval moet aandacht besteed worden aan de vraag hoe burgers bereikt kunnen worden, omdat dit lastig blijkt te zijn. De interactiviteit wordt verder belemmerd doordat burgers geen invloed kunnen uitoefenen op het concept Positieve Gezondheid; al is hierbinnen wel ruimte voor de inbreng van burgers. Ook participeren vaak dezelfde (mondige) burgers die veelal geen gezondheidsachterstanden hebben, waardoor de mening van de belangrijkste doelgroep niet wordt meegenomen. Hiermee kan worden omgegaan door de mening van burgers te bevragen aan de hand van een project. Tot slot haken burgers bij het opstellen van beleid af, vanwege onder meer de langdurigheid van het proces.

Informele burgerinitiatieven zorgen ervoor dat de burger bezig is (of gaat zijn) met wat voor haar belangrijk is, waardoor zij eigen regie voert. Het voeren van eigen regie wordt echter belemmerd door evidence based werken én de zorgende houding van de overheid die zich uit in diverse faciliteiten die in het leven zijn geroepen. Dit laatste punt doet zich voornamelijk voor in wijken waar nare incidenten hebben plaatsgevonden. Door de meer directe rol die de gemeente in dergelijke wijken moet aannemen, wordt de ruimte voor burgerinitiatieven dus beperkt. Bovendien staat er spanning op de groene (faciliterende) overheidsrol die Positieve Gezondheid toevoegt – waarbij collectieve gezondheidsinitiatieven centraal staan – omdat ook rekening gehouden moet worden met eisen zoals veiligheid. De speelruimte van burgers kan hierdoor enigszins beperkt worden. Daarnaast geven gemeenten aan dat niet iedere burger een initiatief kan en/of wil initiëren, al ervaren slechts twee gemeenten dit als een hardnekkig vraagstuk. Desondanks spelen andere gemeenten hierop wel in door een kernenregisseur/opbouwwerker aan te stellen. Tenslotte is een kritische noot geplaatst ten aanzien van het verband dat burgerinitiatieven raken aan alle dimensies van Positieve Gezondheid. De breedte van dit concept zou er namelijk voor zorgen dat informele burgerinitiatieven op alle mogelijke manieren hierbij aansluiten.

Ten aanzien van coproductie zijn de meeste verbanden gelegd tussen co-design (afzonderlijk en in combinatie met andere vormen van coproductie) én Positieve Gezondheid, te weten: burgers

worden centraal gesteld en het eigenaarschap ligt bij hen (zij voeren eigen regie) én de professional staat naast de mensen die de dienst ontvangen. Coproductie wordt bemoeilijkt doordat niet alle burgers willen en/of kunnen coproduceren én doordat niet iedere publieke dienstverlener vanuit de organisatie (opdrachtgever) wordt gefaciliteerd. Zo is een opdrachtgever niet gericht op het proces, maar op resultaten. Drie methoden zijn aangedragen om te kunnen omgaan met burgers die niet willen/kunnen coproduceren: verwachttingsmanagement, kijken welke bijdrage de burgers wel kunnen leveren ook al is die relatief klein én mensen aanspreken op hun verantwoordelijkheid. Eén publieke dienstverlener is van mening dat coproductie – in het kader van Positieve Gezondheid – vanuit de burgers (actieve ouderen) bezien niet wenselijk is. Zij leiden namelijk al een actief leven.

## 5.2. Discussie

Nu de conclusie is weergegeven, worden de implicaties van het onderzoek voor zowel de theorie als de praktijk inzichtelijk gemaakt. Ook worden de limitaties van het onderzoek besproken én komen suggesties voor vervolgonderzoek aan bod.

### 5.2.1. Theoretische implicaties

Vanwege het feit dat dit onderzoek explorerend van aard is, is het niet mogelijk om aan te sluiten bij eerdere onderzoeken op het gebied van NPG en Positieve Gezondheid. Vandaar dat is gezocht naar wetenschappelijke studies waarin relaties tussen NPG en gezondheid – in algemene zin – zijn gelegd. Hierdoor kan inzichtelijk worden gemaakt wat de beschreven onderzoeksresultaten voor ander onderzoek betekenen en in hoeverre zij hierbij aansluiten.

In een eerdere studie wordt gesproken over governance for health (Kickbush & Gleicher, 2012). Hieronder worden pogingen van overheden en andere actoren verstaan “om gemeenschappen, landen of groepen landen te sturen bij het nastreven van gezondheid als integraal onderdeel van welzijn door zowel whole-of-government als whole-of-society benaderingen” (Kickbush & Gleicher, 2012, p.4). Governance for health bevordert gezamenlijke actie van sectoren binnen en buiten de gezondheidszorg, van publieke en private actoren én van burgers ten behoeve van een gemeenschappelijk belang. Het vereist synergetisch beleid, waarbij sectoren buiten de gezondheidszorg én buiten de overheid een rol op zich nemen. Om tot een effectieve benadering van governance for health te komen, wordt aanbevolen om (onder meer) te gaan samenwerken. Dit is overeenkomstig met de eigen onderzoeksbevindingen, omdat hieruit is gebleken dat samenwerken nodig is om tot beleid te komen/beleid tot uitvoering te brengen. In het bijzonder is de relevantie van samenwerken naar voren gekomen in het kader van Positieve Gezondheid. Zo wordt door samen te werken aangesloten bij wat actoren/gemeentelijke partners belangrijk vinden. Opgemerkt moet worden dat beleidsnetwerken echter niet van grote waarde zijn voor Positieve Gezondheid: slechts één beleidsnetwerk bij het vormen van beleid en één beleidsnetwerk bij het uitvoeren van beleid is aanwezig (bekend). Dit in tegenstelling tot de netwerkbenadering (in het bijzonder gelegenheidsnetwerken en uitvoeringsnetwerken) die in meerdere gemeenten terugkomt. Volgens Kickbush en Gleicher (2012, p.54) zou samenwerking zich steeds meer voordoen in complexe netwerken. Dit impliceert dat over grenzen (bijvoorbeeld beleidsterreinen) heen moet worden samengewerkt. De complexiteit van de samenwerking is niet expliciet teruggekomen in het onderzoek. Toch kan uit de eigen bevindingen worden afgeleid dat Positieve Gezondheid hiervoor wél zorgt, omdat diverse beleidsonderwerpen met elkaar verbonden zouden moeten worden. De complexiteit komt hierbij tot uiting in het feit dat actoren fragmentatie in stand willen houden, omdat dit voor hen overzichtelijker is. Hierdoor is het lastig om de verbindingen tussen beleidsonderwerpen daadwerkelijk te realiseren.

Ook burgers betrekken bij beleid wordt door Kickbush en Gleicher (2012) belangrijk geacht. Succesvolle governance for health vereist coproductie, betrokkenheid en samenwerking met burgers (én consumenten en patiënten). Vanwege het feit dat governance verspreid raakt, is direct contact met het publiek nodig om de transparantie en verantwoording te vergroten. Dit komt overeen met de eigen onderzoeksbevindingen; al liggen wel andere redenen aan burgerbetrokkenheid ten grondslag. Uit de eigen onderzoeksbevindingen komt namelijk niet naar voren dat de governance zodanig is verspreid dat middels burgerbetrokkenheid ingespeeld moet worden op transparantie en verantwoording. Dit kan te maken hebben met het feit dat het lokaal beleid betreft: bij de uitvoering zijn niet meerdere bestuursniveaus betrokken. Zo is er geen rol weggelegd voor actoren die zich begeven op nationaal of supranationaal niveau. Kickbush en Gleicher (2012, p.82) geven aan dat de staat (inclusief ministeries en agentschappen) door de veranderende omgeving andere rollen moet aannemen. Zij moet makelaar, katalysator, animator, opvoeder en partner zijn. Ook uit de eigen onderzoeksbevindingen is de rol van de overheid (in dit geval op lokaal niveau) – gerelateerd aan Positieve Gezondheid – naar voren gekomen. In tegenstelling tot Kickbush en Gleicher (2012) worden echter andere overheidsrollen benoemd, waarbij Positieve Gezondheid om een bescheiden rol van de overheid vraagt. In één gemeente komt naar voren dat de overheid in dit kader in eerste instantie minder dan een partner is, omdat zij op aanvraag bij lokale netwerken aansluit. Ondanks dit gegeven, is het opmerkelijk te noemen dat de gemeente vaak een sturende rol ten aanzien van Positieve Gezondheid aanneemt. Dit komt specifiek terug bij gelegenheidsnetwerken. Het gevolg hiervan is dat het beleid slechts tot op zekere hoogte samen met actoren wordt gevormd.

Een rapport afkomstig van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) gaat in op een specifiek element van NPG, te weten burgerparticipatie. Hierin komt naar voren dat gemeenten burgers vaak betrekken bij beleid op het gebied van leefbaarheid en ruimtelijke ordening. Ten aanzien van preventie en gezondheid vindt dit veel minder plaats (Kooiker & Hoeymans, 2014, p.32). Vanwege het feit dat in het eigen onderzoek niet de vergelijking tussen gezondheid en andere beleidsterreinen centraal stond, is het lastig om te stellen of deze bevinding overeenkomt met de eigen onderzoeksbevindingen. Wél kan – op basis van de eigen bevindingen – geconcludeerd worden dat burgers betrokken zijn bij het opstellen van beleid op het gebied van gezondheid (interactieve beleidsvorming; soms zijn burgers in een gelegenheidsnetwerk geplaatst). Hieromtrent zijn echter wel belemmerende factoren gevonden, waardoor de sterkte van de verbanden is aangetast. Welke redenen ten grondslag liggen aan het feit dat burgers in mindere mate bij preventie en gezondheid betrokken worden, lichten de auteurs niet toe.

Tot slot wordt in algemene zin benoemd dat bepaalde groepen vaak afwezig zijn bij processen van participatie (Kooiker & Hoeymans, 2014, p.33). Hierbij kan gedacht worden aan onder andere laagopgeleiden. Ook in het theoretisch kader is dit punt aangehaald (Hurenkamp et al., 2016; Movisie, 2017; Torfing & Triantafillou, 2013; Verschuere & Steen, 2018). De bevindingen uit het eigen onderzoek zijn hiermee overeenkomstig, omdat zij laten zien dat niet iedere burger wil/kan initiëren, participeren en coproduceren (al acht niet iedereen dit als een probleem; zie burgerinitiatieven). Zo zouden mensen met gezondheidsachterstanden niet participeren bij het opstellen van beleid, omdat dit voor hen te abstract is. Door de mening van de burger te bevragen aan de hand van een concreet project, zou hiermee omgegaan kunnen worden. Ten aanzien van coproductie zouden burgers geen bijdrage leveren door onder meer hun houding. Door de eerder benoemde drie methoden wordt hierop ingespeeld. Ook het realiseren van burgerinitiatieven is niet voor iedereen weggelegd, waarop ingespeeld wordt door het aanstellen van een kernenregisseur/opbouwwerker. Door deze methoden wordt getracht om te gaan met de uitdaging benoemd door Torfing en Triantafillou (2013).



### 5.2.2. Praktische implicaties

De onderzoeksresultaten geven de gemeentelijke gezondheidsdiensten (GGD'en) handvatten om gemeenten ten aanzien van het lokale beleid op diverse vlakken te adviseren. De onderstaande adviezen zijn dan ook gericht aan de GGD'en, teneinde Positieve Gezondheid te integreren in/te vertalen naar beleids(uitvoerend) niveau:

1. Gemeenten aansporen om verbanden tussen de elementen van NPG en Positieve Gezondheid sterker in hun gezondheidsbeleid of sociale beleidsplan/kader (lees: beleid) op te nemen, zodat de verbanden meer verankerd raken in de praktijk.
2. Gemeenten aansporen om hun beleid samen met burgers op te stellen, waarbij de GGD hen moet wijzen op de volgende punten:
  - a. De inrichting van het proces: voorkom dat burgers het gevoel krijgen dat het proces te lang duurt én investeer in de eenvoudigheid van het proces.
  - b. De mate van invloed van de burger.
  - c. Hoe de (niet-mondige) burgers bereikt kunnen worden, waarbij de mening van de burgers bevragen aan de hand van een concreet project als een eerste aanknopingspunt kan dienen.
3. Gemeenten aansporen om hun beleid in gelegenheidsnetwerken met een breed actorenveld vorm te geven waarbij de GGD hen moet wijzen op de volgende punten:
  - a. De faciliterende in plaats van sturende rol die de gemeente moet aannemen, zodat het eigenaarschap zoveel mogelijk bij de mensen (actoren) zelf ligt.
4. Gemeenten aansporen om open te (blijven) staan voor informele burgerinitiatieven, waarbij de GGD hen moet wijzen op de volgende punten:
  - a. Uitgangspunten van beleid kunnen met elkaar conflicteren. Een voorbeeld is evidence based willen werken en ruimte bieden aan ideeën/initiatieven van burgers.
  - b. Hoe moet worden omgegaan met wijken waarin gemeenten een zorgende rol op zich nemen. Nagegaan moet worden in hoeverre binnen deze wijken ruimte geboden kan worden aan burgers om zelf zaken op te pakken.
  - c. Hoe moet worden omgegaan met ruimte willen bieden aan burgers/gemeenschap middels collectieve gezondheidsinitiatieven enerzijds en (onder meer) de veiligheid willen waarborgen – waardoor de speelruimte beperkt kan worden – anderzijds.
  - d. Hoe moet worden omgegaan met het feit dat niet iedere burger een initiatief kan en/of wil realiseren, waarbij een eerste aanknopingspunt het aanstellen van een kernenregisseur/opbouwwerker is.
5. Gemeenten aansporen om hun beleid in netwerken uit te voeren (implementeren), waarbij een specifiek beleidsnetwerk rondom Positieve Gezondheid moet worden afgeraden vanwege de integraliteit. De GGD moet gemeenten wijzen op het volgende punt:
  - a. Hoe moet worden omgegaan met actoren die fragmentatie in stand willen houden, zodat beleidsonderwerpen met elkaar verbonden kunnen worden.
6. Gemeenten moeten nagaan hoe coproductie een plek kan krijgen binnen de uitvoering van beleid, zonder dat burgers hierdoor overbelast raken. Een eerste idee is dat gekeken moet worden naar wat de burger wél kan bijdragen in de dienstverlening: ook al is dit relatief klein.
7. Gemeenten moeten publieke dienstverleners faciliteren om te kunnen coproduceren met de burger. Een meer faciliterende houding kan worden aangenomen door als gemeente op het proces in plaats van op het resultaat gericht te zijn, waardoor publieke dienstverleners ruimte ervaren om de samenwerking met de burger centraal te laten staan.

### 5.2.3. Limitaties van het onderzoek

Het onderzoek kent enkele beperkingen. De eerste beperking heeft te maken met het theoretische concept Positieve Gezondheid. Positieve Gezondheid heeft – evenals als de “definitie” die hieraan ten grondslag ligt – in de wetenschappelijke literatuur de benodigde kritiek ontvangen (Arnoldus, Van Staa, & Walvraven, 2017; Buijs, 2017; Poiesz, Caris, & Lapre, 2016; Van der Stel, 2016). Het eerste kritiekpunt is dat de “definitie” niet nieuw én incompleet is. De “definitie” zou zich – volgens de definitie van Blaxter – alleen richten op het functionele aspect, namelijk het vermogen om te kunnen omgaan met dagelijkse activiteiten (Arnoldus et al., 2017, p.161). Andere auteurs geven enerzijds ook aan dat de “definitie” tekortkomingen kent, omdat mentale of cognitieve uitdagingen niet worden benoemd. Anderzijds zou de “definitie” té veelomvattend zijn (Poiesz et al., 2016, p.253). Zo vragen auteurs zich af of het omgaan met emotionele uitdagingen wel onder gezondheid moet vallen. Ook zou de allesomvattende “definitie” leiden tot medicalisering en interventionisme; iedere verstoring van geluk wordt gezien als een gezondheidsprobleem (Arnoldus et al., 2017, p.161). Andere kritiepunten ten aanzien van de “definitie” zijn dat gedrag en gezondheid door elkaar worden gehaald, dat er geen onderscheid wordt gemaakt tussen oorzaak en gevolg, dat er geen aandacht wordt besteed aan omgevingsfactoren én dat de focus op kansen kan leiden tot het wegdrukken van kwetsbaarheid en ziekte waardoor een beschuldigend discours ontstaat (Arnoldus et al., 2017, p.161; Poiesz et al., 2016, p.253; Van der Stel, 2016, p.8). Auteurs stellen ook dat de “definitie” op bepaalde punten onduidelijk is (wat wordt onder uitdagingen verstaan, er is geen onderscheid tussen mensen die het vermogen om zich aan te passen en eigen regie te voeren wel/niet benutten én er is een onduidelijke verhouding tussen aanpassen en regie voeren), dat er een exclusieve focus ligt op sociale uitdagingen én dat het omgaan met de uitdagingen van het leven middels slechte gewoonten geen probleem zou zijn (Buijs, 2017, pp.4-5; Poiesz et al., 2016, pp.252-253). Terugkomend op dit laatste punt – dat ook is benoemd door respondent 15 – kunnen sociale gezondheidsverschillen vergroot worden, omdat mensen met een lage sociaaleconomische status frequenter met stressvolle situaties te maken krijgen. Ook Buijs (2017, p.5) geeft aan dat er ongelijkheden bestaan in de problemen waarmee mensen te maken hebben. Zij benadrukt dat problemen zoals armoede en weinig kansen op de arbeidsmarkt vragen om een collectieve aanpak.

Ingezoomd op Positieve Gezondheid, zorgt het woord Positief voor vraagtekens (Arnoldus et al., 2017, p.161; Poiesz et al., 2016, p.252). Positief zou namelijk suggereren dat er ook Negatieve Gezondheid bestaat. Ten aanzien van de zes dimensies zijn diverse kritiepunten benoemd: de zes dimensies hoeven elkaar niet uit te sluiten, kwaliteit van leven moet niet één van de dimensies zijn omdat in de literatuur gezondheid een determinant is van kwaliteit van leven en andersom kwaliteit van leven een determinant is van gezondheid, de analytische benadering is schraal doordat voorbij wordt gegaan aan onderlinge relaties, verwarrend is dat de zes dimensies niet of gedeeltelijk overeenkomen met de beschrijving van gezondheid, aan alle dimensies wordt evenveel belang gehecht ondanks de verschillen én er is een risico van bias richting ongezondheid vanwege de betrokkenen in het onderzoek (Arnoldus et al., 2017, p.161; Poiesz et al., 2016, p.254). Bovendien zou Positieve Gezondheid – met woorden zoals zelfmanagement en zingeving – het beste passen bij hoger opgeleiden. Hierbij speelt ook mee dat mensen met een hogere sociaaleconomische status minder frequent te maken hebben met chronische ziekten. Voor hen is het dan ook eenvoudiger om te focussen op de mogelijkheden die er wel zijn (Buijs, 2017, p.5). Ten aanzien van de 32 aspecten is de kritiek dat de veelheid ervoor kan zorgen dat er interpretatieproblemen ontstaan en dat het lastiger wordt om normen te stellen. Ook bestaat het risico dat maatregelen worden getroffen die slechts indirect een relatie tot gezondheid hebben (Buijs, 2017, p.4). Dit leidt weer tot medicalisering.

De genoemde kritiekpunten zijn in dit onderzoek niet ondervangen, omdat aangesloten is bij het concept dat in de praktijk (case) gehanteerd wordt. Positieve Gezondheid in de zin van Huber, Van Vliet en Boers (2016) is dus volledig overgenomen. Hierbij dient wel opgemerkt te worden dat Huber (2016) in een wetenschappelijk artikel de meeste kritiekpunten heeft weerlegd. Hieruit kan worden opgemaakt dat er een minder zwart-wit beeld aanwezig is dan de critici schetsen. Ook op NPG is – zoals theoretisch kader toont – kritiek geleverd. De uitdagingen die NPG met zich meebrengt, zijn meegenomen in de interviewvragen door aan de contactambtenaren en publieke dienstverleners te vragen hoe hierop ingespeeld kan worden.

Ten aanzien van de onderzoeksmethodologie zijn ook beperkingen aanwezig. De eerste beperking heeft – in lijn met de bovenstaande kritiek – betrekking op de operationalisering van Positieve Gezondheid. Ondanks dat Huber (2014, p.77) in haar proefschrift enige duidelijkheid omtrent de aspecten geeft, komt deze informatie niet volledig overeen met de 32 aspecten die uiteindelijk onderscheiden zijn. Dit is het geval bij de dimensie mentale functies en beleving én de spirituele en existentiële dimensie. Hieromtrent bestaat dan ook nog enige onduidelijkheid. De tweede beperking heeft te maken met de dataverzamelmethode, omdat niet ten aanzien van alle gemeenten triangulatie heeft kunnen plaatsvinden. De reden hiervoor is onder meer dat enkele gemeenten nog bezig zijn om tot een nieuw gezondheidsbeleid te komen, waardoor zij nog niet over een lokaal gezondheidsbeleid beschikken. De derde beperking heeft te maken met de caseselectie. In dit onderzoek is een enkelvoudige casestudy gehanteerd, waardoor letterlijke uitkomsten van de casestudy niet te generaliseren zijn. Dit neemt niet weg dat de patronen wel te generaliseren zijn. De laatste beperking is dat niet met alle contactambtenaren gezondheid en aangedragen uitvoerders is gesproken. In sommige gevallen is geprobeerd om contact op te nemen met een vervanger om zodoende toch een interview te kunnen afnemen, maar zij gaven aan geen medewerking te kunnen/willen verlenen. Hierdoor is de representativiteit van de steekproef niet optimaal.

#### 5.2.4. Suggesties voor vervolgonderzoek

Vanwege het feit dat een enkelvoudige casestudy is gehanteerd én dat de representativiteit van de steekproef niet optimaal is, wordt aanbevolen om vervolgonderzoek te doen naar verbanden tussen NPG en Positieve Gezondheid in andere gemeenten. In het bijzonder wordt aanbevolen om de focus te leggen op het beleidsuitvoerend niveau, omdat de publieke dienstverleners in de daadwerkelijke praktijk te maken krijgen met Positieve Gezondheid. Zij kunnen dan ook benoemen tegen welke problemen zij – bij het werken vanuit Positieve Gezondheid – aanlopen. De uitvoeringspraktijk blijkt namelijk vaak weerbarstiger te zijn dan de beleidswerkelijkheid zoals beschreven staat in een beleidsdocument. Een tweede aanbeveling voor vervolgonderzoek is het uitvoeren van een kwantitatief toetsend onderzoek. Door een kwantitatief toetsend onderzoek uit te voeren, kunnen de verbanden onder een grotere groep gemeenten (contactambtenaren gezondheid en publieke dienstverleners) worden getoetst. Hierdoor kan verdere steun voor de verbanden verkregen worden.

Een laatste aanbeveling is dat vervolgonderzoek moet plaatsvinden naar wat de burger van het beleid – ingestoken vanuit Positieve Gezondheid – vindt. In dit onderzoek is namelijk niet met de burger zelf gesproken. Toch kan een dergelijk onderzoek relevante informatie opleveren, onder meer omdat de bewegecoach senioren al liet doorschemeren dat het voor de burgers (lees: actieve senioren) niet wenselijk zou zijn om te coproduceren vanwege het actieve leven dat zij leiden. Vandaar dat inzicht in de zienswijzen van de burger informatief kan zijn, omdat – zoals dit onderzoek aantoont – vanuit Positieve Gezondheid een actievere rol van de burger verwacht wordt.

## Bronnenlijst

- Aarts, F. (2018). Positieve Gezondheid: handig hulpmiddel of hype?. *Nursing*, 24(1), 28-31.
- Aberbach, J., Christensen, T. (2007). CITIZENS AND CONSUMERS. An NPM dilemma. *Public Management Review*, 7(2), 225-246.
- Adriaansen, M. (2017a). Positieve gezondheid als stip op de horizon. *Tijdschrift voor verpleegkundige experts*, 127(5), 12-14.
- Adriaansen, M. (2017b). Positieve Gezondheid. *Tijdschrift voor verpleegkundige experts*, 127(5), 3.
- Arnoldus, R., Van Staa, A., Walraven, G. (2017). Hoe bruikbaar zijn de begrippen vitaliteit, veerkracht en positieve gezondheid voor interprofessioneel samenwerking in zorg en welzijn? *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 95, 160-163.
- Arnstein, S. (1969). A ladder of citizen participation. *Journal of the American Institute of Planners*, 216-224.
- Bircher, J. (2005). Towards a dynamic definition of health and disease. *Medicine, Health Care Philosophy*, 8, 335-341.
- Bleijenbergh, I. (2016). *Kwalitatief onderzoek in organisaties*. Amsterdam: Boom Lemma.
- Boeije, H. (2014). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: denken en doen*. Den Haag: Boom Lemma.
- Bovaird, T., Loeffler, E. (2013). *We're all in this together: harnessing user and community co-production of public outcomes*. Birmingham: Institute of Local Government Studies: University of Birmingham, 1, 15.
- Bovaird, T., Loeffler, E. (2016). User and community co-production of public services: What does the evidence tell us?. *International Journal of Public Administration*, 39(13), 1006-1019.
- Bovaird, T., Loeffler, E. (2018). From Participation to Co-production: Widening and Deepening the Contributions of Citizens to Public Services and Outcomes. In E. Ongaro, & S. Van Thiel, *The Palgrave handbook of public administration and management in Europe*. (pp. 403-423). London: Palgrave Macmillan.
- Brandsen, T. & Honingh, M. (2015). Distinguishing Different Types of Coproduction: A Conceptual Analysis Based on the Classical Definitions. *Public Administration Review*, 76(3), 427-435.
- Buijs, M. (2017). Een nieuwe kijk op gezondheid. Staat de patiënt centraal of vooral verwarring? *Ned Tijdschr Geneeskd*. 161, C3563, 1-5.
- Byrkjefot, H., Du Gay, P., & Greve, C. (2018). What is the 'Neo-Weberian State' as a Regime of Public Administration? In E. Ongaro, & S. Van Thiel, *The Palgrave handbook of public administration and management in Europe*. (pp. 991-1010). London: Palgrave Macmillan.
- De Graaf, L. (2007). *Gedragen beleid*. Delft: Eburon.
- Edelenbos, J., Teisman, G., Reuding, M. (2001). *Interactieve beleidsvorming als sturingsopgave*. Den Haag: InnovatieNetwerk Groene Ruimte en Agrocluster.
- Evers, A., Jensen, L., Paul, H. (2015). *Grensverleggend: kansen en belemmeringen voor interdisciplinair onderzoek*. Amsterdam: De Jonge Akademie.
- Ferlie, E., Fitzgerald, L., McGivern, G., Dopson, S., & Bennett, C. (2011). Public policy networks and 'wicked problems': a nascent solution?. *Public Administration*, 89(2), 307-324.

- Flinterman, F., Bisscheroux, P., Dijkema, P., den Hertog, F., de Jong, M., Vermeer, A., & Vosjan, M. (2019). Positieve Gezondheid en gezondheidspercepties van mensen met een lage SES. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 1-10.
- Gemeente 2. (z.j.). *Positieve Gezondheid: een plus voor (X)*. Geraadpleegd 24 juli 2019, op: [https://horstaandemaas.raadsinformatie.nl/document/7338707/1/03c\\_Bijlage\\_1\\_Positieve\\_gezondheid\\_een\\_plus\\_voor\\_HadM](https://horstaandemaas.raadsinformatie.nl/document/7338707/1/03c_Bijlage_1_Positieve_gezondheid_een_plus_voor_HadM)
- Gemeente 2. (2018). *Resultaten inwonerpanel*.
- Gemeente 3. (2018). *Positieve Gezondheid*.
- Gemeente 5. (2017). *(X) gezond*. Geraadpleegd 25 juli 2019, op: [https://roermond.notubiz.nl/document/5406595/1/2017\\_034\\_-\\_Bijlage\\_1\\_-\\_nota\\_Preventie-\\_en\\_gezondheidsbeleid\\_Roermond\\_Gezond\\_2017-2021?fbclid=IwAR2NZamMynN60BnR9k2YXSga7QN3GZo2Lyuk-9sZ6Vjh-4DDFnd0jmRWjEo](https://roermond.notubiz.nl/document/5406595/1/2017_034_-_Bijlage_1_-_nota_Preventie-_en_gezondheidsbeleid_Roermond_Gezond_2017-2021?fbclid=IwAR2NZamMynN60BnR9k2YXSga7QN3GZo2Lyuk-9sZ6Vjh-4DDFnd0jmRWjEo)
- Gemeente 6. (2019). *Werk in uitvoering*.
- Gemeente 9. (2017a). *Vitaal (X). Lokaal Gezondheidsbeleid 2017-2020*. Geraadpleegd 24 juli 2019, op: <https://ris.ibabs.eu/raad-venlo/meeting/10000008/6ae406d5-c977-48fc-b5cc-eeab01d546cc/>
- Gemeente 9. (2017b). *Vitaal (X). Uitvoeringsprogramma lokaal gezondheidsbeleid 2017-2020*. Geraadpleegd 24 juli 2019, op: <https://ris.ibabs.eu/raad-venlo/list/458f732e-dd8e-47fa-bbf5-942225833d12/acb1bcdc-9db2-4d57-aa98-56b8f7a1ba53/941febed-6a01-4f57-b7a3-e8a9fecabccc/>
- Gemeente 10. (2017a). *Collegebeleid Positieve Gezondheid*.
- Gemeente 10. (2017b). *Waardenoriëntatie en kaderstelling. Thema's sociaal domein en vitale gemeenschappen*.
- Gemeenten 12, 14. (2018). *Samen aan de slag!*
- Gemeente 15. (2017). *Beleidsplan Sociaal Domein*. Geraadpleegd 23 juli 2019, op: [https://www.mookenmiddelaar.nl/home/zoeken\\_42033/?trefwoord=beleidsplan+sociaal+domein+2017-2020](https://www.mookenmiddelaar.nl/home/zoeken_42033/?trefwoord=beleidsplan+sociaal+domein+2017-2020)
- Gemeente Venlo. (z.j.). *Samenwerkingsovereenkomst Regio Noord-Limburg, zorgverzekeraar VGZ en VGZ Zorgkantoor*.
- GGD GHOR Nederland. (2016). *Publieke Gezondheid Borgen. Een eerste inzicht in de staat van de GGD'en*. Geraadpleegd 21 maart 2019, op: <https://www.ggdghor.nl/media/filebank/72da1e7fdfa54e27b83567e60892af66/publieke-gezondheid-borgen-ggd-ghor-nederland-2016.pdf>
- GGD Limburg-Noord. (z.j.a.). *GGD introductie gemeenten. Stimuleringsprogramma publieke gezondheid*. Geraadpleegd 18 mei 2019, op: <http://publicaties.vrln.nl/GGD-introductie-gemeenten#!/stimuleringsprogramma-publieke-gezondheid>
- GGD Limburg-Noord. (z.j.b.). *GGD Limburg-Noord*. Geraadpleegd 16 mei 2019, op: <https://www.ggdlimburgnoord.nl/ggd-limburg-noord>
- GGD Limburg-Noord. (2018). *Actiecentrum Limburg Positief Gezond t.b.v. Regionaal Ambtelijk Overleg Limburg-Noord*.
- GGD Limburg-Noord, Noord- en Midden-Limburgse gemeenten. (2017). *Basisbouwstenen lokaal gezondheidsbeleid*.
- Hondeghem, A. (2017). Van bureaucratie over New Public Management naar New Public Governance. In A. Hondeghem, W. Van Dooren, F. De Rynck, B. Verschuere & S. Op de Beek, *Handboek bestuurskunde: organisatie en werking van het openbaar bestuur* (pp. 131-167). Brugge: Vanden Broele.

- Huber, M. (2014). *Towards a new, dynamic concept of health: Its operationalisation and use in public health and healthcare and in evaluating health effects of food*. Maastricht University.
- Huber, M. (2016). Antwoord op 'Gezondheid: een definitie?' van Poiesz, Caris en Lapre. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 94(8), 292-296.
- Huber, M., Jung, H. (2015). Persoonsgerichte zorg is gebaat bij kennis van ziekte én van gezondheid. Een nieuwe invulling van gezondheid, gebaseerd op de beleving van de patiënt: 'Positieve gezondheid'. *Bijblijven*, 31(8), 589-597.
- Huber, M., Knottnerus, J.A., Green, L., Van der Horst, H., Jadad, A., Kromhout, D., Leonard, B., Lorig, K., Loureiro, M., Van der Meer, J., Schnabel, P., Smith, R., Van Weel, C., Smid, H. (2011). How should we define health? *BMJ*, 343, d4163, 1-3.
- Huber, M., Van Vliet, M., Boers, I. (2016). Heroverweeg uw opvatting van het begrip 'gezondheid'. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 160, A7720, 1-5.
- Huber, M., Van Vliet, M., Giezenberg, M., Winkens, B., Heerkens, Y., Dagnelie, P., Knottnerus, J. (2016). Towards a 'patient-centred' operationalisation of the new dynamic concept of health: a mixed methods study. *BMJ open*, 6 (1), e010091, 1-11.
- Hurenkamp, M., Tonkens, E., & Duyvendak, J. (2006). *Wat burgers bezielt: een onderzoek naar burgerinitiatieven*. UvA.
- Iresearch. (z.j.). *Positieve Gezondheid Gemeenten*. Geraadpleegd 6 april 2017, op: <https://www.iresearch.nl/positieve-gezondheid>
- Isett, K., Mergel, I., LeRoux, K., Mischen, P., Rethemeyer, R. (2011). Networks in public administration scholarship: understanding where we are and where we need to go. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 21(1), 157-173.
- Karré, P., Paardekooper, C. (2014). De grote verbouwing. Een bestuurskundig perspectief op veranderingen in stelsels van publieke voorzieningen. *Bestuurskunde*, 23(1), 1-8.
- Keast, R., Mandell, M. P., Brown, K., Woolcock, G. (2004). Network structures: Working differently and changing expectations. *Public administration review*, 64(3), 363-371.
- Kickbusch, I., Gleicher, D. (2012). *Governance for health in the 21st century*. Kopenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Kickert, W., Klijn E., Koppenjan, J. (1997a). Introduction: A Management Perspective on Policy Networks. In Kickert, W., Klijn, E., & Koppenjan, J., *Managing complex networks: Strategies for the public sector*. (pp.18-30). Sage.
- Kickert, W., Klijn E., Koppenjan, J. (1997b). Managing networks in the public sector: findings and reflections. In Kickert, W., Klijn, E., & Koppenjan, J., *Managing complex networks: Strategies for the public sector*. (pp.174-197). Sage.
- King, N. (2004). Using templates in the thematic analysis of text. In C. Cassel & G. Symon (Eds.), *Essential guide to qualitative methods in organizational research* (pp. 256-270). London: Sage Publications.
- Klijn, E. (1997). Policy Networks: An Overview. In Kickert, W., Klijn, E., & Koppenjan, J., *Managing complex networks: Strategies for the public sector*. (pp.31-50). Sage.
- Klijn, E., Koppenjan, J. (2000). Public Management and Policy Networks. *Public Management and International Journal of Research and Theory*, 2(2), 135-158.
- Kooiker, S., & Hoeymans, N. (2014). *Burgers en gezondheid: Themarapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014*. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.

- Koppenjan, J., Dicke, W. (2019). De blik naar buiten: bestuurlijke verbouwingen in het buitenland. *Bestuurskunde*, 29(1), 3-15.
- Korsten, A. (2011). New Public Management. Geraadpleegd 17 april 2019, op: <http://www.arnokorsten.nl/PDF/Organiseren%20en%20mgmt/Nieuw%20overheidsmanagement.pdf>
- Lamb., K, Brodie., D, Roberts., K. (1988). Physical fitness and health-related fitness as indicators of positive health. *Health Promotion*, 3(2), 171–182.
- Loket Gezond Leven. (z.j.). *Collectieve gezondheidsbevordering vanuit positieve gezondheid: een methodiek*. Geraadpleegd 15 april 2019, op: <https://www.loketgezondleven.nl/vraagstukken/positieve-gezondheid/praktijkvoorbeelden/collectieve>
- Mezzich, J. (2005). Positive health: conceptual place, dimensions and implications. *Psychopathology*, 38(4), 177.
- Movisie. (2013). *De drie decentralisaties in het sociale domein*. Geraadpleegd 14 maart 2019, op: <https://www.movisie.nl/artikel/drie-decentralisaties-sociale-domein>
- Movisie. (2017). *Participatiesamenleving anno 2017: volop kansen. Hoe staat het ervoor met de participatiesamenleving?* Geraadpleegd 28 april 2019, op: <https://www.movisie.nl/artikel/participatiesamenleving-anno-2017-volop-kansen>
- Mújde, A., Daru, S. (2005). *Actieve burgers en vrijwilligersorganisaties*. Utrecht: CiviQ.
- Osborne, S. (2006). The New Public Governance? *Public Management Review*, 8(3), 377-387.
- Osborne, S. (2010). *The New Public Governance? Emerging perspectives on the theory and practice of public governance*. London and New York: Routledge.
- Osborne, S., Radnor, Z., Nasi, G. (2013). A New Theory for Public Service Management? Toward a (Public) Service-Dominant approach. *American Review of Public Administration*, 43(2), 135-158.
- Ostrom, E. (1996). Crossing the Great Divide: Coproduction, Synergy, and Development. *World Development*, 24(6), 1073–87.
- O'Toole, L. (1997). Treating networks seriously: Practical and research-based agendas in public administration. *Public administration review*, 45-52.
- Pestoff, V., Brandsen, T., Verschuere, B. (2013). *New public governance, the third sector, and co-production*. Routledge: London and New York.
- Poiesz, T., Caris, J., Lapre, F. (2016). Gezondheid: een definitie? *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 94 (7), 252-255.
- Pollitt, C., Bouckaert, G. (2011). *Public Management Reform : A Comparative Analysis - New Public Management, Governance, and the Neo-Weberian State*. Oxford University Press: New York.
- P2, Provincie Limburg. (2017). *Zelf op expeditie met het kompas*.
- Raad voor het Openbaar Bestuur. (2012). *Loslaten in vertrouwen. Naar een nieuwe verhouding tussen overheid, markt én samenleving*. Den Haag: Raad voor het Openbaar Bestuur.
- Regio Venlo. (2017). *Vitale Gemeenschappen*.
- Reynen, M., Verheijen, C., Huber, M. (2017). *Limburg, de 1e Positief Gezonde Provincie, Plan van Aanpak 2017-2019*.

- Rhodes, R. (2013). *How to manage your policy network*. In *Workshop paper for the Commonwealth Secretariat*. London 7th to 8th February.
- Rogge, N., De Jaeger, S., Naets, G. (2013). Burgertevredenheid met lokaal gemeentebelied: meten is weten. *Beleid en Maatschappij*, (40)4, 401-421.
- Romzek, B., Johnston, J. (2005). State social services contracting: Exploring the determinants of effective contract accountability. *Public Administration Review*, 65(4), 436-449.
- Runya, X., Qigui, S., Wei, S. (2015). The Third Wave of Public Administration: The New Public Governance. *Canadian Social Science*, 11 (7), 11-21.
- Rijksoverheid (2013). *Troonrede 2013* [Troonrede]. Geraadpleegd 19 september 2019, op: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/toespraken/2013/09/17/troonrede-2013>
- Ryff, C. D., Singer, B. (1998). The contours of positive human health. *Psychological inquiry*, 9(1), 1-28.
- Ryff, C. D., Singer, B. (2000). Interpersonal flourishing: A positive health agenda for the new millennium. *Personality and social psychology review*, 4(1), 30-44.
- Salverda, I., Pleijte, M., Van Dam, R. (2014). *Meervoudige democratie: Meer ruimte voor burgerinitiatieven in het natuurdomein*. Alterra: Wageningen.
- Scott, W., Davis, G. (2007). *Organizations and Organizing: Rational, Natural and Open Systems Perspectives*. Routledge: London and New York.
- Seeman, J. (1989). Toward a model of positive health. *American psychologist*, 44(8), 1099.
- Seligman, M. (2008). Positive health. *Applied psychology*, 57, 3-18.
- Steketee, M., Mak, J., Boutellier, J. (2010). *Richting geven aan jeugdbeleid: De rol van de gemeente in een complex veld*. Verwey-Jonker Instituut.
- Tahmasebi, R., Musavi, S. (2011). POLITICS-ADMINISTRATION DICHOTOMY: A CENTURY DEBATE. *Administration & Public Management Review*, 17, 130-143.
- Torfing, J., Triantafillou, P. (2013). What's in a name? Grasping new public governance as a political-administrative system. *International Review of Public Administration*, 18(2), 9-25.
- Van de Walle, S., De Rynck, F., & Wauters, B. (2017). Bestuur en burger. In A. Hondeghem, W. Van Dooren, F. De Rynck, B. Verschuere & S. Op de Beeck, *Handboek bestuurskunde: organisatie en werking van het openbaar bestuur* (pp. 367-399). Brugge: Vanden Broele.
- Van de Wijdeven, T., De Graaf, L., Hendriks, F., Van der Staak, M. (2013). *Actief burgerschap. Lijnen in de literatuur*. Tilburg: Tilburg Universiteit
- Van der Heijden, J., Van Dam, R., Van Noortwijk, R., Salverda, I., Van Zanten, I. (2011). *Experimenteren met burgerinitiatief: van doe-het-zelf naar doe-het-samen maatschappij*. Den Haag: Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties.
- Van der Stel, J. (2016). Definitie 'gezondheid' aan herziening toe. *MedContact*, 71(23), 18-19.
- Van Thiel, S. (2016). *Bestuurskundig onderzoek: een methodologische inleiding*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Van Houwelingen, P., Boele, A., Dekker, P. (2014). *Burgermacht op eigen kracht?: Een brede verkenning van ontwikkelingen in burgerparticipatie*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Van Veenendaal, H., Van Dalen, A. (2015). New public governance: op zoek naar nieuwe vormen van organiseren en verantwoorden. *Kwaliteit in zorg*, 2, 4-6.
- Veiligheidsregio Limburg-Noord. (2018). *Kadernota 2018*.



- Verschuere, B., Steen, T. (2018). Inleiding. In: A. Meijer, M. Honingh, T. Steen, B. Verschuere, T. Brandsen. *Coproductie in de publieke sector*. Den Haag: Boom Bestuurskunde.
- Vlek, H., Overgoor, L. (2015). Van ziekte en zorg (ZZ) naar gezondheid en gedrag (GG). 'Mensen worden blij van deze verandering'. *De eerstelijns*, 20-21.
- Weber, E., & Khademian, A. (2008). Wicked problems, knowledge challenges, and collaborative capacity builders in network settings. *Public Administration Review*, 68(2), 334-349.
- World Health Organization. (2006). *Constitution of the world health organization*. Geraadpleegd 14 maart 2019, op: [https://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf)
- ZonMw. (2014). *Positieve gezondheid: "focus op de kracht en eigen regie van mensen"*. Geraadpleegd 5 april 2019, op: [https://www.zonmw.nl/fileadmin/documenten/Begip\\_Gezondheid/Factsheet\\_Positieve\\_gezondheid.pdf](https://www.zonmw.nl/fileadmin/documenten/Begip_Gezondheid/Factsheet_Positieve_gezondheid.pdf)

## Bijlagen

### Bijlage 1: interviewguides en topic lijst

Er worden semigestructureerde interviews afgenomen (Bleijenbergh, 2016, p.74). De reden hiervoor is dat – op basis van de operationalisering – voorafgaand aan de interviews de formulering van de vragen zijn vastgelegd. De interviewvragen zijn zo opgesteld dat de contactambtenaren gezondheid én de uitvoerders in eigen bewoording antwoord kunnen geven op de vragen. Zodoende kan input uit de empirie worden opgehaald om uiteindelijk verbanden tussen NPG en Positieve Gezondheid te kunnen leggen. Aangezien twee rondes interviews gehouden worden met diverse respondenten, zijn twee verschillende interviewguides opgesteld. Naast de interviewguides zijn twee topic lijsten samengesteld – voor iedere respondentgroep één – die dienen als ondersteuning tijdens de interviews. In de topic lijsten staan de onderwerpen die in het interview besproken moeten worden.

#### 1.1. Interview contactambtenaren gezondheid

In het gesprek met de contactambtenaren gezondheid worden – naast hun kijk op gezondheid – policy networks en burgerparticipatie bevestigd. Coproductie wordt alleen bevestigd om zodoende tot voorbeelden te komen aan de hand waarvan ik de daadwerkelijke uitvoerders kan gaan spreken.

*Korte introductie: zoals in de eerdere mail toegelicht, ben ik momenteel als onderzoekstagiaire werkzaam bij GGD Limburg-Noord. Mijn onderzoek richt zich op de vraag hoe een bestuurskundig concept – New Public Governance – in verband kan worden gebracht met Positieve Gezondheid. Voorafgaand aan het interview wil ik u vragen of ik het interview mag opnemen. Door het interview op te nemen, kan ik het interview volledig uitschrijven. Het interview heeft een semigestructureerd karakter en zal ongeveer één uur duren. Voordat de inhoudelijke vragen gesteld zullen gaan worden, wil ik graag eerst kort met u kennis maken. Vandaar dat mijn eerste vraag is:*

#### Kennismakingsvragen

1. Welke functie vervult u momenteel?
2. Wat houdt deze functie precies in?

#### Inhoudelijke vragen

3. Wat is uw kijk op gezondheid?
  - a. Welke dimensies van Positieve Gezondheid zijn volgens u het belangrijkste?
  - b. Welke aspecten van Positieve Gezondheid zijn volgens u het belangrijkste?
  - c. Wat is de reden voor het feit dat u deze dimensies en aspecten van Positieve Gezondheid het belangrijkste vindt?
4. Hoe komt deze kijk op gezondheid terug in de procedure die is gevolgd om tot het lokale gezondheidsbeleid te komen?<sup>11</sup>
  - a. In welke mate zijn burgers betrokken geweest bij het opstellen van beleid?
    - i. Hoe zag de precieze rol van de burger eruit?

---

<sup>11</sup> Optioneel: Indien deze kijk op gezondheid nog niet is vormgegeven in het lokale gezondheidsbeleid, wordt aan de respondent gevraagd hoe hij/zij voornemens is dit te doen. Vandaar dat de (voltooid) verleden tijd ook in toekomstige tijd gelezen kan worden.

- ii. Welke rol heeft de gemeente precies aangenomen bij het samen opstellen van het beleid met de burger?
      - 1. Waarom is voor deze rol gekozen?
- 5. Hoe komt deze kijk op gezondheid terug in de inhoud van het lokale gezondheidsbeleid?
  - a. In hoeverre wordt ruimte geboden aan burgers die zelf een initiatief willen initiëren op het gebied van gezondheid?
    - i. In welke mate mogen burgers zelf bepalen waarvoor zij zich willen inzetten?
    - ii. In welke mate voeren burgers zelf (samen met andere burgers) het idee uit?
    - iii. Welke rol neemt de gemeente aan ten aanzien van de burgerinitiatieven?
    - iv. Hoe gaat u als gemeente om met het feit dat niet iedere burger zelf een initiatief wil en/of kan initiëren?
- 6. In welke mate hebben andere actoren dan alleen de gemeente zich gevormd rondom het lokale gezondheidsbeleid?
  - a. Wat is de reden voor het feit dat ook andere actoren zich hebben gevormd rondom het lokale gezondheidsbeleid?
    - i. In hoeverre heeft dit te maken met het feit dat actoren elkaar nodig hebben om hun eigen doelen te bereiken?
    - ii. In hoeverre heeft dit te maken met het feit dat de gemeente het lokale gezondheidsbeleid niet alleen kan realiseren?
  - b. Wat zijn de kenmerken van de (relaties tussen de) actoren die zich hebben gevormd rondom het lokale gezondheidsbeleid?
    - i. In hoeverre had iedere actor een eigen doel?
    - ii. Hoe zagen de interacties tussen de actoren eruit?
    - iii. In hoeverre zijn er regels aanwezig geweest die de interacties tussen de actoren reguleerden?
  - c. Welke rol heeft de gemeente – ten opzichte van de andere actoren – ingenomen bij de vorming rondom het lokale gezondheidsbeleid?
    - i. Waarom heeft de gemeente deze rol ingenomen?
  - d. Hoe staat het samenwerken met andere actoren in relatie tot uw eerder benoemde kijk op gezondheid?
- 7. Hoe ziet de uitvoering van het lokale gezondheidsbeleid eruit?
  - a. Kunt u mij een voorbeeld geven – in het kader van het uitvoeren van het lokale gezondheidsbeleid (Positieve Gezondheid moet terugkomen) – waarbij zowel de burger als de publieke dienstverlener bijdragen aan het leveren van een dienst?

*Afsluiting: dit waren al mijn vragen. De volgende stap die ik ga zetten is het uitwerken van het interview (optioneel: afspreken dat het interviewverslag via de mail wordt toegestuurd indien de respondent geen toestemming heeft gegeven om het gesprek in audio op te nemen). Ik wil u hartelijk bedanken voor uw medewerking.*

## 1.2. Interview uitvoerders (publieke dienstverleners)

In het gesprek met de uitvoerders – die werken vanuit (of met) het concept Positieve Gezondheid – wordt naar coproductie en service delivery networks als elementen van NPG gevraagd. De reden hiervoor is dat de uitvoerders het lokale gezondheidsbeleid uitvoeren. Zij bevinden zich – net als coproductie – in de beleidsuitvoerende fase. Vandaar dat de uitvoerders het juiste niveau

representeren om coproductie na te vragen. In het interview wordt ook nog ingegaan op service delivery networks, omdat uit het theoretisch kader is gebleken dat samenwerking (netwerken) rondom concrete dienstverlening mogelijk is. De interviewgide ziet er als volgt uit:

*Korte introductie: zoals in de eerdere mail toegelicht, heeft de contactambtenaar gezondheid uw naam aan mij doorgegeven om een interview te houden in het kader van mijn onderzoek dat ik uitvoer voor GGD Limburg-Noord. Mijn onderzoek richt zich op de vraag hoe een bestuurskundig concept – New Public Governance –in verband kan worden gebracht met Positieve Gezondheid. Voorafgaand aan het interview wil ik u vragen of ik het interview mag opnemen. Door het interview op te nemen, kan ik het interview volledig uitschrijven. Het interview heeft een semigestructureerd karakter en zal ongeveer driekwartier duren. Voordat de inhoudelijke vragen gesteld zullen gaan worden, wil ik graag eerst kort met u kennis maken. Vandaar dat mijn eerste vraag is:*

#### Kennismakingsvragen

1. Welke functie vervult u momenteel?
2. Wat houden uw werkzaamheden precies in?

#### Inhoudelijke vragen

3. Ik heb begrepen dat u werkt vanuit (of met) Positieve Gezondheid. Wat betekent dit voor u?
4. Op welke wijze komt dit terug in de manier waarop u te werk gaat?
5. In hoeverre worden burgers betrokken bij het leveren van de dienst?
6. In hoeverre wordt u vanuit de organisatie gefaciliteerd om met de burger samen te werken in de verschillende fasen van de dienstverlening?
  - a. Kunt u hier voorbeelden van geven?
7. Welke houding en/of werkwijze neemt u zelf aan tijdens de verschillende fasen van de dienstverlening met de burger?
8. Heeft u gevallen meegemaakt waarbij de burger niet in staat was om bij te dragen aan het leveren van de publieke dienst en zo ja, hoe speelde u hierop in?
9. In hoeverre vindt er afstemming plaats met andere professionals (mensen die optreden namens een bepaalde organisatie) om de dienst te kunnen verlenen?
  - a. Wat is de reden waarom u met deze personen samenwerkt?
  - b. Hoe staat dit in relatie tot Positieve Gezondheid zoals eerder door u benoemd?

*Afsluiting: dit waren al mijn vragen. De volgende stap die ik ga zetten is het uitwerken van het interview (optioneel: afspreken dat het interviewverslag via de mail wordt toegestuurd indien de respondent geen toestemming heeft gegeven om het gesprek in audio op te nemen). Ik wil u hartelijk bedanken voor uw medewerking.*

#### 1.3. Topic lijst contactambtenaren gezondheid

- Kijk op gezondheid
  - 6 dimensies en 32 aspecten
- Interactieve beleidsvorming
  - Invloed burger bij het opstellen van beleid
  - Rol gemeente bij het opstellen van beleid
  - Niet iedere burger kan en/of wil participeren

- Informele burgerinitiatieven
  - Burgers zijn inhoudelijk leidend
  - Burgers zijn procesmatig leidend
  - Rol overheid ten aanzien van de initiatieven
  - Niet iedere burger kan en/of wil een initiatief initiëren
- Beleidsnetwerken
  - Onderlinge afhankelijkheid
  - Verscheidenheid aan actoren met eigen doelen
  - Interacties tussen actoren
  - Aanwezigheid regels
  - Rol overheid in het netwerk
- Coproductie
  - Voorbeeld navragen

#### 1.4. Topic lijst uitvoerders (publieke dienstverleners)

- Positieve Gezondheid
  - 6 dimensies en 32 aspecten
- Coproductie
  - Co-commissioning
  - Co-design
  - Co-delivery (implementatie)
  - Co-assessment
  - Aansluiting taak bij kerndiensten organisatie
  - Faciliterende houding en werkwijze overheidsorganisatie
  - Afstaan taken en verantwoordelijkheden professional
  - Niet iedere burger kan en/of wil coproduceren
- Dienstverleningsnetwerken
  - Onderlinge afhankelijkheid

Bijlage 2: gemiddelde scores per aspect (inclusief informatie over de aspecten)

Tabel 1 van de bijlage: gemiddelde scores per aspect (overgenomen van Huber, 2014, p.77)

Aspects per dimension	N	Mean ± SD*	'Don't know'
1.1 ... a medical check shows no abnormal results	1922	7.07±1.86	16
1.2 ... giving a healthy impression (colour/eye expression/ attitude)	1924	6.75±1.78	14
1.3 ... having an age-appropriate physical capacity to function	1927	7.67±1.26	11
1.4 ... not being plagued by complaints of pain	1921	7.59±1.41	17
1.5 ... feeling energetic	1923	7.77±1.22	15
<b>Total of dimension 1: Bodily functions</b>	<b>1897</b>	<b>7.37±1.03</b>	<b>41</b>
2.1 ... being mentally competent and able to think clearly	1923	7.69±1.45	15
2.2 ... being in a positive mood	1932	7.14±1.59	6
2.3 ... having self-confidence	1929	7.00±1.68	9
2.4 ... having a grip on his/her life	1928	7.41±1.49	10
2.5 ... being able to manage personal circumstances.	1925	7.38±1.53	13
<b>Total of dimension 2: Mental functions &amp; perception</b>	<b>1910</b>	<b>7.32±1.30</b>	<b>28</b>
3.1 ... being able to find meaning in life	1908	6.80±1.83	30
3.2 ... being able to do fulfilling activities	1913	6.90±1.77	25
3.3 ... having ideals and live for them	1917	6.58±1.94	21
3.4 ... having confidence in the future	1918	6.88±1.81	20
3.5 ... being able to accept and be satisfied with life	1920	7.21±1.74	18
<b>Total of dimension 3: Spiritual/existential dimension</b>	<b>1882</b>	<b>6.87±1.58</b>	<b>56</b>
4.1 ... experiencing a good quality of life	1927	7.71±1.24	11
4.2 ... feeling happy most of the time	1929	7.28±1.46	9
4.3 ... being able to enjoy life	1931	7.42±1.52	7
4.4 ... feeling healthy	1932	7.80±1.13	6
4.5 ... flourishing	1930	7.62±1.31	8
4.6 ... having a zest for life	1933	7.59±1.33	5
4.7 ... being well-balanced	1926	7.45±1.46	12
<b>Total of dimension 4: Quality of life</b>	<b>1914</b>	<b>7.56±1.13</b>	<b>24</b>
5.1 ... being able to maintain social contacts	1929	7.07±1.63	9
5.2 ... having sufficient supportive relationships	1928	6.91±1.73	10
5.3 ... not experiencing loneliness	1932	7.03±1.72	6
5.4 ... feeling accepted in the social environment	1928	7.00±1.74	10
5.5 ... participating in society	1925	6.77±1.75	13
5.6 ... doing work (paid or unpaid ) that is perceived as meaningful	1916	6.73±1.99	22
<b>Total of dimension 5: Social &amp; societal participation</b>	<b>1900</b>	<b>6.92±1.56</b>	<b>38</b>
6.1 ... being able to wash and dress oneself (basic ADL)	1927	7.54±1.52	11
6.2 ... being able to run the personal household (e.g. cooking, cleaning, managing money)	1930	7.20±1.59	8
6.3 ... being able to work (paid or unpaid)	1925	6.87±1.78	13
6.4 ... being able to understand medication instructions and follow them (health literacy)	1923	6.95±1.80	15
<b>Total of dimension 6: Daily functioning</b>	<b>1916</b>	<b>7.14±1.43</b>	<b>22</b>

### Bijlage 3: gemeentenummers

In de onderstaande tabel wordt inzichtelijk gemaakt welke gemeentenummers bij welke respondenten en documenten horen. Deze gemeentenummers komen ook terug in de bronnenlijst, om de anonimiteit te kunnen waarborgen. Ondanks dat de respondenten en documenten gezamenlijk in één tabel zijn geplaatst, wordt in de tekst – indien afzonderlijk een respondent of document wordt aangehaald – waar mogelijk naar het gemeentenummer verwezen. Een voorbeeld ter illustratie: indien document H afzonderlijk aan bod komt, wordt gesproken over gemeente 10.

Tabel 2 van de bijlage: overzicht gemeentenummers

Respondentnummer	Bijpassend documentnummer	Gemeentenummer*
Respondent1	Afwezig	Gemeente 1
Respondent2	DocumentA + DocumentB	Gemeente 2
Respondent3	DocumentC	Gemeente 3
Respondent4	Afwezig	Gemeente 4
Respondent5	DocumentD	Gemeente 5
Respondent6	DocumentE	Gemeente 6
Respondent7	Afwezig	Gemeente 7
Respondent8	DocumentL (de auteurs van dit document zijn P2 en provincie Limburg)	Gemeente 8
Respondent9	DocumentF + DocumentG	Gemeente 9
Respondent10	DocumentH + DocumentI	Gemeente 10
Respondent11	Afwezig	Gemeente 11
Respondent12	DocumentJ	Gemeente 12
Respondent13	Afwezig	Gemeente 13
Respondent14	DocumentF	N.v.t.**
Respondent15	DocumentF	N.v.t.
Respondent16	DocumentI	N.v.t.
Respondent17	DocumentC	N.v.t.
Respondent18	Afwezig	N.v.t.

\*Document J behoort ook tot de gemeente Weert. Deze gemeente wordt aangeduid met nummer 14. Van de gemeente Mook en Middelaar is ook alleen een beleidsdocument gehanteerd, te weten document K. Deze gemeente wordt aangeduid met nummer 15.

\*\*De respondenten 14 t/m 18 betreffen publieke dienstverleners. Deze mensen zijn werkzaam voor de eerder benoemde gemeenten. Om verwarring te voorkomen, is ervoor gekozen de publieke dienstverleners niet aan een gemeentenummer te verbinden.