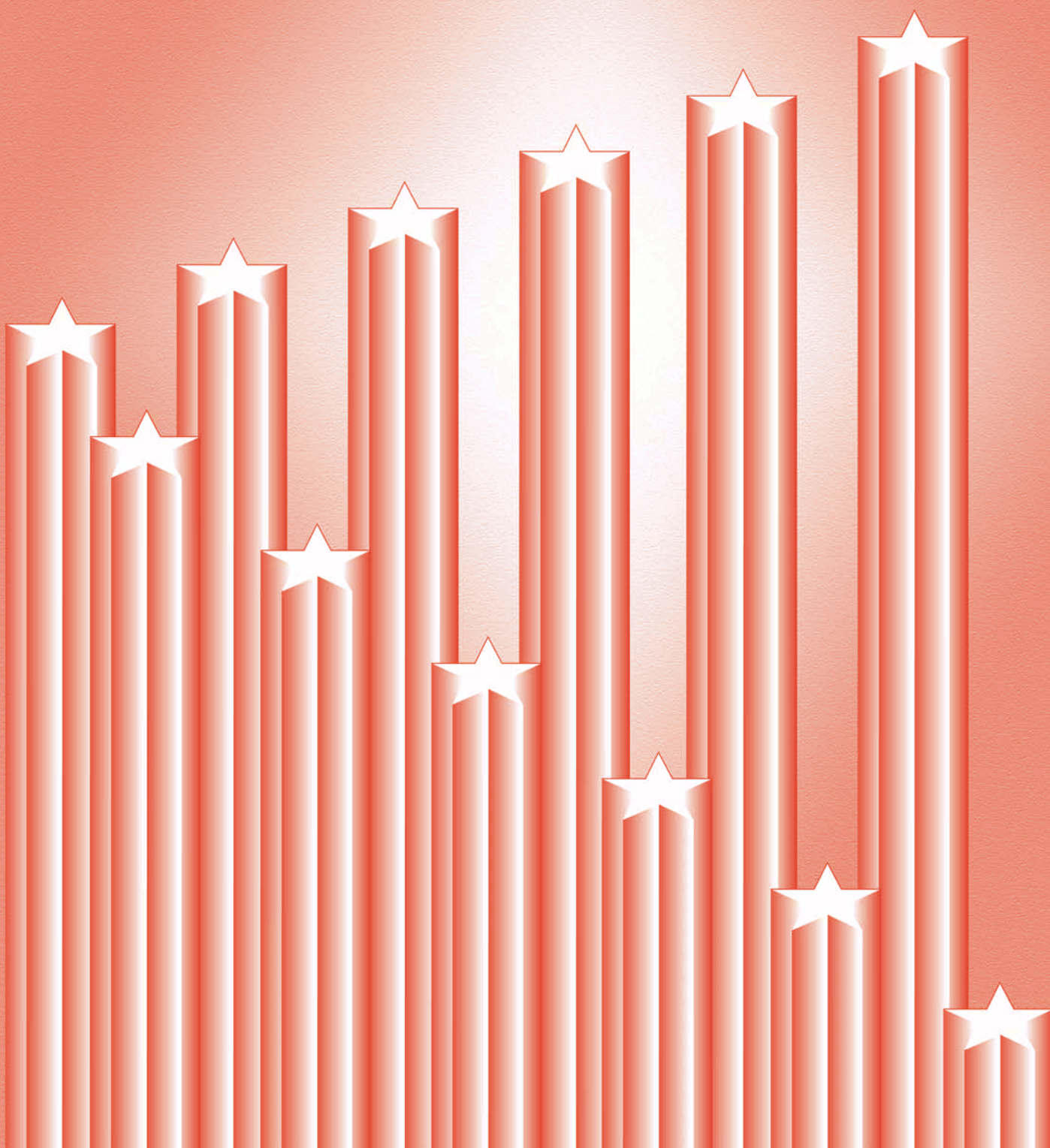


**European Policy  
Health Impact Assessment**



**Gezondheidseffectedchatting  
van Europees Beleid**



**EEN LEIDRAAD**

## Dankbetuiging

De Projectgroep bedankt de leden van de Begeleidingscommissie voor hun bijdrage aan de totstandkoming van dit rapport. In het bijzonder:

### Functionaris van de WHO, Genève:

Carlos Dora, WHO, Genève

### Overheidsfunctionarissen:

John Devlin, Ministerie van Volksgezondheid en Jeugd, Ierland

Paul Marshall, Ministerie van Volksgezondheid, Engeland (2001-2003)

Colleen Williams, Ministerie van Volksgezondheid, Engeland (2004)

Yvonne de Nas, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Nederland

Hans Stein, Ministerie van Volksgezondheid, Duitsland (inmiddels met pensioen)

### Europese Commissie:

Henriette Chamouillet, DG SANCO

Anna Hedin, DG SANCO

Michael Hubel, DG SANCO

Lyndsay Mountford, DG SANCO

John Ryan, DG SANCO

Juergen Schefflein, DG SANCO

### Niet-overheidsorganisatie:

Andrew Hayes, European Public Health Alliance (EPHA)

Onze grote dank gaat tevens uit naar het grote aantal toegevoegde leden van de Begeleidingscommissie, die eveneens aan het project hebben bijgedragen.

Daarnaast gaat onze welgemeende dank uit naar de projectbeheerders, Fran Bailey en Chris McLoughlin.

## PROJECTGROEP

### IMPACT, Universiteit van Liverpool, **ENGELAND**

Debbie Abrahams

Andy Pennington

Alex Scott-Samuel

### Instituut voor Volksgezondheid, **IERLAND**

Cathal Doyle

Owen Metcalfe

### RIVM, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven, **NEDERLAND**

Lea den Broeder

### Ioegd, Instituut voor Volksgezondheid, Bielefeld, **DUITSLAND**

Fiona Haigh

Odile Mekel

Rainer Fehr

# Gezondheidseffetschatting van Europees Beleid

## EEN LEIDRAAD

### Inhoudsopgave

Dankbetuiging	
<b>1 Inleiding</b>	<b>2</b>
<b>2 Het project GES van Europees beleid</b>	<b>3</b>
<b>3 Kernconcepten en –beginselen voor EPHIA</b>	<b>4</b>
3.1 Gezondheid en welzijn	4
3.2 Wat is een Gezondheidseffetschatting?	6
3.3 De beginselen van de EPHIA-methode	6
3.4 GES en gezondheidsverschillen	6
3.5 EPHIA-typen	7
Desk-based EPHIA	7
Rapid EPHIA ( <i>Bijlage</i> )	7(23)
In-depth EPHIA	7
<b>4 EPHIA-procedures en -methoden</b>	<b>8</b>
4.1 Screening	8
4.2 Scoping	8
4.3 Beoordeling	10
Beleidsanalyse	11
Bevolkingsprofiel	11
Kwalitatieve en kwantitatieve gegevensverzameling	13
Effectanalyse	16
Prioritering van effecten	19
Opstellen van aanbevelingen	20
Procesevaluatie	20
4.4 Rapportage van gezondheidseffecten en beleidsopties	21
4.5 Monitoring	21
4.6 Evaluatie	21
<b>Literatuurlijst</b>	<b>22</b>
<b>Bijlage Rapid EPHIA</b>	<b>23</b>

### Overzicht van tabellen en figuren

<b>Figuur 3.1</b>	De belangrijkste determinanten van gezondheid	4
<b>Tabel 3.1</b>	Voorbeelden van specifieke gezondheidsdeterminanten	5
<b>Kader 3.1</b>	Gezondheidsverschillen	7
<b>Kader 3.2</b>	Richtlijnen voor de keuze van het type EPHIA	7
<b>Figuur 4.1</b>	Schematische weergave van een EPHIA	8
<b>Tabel 4.1</b>	Belanghebbenden en sleutelinformanten	9
<b>Kader 4.1</b>	Voorbeeld van criteria en vragen voor een beleidsanalyse	11
<b>Kader 4.2</b>	Voorbeelden van indicatoren	12
<b>Kader 4.3</b>	Aanpassing van het bevolkingsprofiel	12
<b>Kader 4.4</b>	Soorten bewijzen uit de literatuur	13
<b>Kader 4.5</b>	Voorbeelden van selectiemethoden	14
<b>Tabel 4.2</b>	Voorbeeld van een instrument	15
<b>Kader 4.6</b>	Voorbeelden van kwalitatieve methoden voor het bereiken van consensus	16
<b>Tabel 4.3</b>	Voorbeeld van een gezondheidseffectmatrix	17
<b>Figuur 4.2</b>	Voorbeeld van een causaal web voor flexibele vormen van arbeid	18
<b>Kader 4.7</b>	Het kwantificeren van gezondheidseffecten: een voorbeeld	19
<b>Tabel 4.4</b>	Veranderingen in de gezondheidstoestand	19
<b>Kader 4.8</b>	Voorbeeld van meerdere opties voor een aanbeveling	20
<b>Kader 4.9</b>	GES-evaluatie-instrument	20
<b>Kader 4.10</b>	Effectevaluatie-instrument: een voorbeeld	21

Naar aanleiding van een uitnodiging tot inschrijving in 2001 (2001/c147/06) heeft het Directoraat-Generaal Gezondheids- en Consumentenbescherming (DG-SANCO) van de Europese Commissie een contract toegekend aan een team van volksgezondheidsdeskundigen uit Engeland, Duitsland, Ierland en Nederland. De opdracht was het ontwikkelen van een algemene methode voor gezondheidseffectschatting (GES), die kan worden gebruikt bij de beleidsontwikkeling binnen de EU.

Het project sluit aan bij de verplichting van de Europese Raad ingevolge artikel 152 van het Verdrag van Amsterdam (EG, 1999), namelijk het waarborgen van de volksgezondheid bij de ontwikkeling en uitvoering van EU-beleid.

Daarnaast sluit het aan bij één van de doelstellingen van de Volksgezondheidsstrategie van de EU (EU, 2002), te weten het uitvoeren van pilot-projecten voor de ontwikkeling en toepassing van GES-methoden om de effecten van beleid en activiteiten van de EU op de volksgezondheid te beoordelen. Het project "Gezondheidseffectschatting van Europees Beleid" is zo'n project.

Dit document is opgesteld ten behoeve van de Europese Unie en de Europese instellingen en biedt een leidraad voor het beoordelen of laten beoordelen van de effecten van EU-beleid op de menselijke gezondheid. Dit rapport is eveneens bruikbaar bij de ontwikkeling van EU-beleid op het niveau van de Lidstaten, voor GES-uitvoerders en -opdrachtgevers.

### Het document:

- Geeft een overzicht van de kenmerken van deze algemene GES-methode, de zogenaamde "EPHIA" (European Policy Health Impact Assessment);
- Geeft een samenvatting van het project GES van EU-beleid en van de wijze waarop EPHIA werd samengesteld, aangestuurd en gewijzigd;
- Geeft een beschrijving van de concepten en beginselen die aan de EPHIA-methode ten grondslag liggen;
- Geeft stap voor stap een uitleg over de procedures en methoden en omschrijft het doel, de benodigde vaardigheden en de resultaten. Ook worden in het rapport voorbeelden gegeven van methoden en instrumenten die uit EPHIA-pilots zijn voortgekomen.

### **Doel van het project was:**

- Het samenstellen van een algemene methode voor GES van Europees beleid en Europese activiteiten;
- Deze GES-methode toe te passen op specifiek EU-beleid;
- De resultaten en de van het project geleerde lessen te verspreiden door middel van seminars, publicaties en voorlichtingsbijeenkomsten.

### **De concrete doelstellingen van het project waren:**

- Het verzamelen en beoordelen van bestaande GES-methoden en -technieken;
- Het samenstellen van een algemene methode voor de GES van beleid;
- Het testen en verfijnen van de nieuwe GES-methode;
- Het formuleren, screenen en selecteren van EU-beleid voor GES;
- Het toepassen van de nieuwe GES-methode op het geselecteerde EU-beleid;
- Het verspreiden van de resultaten van de GES-sen en van de omtrent GES geleerde lessen inzake EU-beleid onder EU-beleidsmakers en onder de lidstaten.

### **Bij de ontwikkeling van de algemene methode voor de GES van EU-beleid is gekozen voor een systematische en nauwgezette benadering, bestaande uit de volgende fasen:**

- Uitgebreide zoekactiviteiten naar en verzameling van GES-documenten;
- Ontwikkeling van een raamwerk om het verzamelde materiaal te beoordelen;
- Beoordeling en rangschikking van GES-documenten met gebruikmaking van het genoemde raamwerk;
- Ontwikkeling van een concept van de EPHIA-methode op basis van het verzamelde GES-materiaal;
- Selectie van het Europees Werkgelegenheidsbeleid als pilot-beleid voor het testen van de conceptmethode, na een uitgebreide selectieprocedure;
- Uitvoering van pilot-GES-sen in vier landen en op EU-niveau met gebruikmaking van de conceptmethode voor EPHIA;
- Systematische evaluatie van de conceptmethode voor EPHIA naar aanleiding van de ervaringen gedurende de pilot-GESsen;
- Verfijning van de EPHIA-methode na afloop van de GES-pilots.

### 3.1 Gezondheid en welzijn

Het is algemeen bekend dat gezondheid meer inhoudt dan de afwezigheid van ziektes of aandoeningen; gezondheid heeft immers ook betrekking op het lichamelijk, geestelijk, sociaal en spiritueel welzijn van mensen. Onlosmakelijk verbonden hiermee is het concept dat gezondheid en welzijn in elke levensfase worden beïnvloed door een complexe interactie tussen sociale en economische factoren, de fysieke omgeving en het individuele gedrag, alsmede door erfelijke factoren. Factoren als inkomen, werkgelegenheid, huisvesting, toegang tot basisdiensten zoals onderwijs en voorzieningen zoals winkels zijn *determinanten van gezondheid*. Zij oefenen namelijk invloed uit op de mate van gezondheid en welzijn ofwel de *gezondheidsuitkomsten*, zowel van individuele personen als van groepen. Dit concept van gezondheid en de factoren die erop van invloed zijn, wordt een sociaal model van gezondheid genoemd (Black et al, 1980; Acheson, 1998). De determinanten van gezondheid worden in Figuur 3.1 weergegeven als 'schillen' van invloed (Whitehead & Dahlgren, 1991). Dit sociale model van gezondheid is het onderliggende concept van EPHIA.

**Figuur 3.1 De belangrijkste determinanten van gezondheid**



Sommige groepen hebben structureel een betere of slechtere gezondheid dan andere. Deze zogenoemde gezondheidsverschillen weerspiegelen verschillen in blootstelling en risico's gedurende de levensduur, die samenhangen met sociaal-economische omstandigheden van deze groepen. Verschillen in blootstelling kunnen ook een verklaring bieden voor een deel van de gezondheidsverschillen op grond van etniciteit en geslacht.

Binnen elke hoofdcategorie gezondheidsdeterminanten bestaat een reeks specifieke gezondheidsdeterminanten. Enkele voorbeelden hiervan worden gegeven in tabel 3.1.

**Tabel 3.1 Voorbeelden van specifieke gezondheidsdeterminanten**

Categorieën gezondheidsdeterminanten	Specifieke gezondheidsdeterminanten
<p>Sociaal-economische, culturele en omgevingsfactoren</p>	<p>Internationaal, nationaal en lokaal overheidsbeleid (bijvoorbeeld beleid inzake economie, volksgezondheid, werkgelegenheid, onderwijs, defensie, transport, volkshuisvesting, buitenland, immigratie en welvaart);                      Internationale, nationale en lokale overheidsdiensten of openbare voorzieningen (bijv. nooddiensten, politie, gezondheidszorg en sociale hulpverlening, immigratie, onderwijs, transport, welzijn, kinderverzorging, vrije tijd);                      Sociaal-culturele normen en waarden (bijvoorbeeld discriminatie of angst hiervoor, houdingen ten opzichte van verschillende bevolkingsgroepen, gelijkheid en rechtvaardigheid);                      Verhouding tussen overheid en burger.</p>
<p>Leef- en arbeidsomstandigheden</p>	<p>Huisvesting (bijvoorbeeld woonomstandigheden en beschikbaarheid van huisvesting);                      Arbeidsomstandigheden (bijvoorbeeld blootstelling aan gevaren);                      Kwaliteit van de lucht, het water en de grond;                      Geluid;                      Afvalverwerking;                      Energiegebruik en gebruik van hulpbronnen;                      Ruimtelijke ordening;                      Biodiversiteit;                      Toegang tot mensen, plaatsen en producten.</p>
<p>Sociale invloeden en invloeden uit de samenleving (sociaal-economische omgeving)</p>	<p>Sociale ondersteuning en integratie;                      Sociale uitsluiting;                      Gemeenschapsgeest;                      Betrokkenheid van burgers bij besluitvorming omtrent beleid;                      Werkgelegenheid (bijvoorbeeld beschikbaarheid en kwaliteit van arbeid);                      Onderwijs/opleiding (bijvoorbeeld beschikbaarheid en kwaliteit hiervan).</p>
<p>Individuele leefstijlfactoren</p>	<p>Persoonlijk gedrag (bijvoorbeeld voeding, lichaamsbeweging, roken, alcoholgebruik, drugsgebruik);                      Persoonlijke veiligheid;                      Deelname aan de arbeidsmarkt;                      Bereikt onderwijsniveau;                      Inkomen, met inbegrip van besteedbaar inkomen; zelfbewustzijn en zelfvertrouwen, "locus of control";                      Ideeën en meningen.</p>
<p>Biologische factoren</p>	<p>Leeftijd, geslacht, genetische factoren.</p>

### 3.2 Wat is een Gezondheidseffectedschatting?

Gezondheidseffectedschatting wordt gedefinieerd als een combinatie van procedures, methoden en instrumenten waarmee een beleidsvoorstel, programma of project beoordeeld kan worden naar zijn effecten op de gezondheid van een bevolking of bevolkingsgroep, en de verdeling van die effecten daarbinnen (Lehto & Ritsatakis, 1999). Het doel ervan is in kaart te brengen welke invloed een nieuw beleid, bijvoorbeeld op het gebied van werkgelegenheid of vervoer, zal hebben op gezondheidsdeterminanten, en welke effecten veranderingen van de determinanten vervolgens kunnen hebben op de gezondheid van de bevolking. De beoordeling van de verdeling van de effecten over de bevolking is van wezenlijk belang voor het analyseren van de potentiële effecten op gezondheidsverschillen. Terwijl de gezondheid gemeten naar de gemiddelde levensverwachting in geheel Europa verbetert, worden de gezondheidsverschillen tussen bepaalde groepen in de bevolking, bijvoorbeeld tussen welvarende en arme sociaal-economische groepen, groter.

EPHIA is erop gericht informatie te bieden ter ondersteuning van het beleidsvormingsproces, en dit proces te beïnvloeden. De toegevoegde waarde voor het Europees beleid is dat beleidsmakers in de gelegenheid zijn om de gezondheidseffecten van hun beleid te betrekken bij de beleidsontwikkeling.

### 3.3 De beginselen van de EPHIA-methode

De beginselen die aan EPHIA ten grondslag liggen, hebben veel weg van die welke bij andere GES-werkzaamheden zijn onderkend (bijv. Hirschfield et al, 2001; Douglas et al, 2001; Lehto & Ritsatakis, 1999) en komen in de gehele methode tot uiting.

EPHIA is een **samenwerkingsproces** waarvan de voordelen het beste kunnen worden gerealiseerd door middel van **gedeelde verantwoordelijkheid** van het Directoraat-Generaal (DG) dat het beleid voorstelt en van het DG SANCO. EPHIA is ontworpen met het oog op de **uitvoerbaarheid** ervan en de gekozen werkwijze voor elke beoordeling moet worden toegesneden op de beschikbare tijd en middelen. Het proces moet zo **democratisch** mogelijk zijn, waarbij de belangen van bevolkingsgroepen hetzij door vertegenwoordiging of wel door rechtstreekse **betrokkenheid** van burgers zelf tot uiting komen. EPHIA houdt zich bezig met de **terugdringing van gezondheidsverschillen** en moet de verdeling van gezondheidseffecten binnen de bevolking beoordelen. EPHIA moet **objectief** zijn bij het verzamelen van bewijzen van gezondheidseffecten en de gegevens moeten worden verzameld op basis van erkende kwaliteitsnormen voor onderzoek. EPHIA moet transparant zijn, met duidelijk geformuleerde methoden en procedures. De op basis van EPHIA opgestelde aanbevelingen moeten **uitvoerbaar** en haalbaar zijn en moeten betrekking hebben op zowel lange- als kortetermijneffecten.

### 3.4 GES en gezondheidsverschillen

EPHIA kan een aanzienlijke bijdrage leveren aan het terugdringen van gezondheidsverschillen, door beleidsmakers op de hoogte te brengen van de potentiële effecten van voorgesteld beleid op uiteenlopende bevolkingsgroepen.

Gezondheidsverschillen kunnen bij alle fasen en methoden van EPHIA een aandachtspunt zijn. Bij het opstellen van een bevolkingsprofiel moeten bijvoorbeeld gegevens worden verzameld over kwetsbare groepen in de bevolking, en over bevolkingsgroepen die specifiek door het beleid worden getroffen. Vertegenwoordigers van verschillende bevolkingsgroepen moeten als belanghebbenden en sleutelinformanten bij de GES worden betrokken. Bij de keuze van werkwijzen en instrumenten moeten overwegingen op het gebied van gezondheidsverschillen worden betrokken. Bij het gebruik van wiskundige modellen worden gegevens opgenomen van de gehele bevolking en van subgroepen in de bevolking. Ook bij het opstellen van een causaal web kunnen de verschillende groepen in de bevolking worden vergeleken. Voor de impact analyse geldt dat een analyse moet worden gemaakt voor de verschillende bevolkingsgroepen. Bij de prioriteiten en aanbevelingen moet tot slot rekening worden gehouden met de behoeften van alle bevolkingsgroepen. Het doel is het verbeteren van de gezondheid van de minst gezonde bevolkingsgroepen, tot het niveau van de gezondste bevolkingsgroepen. Ook dient aandacht uit te gaan naar sekseverschillen. In voorkomende gevallen moeten deze verschillen bij de verschillende fasen van de GES worden meegenomen.



## Kader 3.1 Gezondheidsverschillen

De term gezondheidsverschillen heeft betrekking op onrechtvaardige en verschillen in gezondheid tussen uiteenlopende bevolkingsgroepen. De term *sociaal-economische gezondheidsverschillen* heeft betrekking op het feit dat mensen met een lagere sociaal-economische status korter leven en een slechtere gezondheid hebben dan anderen. Een andere veelgebruikte term is *kwetsbare* groepen, waarmee mensen worden bedoeld die een groter risico lopen op aantasting van hun gezondheid. Kwetsbaarheid kan het gevolg zijn van leeftijd (kinderen, ouderen) of gezondheidssituatie (bijvoorbeeld chronisch zieken, zwangeren) of van een nadelige sociale (bijvoorbeeld deel uitmaken van een etnische minderheidsgroep) of economische situatie.

Voorts bestaan er verschillen op basis van sekse, die dwars door alle andere (gezondheids) verschillen heenlopen.

Bij de bespreking van gezondheidsverschillen moet niet alleen worden gekeken naar de gezondheidstoestand, maar ook naar risicofactoren zoals leefstijl (bijvoorbeeld roken of gebrek aan lichaamsbeweging).

De volgende subgroepen werden onder meer bij de EPHIA-pilot betrokken:

- Vrouwen
- Ouderen
- Mensen met een handicap
- Allochtonen
- Laagopgeleiden
- Alleenstaande ouders

## 3.5 EPHIA-typen

De methode kan op meer of minder diepgaande wijze worden toegepast. De keuze voor een bepaald beoordelingsniveau hangt af van de omstandigheden, bijvoorbeeld de beleidscontext, de beschikbare tijd en middelen en het doel van de GES. Hieronder beschrijven we drie mogelijke beoordelingsniveaus, namelijk Desk-based EPHIA, Rapid EPHIA en In-Depth EPHIA:

### Desk-based EPHIA

- Verschaft een globaal overzicht van mogelijke gezondheidseffecten;
- Kan worden toegepast in een vroeg stadium van beleidsontwikkeling (bijv. discussienota's) of indien beperkte tijd of middelen beschikbaar zijn;
- Betreft het verzamelen en analyseren van bestaande, makkelijk toegankelijke gegevens;
- Duurt ongeveer 2-6 weken (voor 1 GES-onderzoeker).

### Rapid EPHIA

- Is de meest gebruikte GES-aanpak;
- Verschaft meer gedetailleerde informatie over mogelijke gezondheidseffecten;
- Maakt een grondiger onderzoek naar gezondheidseffecten mogelijk, waardoor de betrouwbaarheid van de voorspelling van effecten groter wordt;
- Betreft het verzamelen en analyseren van bestaande gegevens plus een aantal nieuwe kwalitatieve gegevens van belanghebbenden en sleutelinformanten;
- Duurt ongeveer 12 weken (voor 1 GES-onderzoeker).

*Zie de bijlage voor een gedetailleerde handleiding voor Rapid EPHIA.*

### In-depth EPHIA

- Grondigste analyse van de effecten, maar het minst gebruikt – de "Gouden Standaard" van GES;
- Verschaft een complete beoordeling van potentiële gezondheidseffecten;
- Betreft het verzamelen en analyseren van gegevens met behulp van verschillende methoden en bronnen (kwantitatief en kwalitatief, inclusief participatie door belanghebbenden en/of hun vertegenwoordigers en sleutelinformanten);
- Duurt ongeveer 6 maanden (voor 1 GES-onderzoeker).

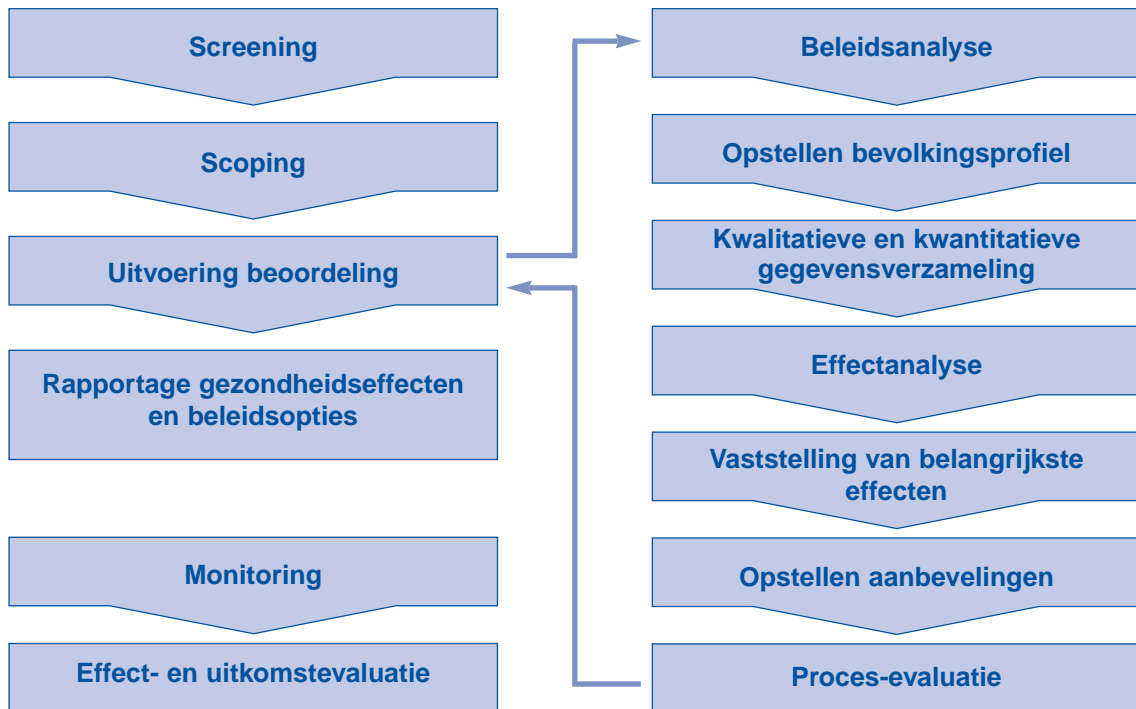
Kader 3.2 geeft een aantal vragen die helpen bij de beslissing welke EPHIA gehanteerd moet worden.

## Kader 3.2 Richtlijnen voor de keuze van het type EPHIA

1. Wanneer moet de EPHIA-rapportage gereed zijn?	Binnen 6 maanden: Desk-based EPHIA of Rapid EPHIA
2. Wie is/zijn de EPHIA onderzoeker(s)?	Indien in-house: waarschijnlijk Desk-based of Rapid EPHIA
3. Hoeveel geld is voor EPHIA beschikbaar?	Indien voldoende geld beschikbaar is, is er een grotere keuze aan GES-onderzoekers mogelijk alsmede een grondiger aanpak
4. Is het beleid kernbeleid (bijv. soort, onderwerp, investering)? Worden er ingrijpende beleidsvoorstellen gedaan?	Bij belangrijk beleid: In-depth EPHIA
5. Blijken uit de screening potentiële ingrijpende gezondheidseffecten als gevolg van de beleidsverandering?	Indien ja: In-depth EPHIA
6. Welke beleidsgegevens zijn beschikbaar en toegankelijk? Hoe kan het gezondheidseffect van het beleid worden aangetoond?	Meer gegevens: In-depth EPHIA
7. Wat is het niveau van politiek en/of publiek belang?	Groter belang: In-depth EPHIA

Figuur 4.1 toont de procedures en methoden waaruit EPHIA bestaat. Aan de linkerzijde staan de belangrijkste organisatorische handelingen die moeten worden verricht bij een gezondheidseffectschatting. Aan de rechterzijde staan de fasen en methoden die tijdens de feitelijke beoordeling worden gevolgd. Sommige fasen kunnen tegelijkertijd worden uitgevoerd, waarbij informatie uit een bepaalde fase kan worden gebruikt voor andere fasen.

**Figuur 4.1 Schematische weergave van EPHIA**



#### 4.1 Screening

Screening is de eerste fase voor het in kaart brengen van het beleid dat door middel van EPHIA wordt beoordeeld; hierbij wordt een snelle inschatting gemaakt van de potentiële effecten van het beleid op de gezondheid van de bevolking. Hiervoor zijn uiteenlopende instrumenten en checklists ontwikkeld, waaronder de screening-instrumenten van het Engelse Greater London Authority (GLA, 2001) en de *Merseyside Guidelines* (Scott-Samuel et al, 2001). De Europese Commissie kan hiervoor de *Preliminary Assessment Tool* (EC, 2002) gebruiken.

#### 4.2 Scoping

Scoping is de fase van het ontwerp en de planning van de GES. In het ideale geval wordt als eerste stap een bijeenkomst van een begeleidingscommissie belegd. Mogelijke leden van deze begeleidingscommissie zijn de beleidsmakers, andere belanghebbenden (individuele personen of groepen die belang hebben bij het beleid dat wordt beoordeeld), sleutelinformanten (deskundigen op het specifieke beleidsterrein) en de GES-onderzoekers. In tabel 4.1 is een aantal voorbeelden opgenomen. Aanbevolen wordt vast te leggen welke functie, samenstelling en rapportagetaken bij de commissie berusten.

Het is de taak van de begeleidingscommissie om het plan van aanpak voor de beoordeling vast te stellen, de GES-onderzoekers te benoemen en het GES-project te begeleiden. Na afloop van de scoping-fase ligt er een duidelijk omschreven opdracht

(plan van aanpak) voor de beoordeling, en is er een GES-onderzoeker of GES-team benoemd. Eventueel kan de opdrachtgever van de GES, bijvoorbeeld de beleidsmaker (initiator), een beoordelingsteam vragen om zelf een plan van aanpak te schrijven.

**Tabel 4.1 Belanghebbenden en sleutelinformanten bij de Engelse EPHIA-pilot over de Europese werkgelegenheidsstrategie**

(\*uitgenodigde leden van de begeleidingscommissie)

Categorie belanghebbende/sleutelinformant	Betroffener/Schlüsselinformant
Belanghebbende organisatie – volksgezondheid	Ministerie van Volksgezondheid*; Nationaal Bureau voor de Volksgezondheid (Health Development Agency)*; Arbeidsinspectie.
Belanghebbende organisatie – beleidsmakers	Ministerie van Werkgelegenheid en Pensioenen*; Ministerie van Onderwijs en Beroepsvaardigheden*; Ministerie van Handel en Industrie*.
Belanghebbende organisatie – beleidsrelevant	Ministerie van Milieu, Voedselvoorziening en Plattelandsontwikkeling; Bureau van de vice-Premier.
Belanghebbende organisatie – regionaal bestuur	Regionaal economisch ontwikkelingsbureau (NorthWest Development Agency).
Belanghebbende organisatie – sociale partners	Werkgeversorganisatie (Confederation of British Industry)*; Britse vakcentrale (Trade union Congress)*; Beroepsvereniging voor P&O -werkers ( <i>Chartered Institute of Personnel Development</i> ).
Belanghebbende organisatie (NGO) – speciale belangengroepen	Commissie voor Rassengelijkheid (Commission for Racial Equality); Commissie Gelijke Kansen (Equal Opportunities Commission); Commissie Gehandicaptenrechten (Disabilities Rights Commission); Commissie Lage Lonen (Low Pay Commission); Gepensioneerden-Universiteit (University of the Third Age); Nationale Centra voor Werk en Inkomen (National Unemployment Centres).
Sleutelinformanten – Werkgelegenheid & volksgezondheid	University College, Londen*; Europese Stichting tot Verbetering van de Levens- en Arbeidsomstandigheden (European Foundation for the Improvement of Working and Living Conditions).
Sleutelinformanten – Werkgelegenheid	Manchester Business School*; Instituut voor Werkgelegenheidsonderzoek.

Het plan van aanpak van de GES moet de opzet (bijv. doel, vraagstelling en methoden), reikwijdte (niveau van de beoordeling, geografische en tijdsbeperkingen, beleidscontext, meeteenheid), producten, middelen en het tijdschema omvatten. Het is de bedoeling dat dit een zich herhalend proces is, waarbij de begeleidingscommissie het plan van aanpak vaststelt en aanpast, bijvoorbeeld met de benoemde GES-onderzoekers.

Bij besluiten omtrent het niveau van beoordeling (diepte) moet rekening worden gehouden met de ingewikkeldheid van het beleid, het belang ervan en het stadium van de beleidsontwikkeling. Daarnaast zijn ook praktische overwegingen van invloed op het

beoordelingsniveau, zoals het bestaan van modellen voor het voorspellen van gezondheidseffecten, en de beschikbaarheid van gegevens en wetenschappelijk bewijs (evidence). In kader 3.2 staat een aantal vragen die helpen bij de keuze van het beoordelingsniveau. Voor zeer brede of ingewikkelde beleidsterreinen kan de opdrachtgever kiezen voor een GES gericht op specifieke aspecten van het desbetreffende beleid.

Als er een plan van aanpak ligt, is bekend over welke kennis en vaardigheden het beoordelingsteam moet beschikken. Na passende training kunnen de meeste Desk Top of Rapid GESsen van EU-beleid 'binnenshuis' worden verricht, d.w.z. door DG SANCO in combinatie met het voor het beleid verantwoordelijke DG. Voor een diepgaandere GES van EU-beleid moet waarschijnlijk een beroep worden gedaan op externe deskundigheid. In dergelijke gevallen is het belangrijk dat de leider van het onderzoeksteam deskundig is op het gebied van volksgezondheid, een GES-training heeft gevolgd en bij voorkeur ook ervaring heeft op het gebied van de uitvoering van GES. Andere benodigde vaardigheden of kennis hangen af van het type beleid alsmede van de diepgaandheid van de beoordeling.

### 4.3 Beoordeling

De methoden die hierbij worden gebruikt, worden hieronder beschreven. Een beoordelingsprocedure is een zich herhalend proces waarbij telkens wordt bijgeleerd. Elke fase hangt samen met de andere fasen en tijdens het proces kunnen bepaalde fasen deels gelijktijdig worden uitgevoerd.

De methoden voor gegevensverzameling en analyse variëren afhankelijk van de diepgaandheid van de EPHIA. In elke EPHIA worden bestaande gegevens verzameld en geanalyseerd; bij een In-Depth EPHIA worden echter ook nieuwe gegevens verzameld. Dit gebeurt met behulp van uiteenlopende kwantitatieve en kwalitatieve methoden. Bij deze laatste spelen belanghebbenden en/of hun vertegenwoordigers en sleutelinformanten een rol.

De implementatie van Europees beleid is een complex proces en pakt verschillend uit voor verschillende regio's of bevolkingsgroepen. Daarom kan de EPHIA-methode op verschillende niveaus worden toegepast om de potentiële gezondheidseffecten van het beleid te beoordelen. Bijvoorbeeld:

#### Optie 1 – Op Europees niveau

De gezondheidseffecten van het beleid kunnen worden geschat voor de Europese bevolking in haar geheel (EU-25 per april 2004). Deze benadering is geschikt voor een Desk Top EPHIA en voor beleid met naar verwachting relatief uniforme gezondheidseffecten.

#### Optie 2 – Op Europees en regionaal niveau

De gezondheidseffecten van EU-beleid zijn als gevolg van de uiteenlopende sociaal-economische en gezondheidssituaties in de verschillende Europese landen naar verwachting niet overal hetzelfde. In dat geval kan een regionale beoordeling (bijvoorbeeld Noord-, Zuid- en Oost-Europa) of 'selectieve' beoordeling (landen met de 'beste' of 'slechtste' niveaus voor belangrijke gezondheidsdeterminanten waarop het beleid invloed zal hebben, zoals werkgelegenheid) uitkomst bieden. Deze optie kan binnenshuis worden uitgevoerd door centraal beschikbare gegevens in te zien (bijvoorbeeld door middel van Eurostat) of door verschillende GES-onderzoekers uit geselecteerde Lidstaten bijeen te roepen.

#### Optie 3 – Op Europees niveau en op nationaal niveau

Gezien het beginsel van subsidiariteit binnen de EU is de Europese Commissie voor de uitvoering van haar beleid in grote mate afhankelijk van de Lidstaten. Soms is – gezien het belang van het beleid of de verscheidenheid tussen de Lidstaten – een beoordeling op het niveau van een lidstaat geschikter dan een regionale benadering.

## Beleidsanalyse

Het belangrijkste doel van een beleidsanalyse is input te verschaffen voor de opzet en herhaling van GES-activiteiten.

Uit de beleidsanalyse moeten de volgende aspecten naar voren komen:

- oogmerk, context en strategieën van het beleid;
- bevolkingsgroepen en subgroepen die, positief of negatief, worden beïnvloed door het beleid;
- sleutelinformanten en belanghebbenden;
- de relatie van het voorgestelde beleid tot ander beleid;
- de resultaten van evaluaties van ander, soortgelijk beleid.

De beleidsanalyse kan bestaan uit bestudering en analyse van drie soorten documenten:

- Het voorgestelde beleid en de ondersteunende documenten;
- Andere beleidsstukken en officiële documenten die betrekking hebben op het bestudeerde beleid;
- Gegevens over de sociale, economische, politieke, culturele en wetenschappelijke context van het beleid.

Beleidsanalyse levert tevens een bijdrage aan het genereren van gegevens voor het opstellen van een bevolkingsprofiel, de vragenlijst voor de belanghebbenden en interviews met sleutelinformanten en voor de onderwerpen voor literatuuronderzoek.

### Kader 4.1 Voorbeeld van criteria voor een beleidsanalyse en vragen die zijn gebruikt bij de EPHIA-pilot van het Europese werkgelegenheidsbeleid

#### Beleidsontwikkeling

Welke onderwerpen houden verband met het beleidsonderwerp, in dit geval werkgelegenheid in de EU?

Op welke wijze is het beleid geïnitieerd en ontwikkeld? Wie waren erbij betrokken, bijvoorbeeld beleidsnetwerken?

Op welke wijze vond de besluitvorming over de beleidsinhoud plaats?

#### Beleidsinhoud

Wat zijn de oogmerken van het beleid? Hoe zien de streefdoelen, interventies, tijdschema's en de financiering eruit? Wie worden door het beleid beïnvloed? Zijn de beleidsvoorstellen evidence-based? Welke waarden en theoretische modellen liggen aan het beleid ten grondslag?

#### Beleidsuitvoering

Wat zijn de kansen en uitdagingen voor doeltreffende en doelmatige uitvoering van het beleid, zoals communicatie, synergie tussen verschillende vormen van beleid, geschikte middelen, ondersteunende omgeving, politieke wil?

Wat zijn de politieke uitvloeisels van de uitvoering van het beleid, bijvoorbeeld bij verkiezingen?

#### Gezondheidsaspecten bij de beleidsplanning

Welke afwegingen zijn gemaakt op het gebied van gezondheidseffecten van het voorgestelde beleid?

Hoe ziet de relatie c.q. het interactiemodel tussen het beleidsonderwerp (hier werkgelegenheid) en de gezondheidsuitkomsten eruit? Waar zijn mogelijke aanknopingspunten voor interventie binnen dit interactiemodel?

## Bevolkingsprofiel

Het doel van het opstellen van een bevolkingsprofiel is een beeld te verschaffen van de gezondheids- en sociaal-demografische context van het beleid, om zo de potentiële gezondheidseffecten ervan, in het bijzonder op specifieke bevolkingsgroepen, beter te kunnen inschatten. Voor het opstellen van een bevolkingsprofiel moeten gegevens worden verzameld met betrekking tot een aantal indicatoren die naar verwachting relevant zijn voor de desbetreffende beleidsinhoud en de mogelijke effecten op de volksgezondheid of gezondheidsdeterminanten. Indicatoren zijn meetbare variabelen die de toestand van een gemeenschap of van personen of groepen binnen een gemeenschap weergeven. In het ideale geval bevat het bevolkingsprofiel trendmatige gegevens (tijdseries). Een set

indicatoren voor een bevolkingsprofiel kan indicatoren bevatten betreffende:

- Bevolking, zoals EU, lidstaat, deelgroepen van de bevolking;
- Gezondheidstoestand, bijvoorbeeld sterftcijfers, ervaren gezondheid, welzijn;
- Gezondheidsdeterminanten, zoals huisvestingsomstandigheden, werkgelegenheid, luchtkwaliteit, sociale steun, toegang tot gezondheidszorg, voeding en lichaamsbeweging.

#### Kader 4.2 Voorbeelden van indicatoren

Voorbeelden van *gezondheids*-indicatoren die zijn betrokken bij de pilot-GES van de Europese Werkgelegenheidsstrategie:

- Gezonde levensverwachting bij geboorte;
- Percentage gehandicapten onder de bevolking;
- Beroepsziekten.

Voorbeelden van indicatoren van *gezondheidsdeterminanten*:

- Bevolking naar beroepsklasse;
- Percentage werkloosheid/inactiviteit;
- Percentage werkenden;
- Trends in de werkgelegenheid;

Gegevens voor de geselecteerde indicatoren kunnen dikwijls worden gevonden in beschikbare internationale databases zoals EUROSTAT, databases van de OESO en de WHO en nationale databases.

**Enkele voorbeelden van databases die via het Internet kunnen worden geraadpleegd, zijn:**

EU-statistieken - Eurostat:

<http://europa.eu.int/comm/eurostat/Public/datashop/printcatalogue/EN?catalogue=Eurostat>

Website van de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO):

[http://www.oecd.org/statsportal/0,2639,en\\_2825\\_293564\\_1\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html](http://www.oecd.org/statsportal/0,2639,en_2825_293564_1_1_1_1_1,00.html)

Statistieken van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHOSIS):

<http://www3.who.int/whosis/menu.cfm>

Statistieken op nationaal niveau – United Nations Statistics Division (bevat links naar elke beschikbare nationale statistieken-site in en buiten Europa):

[http://unstats.un.org/unsd/methods/inter-natlinks/sd\\_natstat.htm](http://unstats.un.org/unsd/methods/inter-natlinks/sd_natstat.htm)

Indien een In-Depth EPHIA wordt uitgevoerd op zowel EU als nationaal niveau, waarbij ook nationale informatiebronnen worden geraadpleegd, is het van belang te letten op de vergelijkbaarheid van de indicatoren. De operationele definities van indicatoren moeten namelijk zoveel mogelijk gelijk zijn. Momenteel wordt gewerkt aan de samenstelling van een complete set indicatoren voor volksgezondheid, de *European Community Health Indicators* (ECHI), waarbij wordt geput uit verschillende gegevensbronnen; hierdoor zal de vergelijkbaarheid tussen data over de lidstaten in de toekomst beter worden.

De tijdens de beleidsanalyse en opstelling van het bevolkingsprofiel verzamelde informatie levert een duidelijker beeld op van de belangrijkste en meest relevante aspecten van het beleid in termen van gezondheid. Dit zal doorgaans leiden tot een meer precieze omschrijving van de focus van de GES. Soms blijken sommige indicatoren dan minder relevant te zijn en moeten nieuwe indicatoren worden toegevoegd. Het in eerste instantie opgestelde profiel moet derhalve tijdens de GES mogelijk worden aangepast.

#### Kader 4.3 Aanpassing van het bevolkingsprofiel: voorbeeld van de Nederlandse EPHIA van de Europese Werkgelegenheidsstrategie

In eerste instantie bevatte het gemeenschapsprofiel in de GES van de Europese Werkgelegenheidsstrategie een aantal basisindicatoren inzake demografie, gezondheidstoestand en werkgelegenheid. Een van de aandachtspunten die in Nederland tijdens de gegevensverzamelingsfase naar voren kwamen is het ontmoedigingsbeleid op het gebied van vervroegde uittreding. Daarom werden twee nieuwe indicatoren toegevoegd:

- Gemiddelde pensioneringsleeftijd;
- Percentage van de bevolking tussen de 55 en 65 jaar dat werkzaam is.

### Kwalitatieve en kwantitatieve gegevensverzameling

Gedurende de gegevensverzamelingsfase worden bewijzen van de effecten van het beleid op de gezondheidsdeterminanten en gezondheidsuitkomsten verzameld. Voor zover bij gezondheidseffectschattingen nieuwe gegevens worden gebruikt, worden die meestal verzameld door middel van *kwalitatieve* methoden. Het verzamelen van nieuwe *kwantitatieve* gegevens is vaak niet nodig of onpraktisch. Dikwijls kunnen reeds beschikbare bronnen zoals volksgezondheids- en milieurapportages worden gebruikt. Ook kunnen gegevens van eerdere studies nader worden geanalyseerd, bijvoorbeeld door modelleren. Een doeltreffende manier van gegevensverzameling is gebruik te maken van systematische reviews van onderzoeksuitkomsten. Wanneer deze niet beschikbaar zijn, kan literatuurstudie uitkomst bieden. In geval van een Desk Top EPHIA blijft de gegevensverzameling waarschijnlijk beperkt tot een literatuuronderzoek, terwijl bij een In-Depth EPHIA mogelijk meerdere methoden voor het genereren van nieuwe gegevens worden toegepast.

#### Kader 4.4 Soorten bewijzen uit de literatuur

Niet alle gegevens uit onderzoek vormen wetenschappelijk bewijsmateriaal. De kwaliteit en kracht van het bewijs hangen af van de onderzoeksaanpak; dit geldt voor kwalitatief onderzoek net zo goed als voor kwantitatief onderzoek. Het sterkste bewijs wordt geleverd wanneer verschillende onderzoeken worden gecombineerd in een systematische review. Hieronder staan de websites, waar zulke reviews te vinden zijn. Ze verschillen ten aanzien van het type onderzoek dat wordt besproken; York (Verenigd Koninkrijk) en Cochrane (internationaal) leggen de nadruk op onderzoek naar de effectiviteit van klinische interventies, terwijl Campbell de nadruk legt op onderzoek naar sociaal-economische interventies. Het Engelse *Health Development Agency* (HDA) onderzoekt de effectiviteit van interventies, bijvoorbeeld op het gebied van leefstijl of wijkverbetering, voor de volksgezondheid en gezondheidsverschillen.

Cochrane Centre <http://www.cochrane.org/index0.htm>

Campbell Collaboration <http://www.campbellcollaboration.org/>

Health Development Agency (HDA) <http://www.hda-online.org.uk/html/research/evidencebase.html>

Health Evidence Network <http://www.euro.who.int/HEN>

Medical Research Council [www.msoc-mrc.gla.ac.uk](http://www.msoc-mrc.gla.ac.uk)

University of York - Centre for Reviews and Dissemination <http://www.york.ac.uk/inst/crd/>

WHO <http://www.who.int/en/> WHO Europe <http://www.who.dk/>

Indien systematische reviews niet beschikbaar zijn, kan literatuuronderzoek worden uitgevoerd op relevante onderzoeken die uit een brede zoekopdracht naar voren komen (bijv. door middel van zoeken met de computer in een database). Literatuuronderzoek omvat een kritische analyse van de gevonden studies op betrouwbaarheid, bijvoorbeeld:

- Was de opzet van het onderzoek duidelijk omschreven?
- Zijn ethische overwegingen meegenomen, zoals tegengestelde belangen bij onderzoekers?
- Werden geschikte methoden en instrumenten gebruikt?
- Was de steekproefgroep en omvang juist?
- Zijn de resultaten duidelijk en goed gerapporteerd en besproken?
- Zijn de beperkingen van de studie vermeld?
- Kunnen de resultaten worden veralgemeniseerd?
- Houden de conclusies verband met de bevindingen?
- Zijn de implicaties van het onderzoek besproken?

## EPHIA-procedures en -methoden

Het doel van de participatieve, kwalitatieve benadering is het verzamelen van gegevens uit de ervaring, kennis, opinies en percepties bij de bevolking die door het beleid getroffen worden (belanghebbenden) alsmede deskundigen (sleutelinformanten).

Deze gegevens:

- geven een completer beeld van de reeks gezondheidsdeterminanten waarop het beleid invloed uitoefent;
- bieden gedetailleerd inzicht in de wijze waarop de genoemde actoren denken dat dit invloed heeft op de gezondheid en waarom;
- leveren een bijdrage aan het prioriteren van effecten;
- geven inzicht in gezondheidsverschillen.

Waar mogelijk moeten vertegenwoordigers van mogelijk door het beleid getroffen bevolkingsgroepen bij de EPHIA worden betrokken; dit trekt een grote wissel op de middelen en is daarom alleen mogelijk bij een Rapid EPHIA of In-Depth EPHIA. Het is belangrijk om belanghebbenden en sleutelinformanten goed te selecteren om een zo groot mogelijk aantal invalshoeken te verkrijgen. Voor het in kaart brengen en rangschikken van de belanghebbenden en het zekerstellen van de deelname van elke categorie kan bijvoorbeeld de *Political Mapping*-methode worden gehanteerd. In Kader 4.5 worden de methoden beschreven die – nadat de belanghebbenden en sleutelinformanten eenmaal in kaart waren gebracht - werden gebruikt voor de selectie van respondenten bij de EPHIA-pilot in het Verenigd Koninkrijk.

### Kader 4.5 Voorbeelden van selectiemethoden die bij de Engelse EPHIA-pilot van de Europese Werkgelegenheidsstrategie zijn toegepast

Voor het selecteren van de belanghebbenden en sleutelinformanten bij organisaties werd eerst doelgericht geselecteerd ('purposive sampling'), gevolgd door verdere selectie door middel van de sneeuwbalmethode.

Purposive sampling is een selectiemethode, gericht op het selecteren van een groep met specifieke kenmerken, bijvoorbeeld mensen die betrokken zijn bij de ontwikkeling en uitvoering van de werkgelegenheidsstrategie (waaronder de NAP EES Werkgelegenheidsrichtlijnen).

De sneeuwbalmethode wordt uitgevoerd door een initiële groep respondenten (belanghebbenden en sleutelinformanten bij organisaties) te vragen anderen aan te wijzen die dezelfde kenmerken bezitten (betrokkenheid of belang bij de werkgelegenheidsstrategie).

Bij kwalitatieve methoden voor het verzamelen van gegevens kan worden gedacht aan focusgroepen en gestructureerde of semi-gestructureerde interviews (bijv. Knodel,



1993). Bij de EPHIA-pilot van de Europese Werkgelegenheidsstrategie in het Verenigd Koninkrijk werden halfgestructureerde interviews gebruikt. Het hiervoor gebruikte instrument staat beschreven in tabel 4.2.

**Tabel 4.2 Voorbeeld van een instrument**

Werkgelegenheidsthema	Werkgelegenheids- en volksgezondheidsthema
<p>Werkloosheidstrends in het Verenigd Koninkrijk, bijv.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zwaarst getroffen bevolkingsgroepen? Waarom? Hoe?</li> <li>• Gevolgen voor de kwaliteit van het leven? Prioriteiten?</li> </ul>	<p>Gevolgen van werkloosheid op gezondheid en welzijn, bijv.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fysieke en psychosociale gezondheid/welzijn? Hoe (causaal verband)?</li> <li>• Zwaarst getroffen bevolkingsgroepen? Waarom?</li> </ul>
<p>Werkgelegenheidstrends in het VK, bijv.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Soorten werk?</li> <li>• Laagbetaald?</li> <li>• Betrokkenheid werknemers?</li> </ul>	<p>Gevolgen van werkgelegenheid op gezondheid en welzijn, bijv.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Soorten werk?</li> <li>• Sociaal-economische werkomgeving – laagbetaald, betrokkenheid?</li> <li>• Overige arbeidsomstandigheden?</li> <li>• Wie? Hoe?</li> </ul>
<p>Effectieve interventies voor de terugdringing van de werkloosheid, bijv. voor</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Langdurige werkloosheid?</li> <li>• Niet-werkenden?</li> </ul>	<p>Gevolgen van interventies voor de terugdringing van werkloosheid op gezondheid en welzijn, bijv.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Begeleiding WAO-gerechtigden?</li> <li>• Kinderopvang?</li> </ul>
<p>Effectieve werkgelegenheidsinterventies, bijv. voor</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verhoging van de productiviteit?</li> <li>• Meer innovatie?</li> </ul>	<p>Gevolgen van werkgelegenheidsinterventies op gezondheid en welzijn, bijv.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Flexibeler werken (werknemer) – evenwicht tussen werk en privéleven?</li> <li>• Flexibeler werken (werkgever) – werkgelegenheid?</li> <li>• Betrokkenheid werknemers?</li> </ul>
<p>Potentiële effecten van de Werkgelegenheidsrichtlijnen in het Verenigd Koninkrijk, bijv.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Doelstellingen van de EU -Richtlijnen?</li> <li>• Overige gezondheidsdeterminanten – gemiddeld inkomen, opleidingsniveau, enz.</li> </ul>	<p>Potentiële effecten van de Werkgelegenheidsrichtlijnen in het Verenigd Koninkrijk, bijv.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Doelstellingen van de EU -Richtlijnen: invloed op gezondheid en welzijn?</li> </ul>

Voor het bereiken van consensus kunnen aanvullende kwalitatieve methoden worden toegepast. Deze worden vermeld in kader 4.6.

#### Kader 4.6 Voorbeelden van kwalitatieve methoden voor het bereiken van consensus

##### Delphi-technieken

Met behulp van een postenquête met open vragen worden anoniem de reacties en meningen van een groot aantal mensen verkregen met betrekking tot bepaalde onderwerpen. De antwoorden worden geanalyseerd en in de vorm van een tweede vragenlijst met een beperkt aantal onderwerpen of opmerkingen voorgelegd aan een panel van deskundigen dat wordt gevraagd deze te rangschikken. De resultaten hiervan worden samengevat in een andere vragenlijst en aan de oorspronkelijke invullers voorgelegd die moeten aangeven in welke mate zij het met de beweringen eens zijn. Deze nieuwe ranglijsten worden geanalyseerd om de mate van consensus te bepalen; bij wezenlijke verschillen volgt een hernieuwde feedback-cyclus.

De meerdere rondes waarin dit plaatsvindt gaan via de post en niet persoonlijk; de deelnemers ontmoeten elkaar niet.

##### Panels voor het bereiken van consensus

Deze activiteiten worden ook wel consensus-conferenties genoemd. Er worden bijeenkomsten georganiseerd met panels van deskundigen op een bepaald gebied, met leken, of met gemengde groepen om specifieke onderwerpen te bespreken, meestal met het oogmerk beter inzicht in het onderwerp te verkrijgen of consensus te ontwikkelen. Naast persoonlijke bijeenkomsten kunnen ook "virtuele" bijeenkomsten worden gehouden, bijvoorbeeld door middel van discussiegroepen via e-mail.

##### Nominal group process

Het *Nominal group process* wordt ook wel "deskundigen-panel" genoemd. Deskundigen wordt voorafgaand aan de bijeenkomst gevraagd hun standpunt met betrekking tot bepaalde onderwerpen bekend te maken. Tijdens de bijeenkomst worden de resultaten samengevat en aan de deelnemers voorgelegd, tezamen met relevante bewijzen uit de literatuur. Tijdens deze bijeenkomst bespreken zij de resultaten en de verschillen. Na deze groepsbespreking wordt hen verzocht opnieuw hun standpunt te geven.

Voor het inschatten van de veranderingen op het gebied van gezondheidsdeterminanten of voor het kwantificeren van de toekomstige veranderingen in de gezondheidstoestand van bepaalde bevolkingsgroepen als gevolg van het beleid kan een aantal verschillende kwantitatieve benaderingen worden gehanteerd. Voorspellingen, scenario's en modelleren zijn beproefde methoden. Kwantitatieve gegevens kunnen ook worden gegenereerd met gebruikmaking van een participatieve aanpak, bijvoorbeeld consensus-panels. Voor het kwantificeren van gezondheidseffecten kan ook voor een gezondheidseconomische aanpak, zoals een kosten-batenanalyse, of 'bereidheid tot betalen', worden gekozen.

##### Effectanalyse

Het doel van een effectanalyse is het in kaart brengen en karakteriseren van de effecten met behulp van informatie uit de voorgaande fasen. Voor een effectanalyse moeten gegevens over de – kwalitatieve en kwantitatieve - effecten uit de verschillende gegevensbronnen worden samengebracht en moet worden gekeken naar:

- Gezondheidseffecten - de beïnvloede gezondheidsdeterminanten en de effecten hiervan op gezondheidsuitkomsten;
- Richting van de verandering – geeft een verbetering (+) of verslechtering (-) van de gezondheid aan;
- Schaal – ernst van de effecten (sterfte, ziekte/letsel en welzijn) en omvang/percentage van de getroffen bevolking (hoog, middel, laag);
- Waarschijnlijkheid van de effecten – zeker (uitsluitend retrospectieve GES), waarschijnlijk, mogelijk of speculatief, afhankelijk van de kracht van het bewijs (bijv. bewijs uit systematische reviews of meta-analyses) en aantal bronnen (bijv. literatuur, belanghebbenden/sleutelinformanten, documenten);
- Latentie – wanneer treden de effecten op – direct, of op korte, middellange of lange termijn.

Matrixen zijn visuele instrumenten voor het organiseren en structureren van bewijsmateriaal voor mogelijke gezondheidseffecten. In de effectmatrix worden de belangrijkste gezondheidseffecten samengevat. In tabel 4.3 wordt een voorbeeld gegeven van een transportproject.

**Tabel 4.3 Voorbeeld van een gezondheidseffectmatrix**

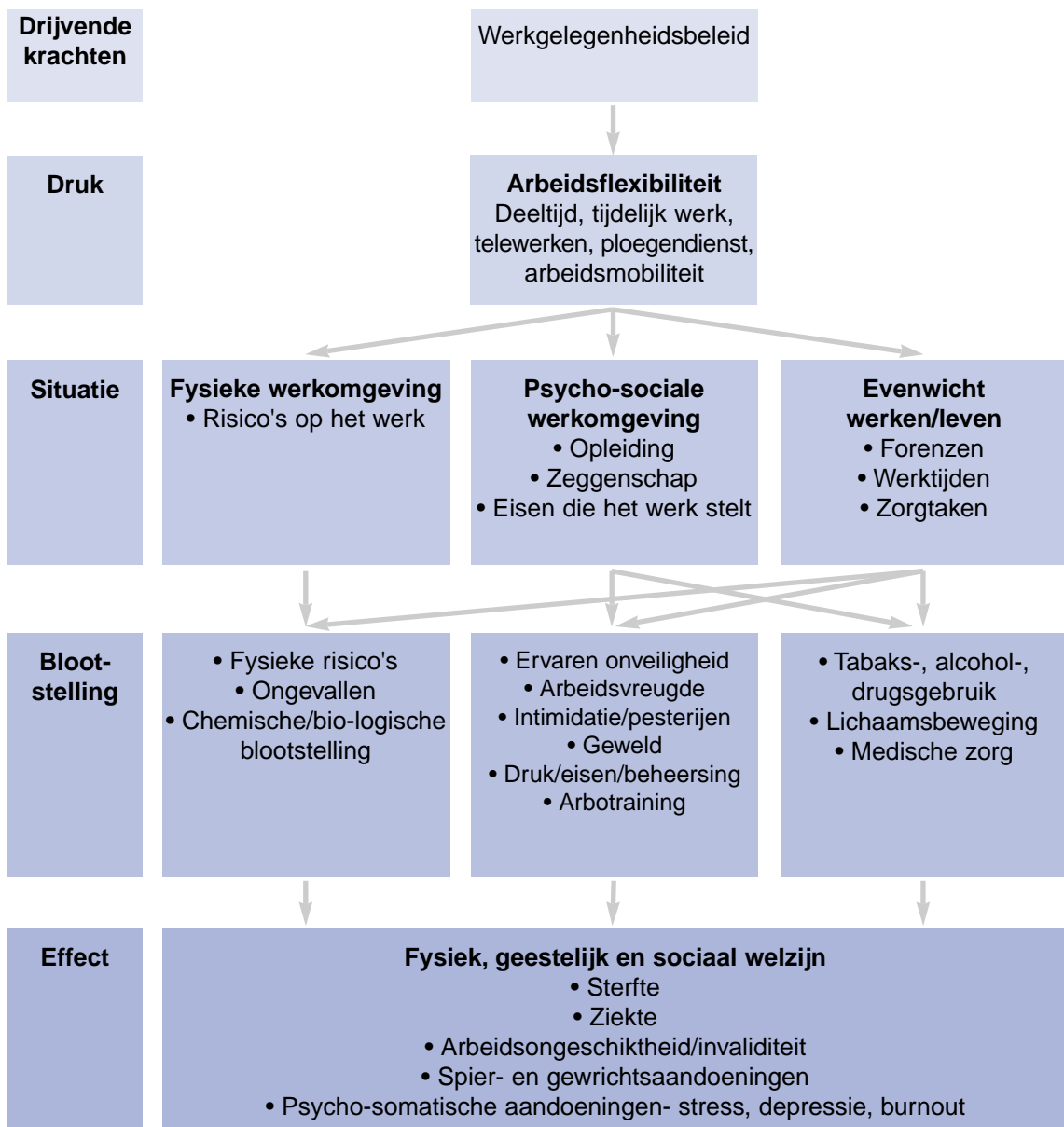
Potentiële gezondheidseffecten	Richting/schaal	Waarschijnlijkheid
<b>Bevolking</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terugdringing van de groei van het wegverkeer en van de files (Taken 2, 3, 4) Terugdringing van de groei van het wegverkeer en aanpak van het fileprobleem (voorspeld 1,052 in 2005) door bevordering van gezondere vervoerswijzen, verandering van het reisgedrag, beperkte toegang tot voertuigen en verandering van de verkeersstromen.</li> </ul>	++	Waarschijnlijk
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbetering van de luchtkwaliteit (Take 1-4) Terugdringing van de luchtverontreiniging door algemeen wegverkeer en door bussen (Taak 1) NO<sub>x</sub>, PMs, CO, VOCs</li> </ul>	+++	Waarschijnlijk
<p><i>Terugdringing van NO<sub>x</sub> tot binnen de NAQS</i> → Voorkoming van "sensibilisering" van astmatici, mensen met chronische longaandoeningen, voor de terugdringing van de kans op verminderde longfunctie en sterfte (WHO, 2003)</p>	+++	Waarschijnlijk
<p><i>Terugdringing van de productie van O<sub>3</sub> op grondniveau (afkomstig van NO<sub>x</sub> fotochemische oxidatie in aanwezigheid van VOC's) → vermindering van de kans op sterfte onder bijv. astmatici (+ 0,6% per 10 µg m<sup>-3</sup> gemiddelde O<sub>3</sub>-concentratie in 8 uur (boven drempelwaarde van 100 µg) m<sup>-3</sup>) (COMEAP, 1998)</i></p>	+++	Waarschijnlijk
<p><i>Terugdringing van PM's → vermindering van de kans op sterfte (+ 0,75% bij een toename van de PM-concentratie van 10 µg m<sup>-3</sup> (geen drempelwaarde)) (COMEAP, 1998)</i></p>	+++	Waarschijnlijk
<p><i>Terugdringing van luchtverontreiniging buitenshuis → voorkoming van longschade op de lange termijn.</i></p>	++	Waarschijnlijk
<p><b>Gezondheidsverschillen</b> CATCH levert een bijdrage aan de terugdringing van gezondheidsverschillen op het gebied van door het wegverkeer veroorzaakte luchtverontreiniging. Groepen die het kwetsbaarst zijn voor een slechte luchtkwaliteit: kinderen, zwangere vrouwen, mensen met hart- of longaandoeningen, ouderen, mensen met een allergische reactie op verontreinigende stoffen.</p>	++	Waarschijnlijk

Om de gevolgen voor gezondheidsverschillen te bestuderen, moet ook een analyse worden gemaakt op het niveau van de bevolking en deelbevolking. Hiervoor moet de gezondheid zijn vastgesteld van de onderzochte groepen ten opzichte van het gemiddelde van de totale populatie. De lokale factoren (gezondheidsdeterminanten) die gevolgen hebben voor de verschillende gezondheidstoestanden van elke bevolkingsgroep, moeten eveneens bekend zijn. Tot slot moet worden gekeken welke effecten het beleid op deze gezondheidsdeterminanten heeft.

## EPHIA-procedures en -methoden

De multicausale relatie van gezondheidseffecten kan ook visueel worden weergegeven in een 'causaal web'. Een 'causaal web' is ingewikkelder dan een traditionele analyse met één oorzaak en één uitkomst. Elk verband tussen twee oorzaken of tussen oorzaken en een gezondheidsuitkomst kan worden gekenmerkt door een functie. De combinatie van deze functies kan resulteren in een wiskundig model. Overigens is het niet altijd mogelijk het volledige model te kwantificeren.

**Figuur 4.2** Voorbeeld van een "causaal web" voor flexibele vormen van arbeid



Een effectanalyse vindt in de regel plaats in een aantal fasen. Eerst moeten bijvoorbeeld de kwalitatieve gegevens van de belanghebbenden en sleutelinformanten worden geanalyseerd en geïnterpreteerd voordat deze kunnen worden gecombineerd met bewijsmateriaal uit andere gegevensbronnen. Bij de EPHIA-pilot van het Verenigd Koninkrijk werd hiertoe een inhoudelijke analyse verricht door middel van analyse van trefwoorden, zinnen en thema's in documenten, interviewverslagen en notities.

Voor de voorspelling van mogelijke toekomstige veranderingen in de gezondheidstoestand als gevolg van beleid, kunnen scenario's worden gebruikt. Een aantal scenario's wordt vergeleken op hun potentiële gezondheidseffecten. Er worden minimaal twee scenario's uitgewerkt: een basisscenario voor de gezondheidssituatie zonder de uitvoering van het beleid op een vastgesteld tijdstip in de toekomst en een tweede scenario met volledige uitvoering van het beleidsvoorstel. Ook kunnen alternatieve scenario's met alternatieve beleidsopties worden ontwikkeld.

De scenario's kunnen worden toegepast op de tijdens de gegevensverzamelingsfase geformuleerde kwantitatieve modellen. Modelleren levert dan een schatting op van de omvang en richting van de potentiële gezondheidseffecten. Door alternatieve scenario's te gebruiken kunnen de effecten van de verschillende beleidsopties worden ingeschat.

**Kader 4.7 Het kwantificeren van gezondheidseffecten: een voorbeeld van de GES van de Europese werkgelegenheidsstrategie in Duitsland**

Voor de voorspelling van de omvang van potentiële gezondheidseffecten van arbeidscontracten voor bepaalde duur werden scenario's ontwikkeld en werd modelleren toegepast. Een in de literatuur vermelde odds ratio werd toegepast op de huidige situatie in Duitsland en op 3 toekomstscenario's. De scenario's bestonden uit een verschuiving van 5, 10 en 15% van de vaste aanstellingen naar tijdelijke contracten. Hieruit bleek dat een verschuiving naar meer tijdelijke arbeidscontracten zou leiden tot een verlechtere gezondheidstoestand bij honderdduizend tot vierhonderdduizend mensen per jaar.

**Tabel 4.4 Veranderingen in de gezondheidstoestand als gevolg van een verschuiving van vaste voltijdaanstelling naar voltijdaanstelling voor bepaalde duur in Duitsland**

Overgang van vaste contracten naar tijdelijke contracten	Aantal vaste krachten met slechte gezondheid (miljoen)	Aantal tijdelijke krachten met slechte gezondheid (miljoen)	Aantal veroorzaakt door overgang naar tijdelijk contract (miljoen)
Basis	5,6	1,1	0
5%	5,3	1,5	0,1 (99% CI 0.04 –0.22)
10%	5,0	1,9	0,2 (99% CI 0.07-0.44)
15%	4,7	2,3	0,4 (99% CI 0.11-0.66)

**Prioritering van effecten**

Bij de prioritering van effecten worden de belangrijkste potentiële gezondheidseffecten vastgesteld. Dit kan worden gerealiseerd met gebruikmaking van een scoremethode. Voor het bepalen van de score van de effecten kunnen de volgende criteria worden gehanteerd:

- Kracht van het (wetenschappelijk) bewijs, waarbij wordt gekeken naar gegevensbronnen/soorten (bijv. als er convergentie bestaat van bewijzen uit verschillende bronnen, wordt een hogere prioriteit toegekend);
- Waarschijnlijkheid van de effecten (bijv. wanneer de effecten zich waarschijnlijk zullen voordoen, wordt een hogere prioriteit toegekend);
- De schaal waarop de gezondheidseffecten voelbaar zijn (bijv. wanneer een groot deel van de bevolking wordt getroffen of de effecten ernstig zijn, wordt een hogere prioriteit toegekend);

Ernst/ bevolkingspercentage	Hoog	Middel	Laag
Overlijden	---- of +++++	--- of +++	-- of ++
Ziekte/letsel	--- of +++	-- of ++	- of +
Welzijn	-- of ++	- of +	verwaarloosbaar

- Bijdrage aan afname/toename van gezondheidsverschillen (bijv. wanneer de verschillen groter worden, wordt een hogere prioriteit toegekend);
- Relevantie voor bestaande gezondheidsprioriteiten en –doelen.

Benadrukt dient te worden dat "sterk" kwalitatief bewijs even belangrijk is als "sterk" kwantitatief bewijs. Sleutelinformanten en belanghebbenden kunnen bij het prioriteringsproces worden betrokken, bijv. door gebruikmaking van de in kader 4.6 vermelde benaderingen voor het realiseren van consensus.

Als het causale verband tussen gezondheidsdeterminanten en gezondheidsuitkomsten niet volledig is bewezen, maar wel sprake is van een grote consensus, mogen de maatregelen om de potentiële schadelijke effecten tegen te gaan niet worden uitgesteld.

### Opstellen van aanbevelingen

Met het prioriteringsproces kunnen voor effecten met de hoogste prioriteit aanbevelingen worden opgesteld. De aanbevelingen zijn voorstellen voor alternatieve en/of aanvullende maatregelen voor het beleid met het oog op het maximaliseren van gezondheidswinst en het zoveel mogelijk beperken van de nadelige gezondheidseffecten. Deze aanbevelingen moeten praktisch uitvoerbaar en haalbaar zijn en waar mogelijk aantoonbaar effect sorteren. Het kan zijn dat niet voor alle in kaart gebrachte effecten aanbevelingen nodig zijn.

Het opstellen van aanbevelingen is even belangrijk als het in kaart brengen van de effecten en hiervoor moeten de nodige middelen worden vrijgemaakt. Overigens zijn niet alle effecten per se omkeerbaar. Dat wil zeggen dat het achteraf wegnemen van een negatieve invloed niet altijd automatisch zal leiden tot een positief gezondheidseffect. Hiervan zijn voorbeelden gevonden aan de hand van de systematische beoordeling van de effecten van een betere huisvesting op de gezondheid (Thomson et al, 2002).

Het kan nuttig zijn meerdere mogelijkheden te presenteren; in kader 4.8 wordt hiervan een voorbeeld gegeven.

#### Kader 4.8 Voorbeeld van meerdere opties voor een aanbeveling

Beperking van de nadelige gezondheidseffecten van luchtverontreiniging door wegverkeer:

- Beperking van het wegverkeer – invoering van verkeersluwe zones;
- Beperking van de emissies van wegvoertuigen – bevordering van hybride en elektrische voertuigen;
- Bevordering van gezondere vervoerswijzen – lopen en fietsen;
- Ontwikkeling van lokale alarmeringssystemen voor luchtverontreiniging.

### Procesevaluatie

De procesevaluatie is gericht op het formuleren van de uit het GES-proces geleerde lessen ten behoeve van toekomstige GES-sen. In het ideale geval moet een evaluatieplan al bij de opzet van de GES worden meegenomen. In kader 4.9 wordt een voorbeeld gegeven van een evaluatie-instrument dat – na toepassing ervan op 5 pilots - op de EPHIA-methode is toegepast.

#### Kader 4.9 GES-evaluatie-instrument

Evaluatiecriteria – definities en vragen

**Doeltreffendheids criterium:** geplande outputs (als beschreven in de *Terms of Reference* van de GES) vergeleken met de feitelijke outputs:

In hoeverre waren de inputs in overeenstemming met de oorspronkelijke planning? Waarom?

In hoeverre zijn de geplande GES-outputs gerealiseerd? Waarom?

**Doelmatigheids criterium:** kosten (financieel, tijd, personeel) in verband met de feitelijke inputs en outputs: Hoeveel tijd is aan de GES besteed en door wie (niet alleen GES-onderzoekers)? Wat waren de desbetreffende in geld uitgedrukte kosten (salarissen, reiskosten, onkosten, e.d.)?

**Rechtvaardigheids criterium ('equity'):** nadruk op het terugdringen van gezondheidsverschillen: Waren kwetsbare groepen of hun vertegenwoordigers bij de GES betrokken? Waren gegevens over kwetsbare groepen vrij beschikbaar en toegankelijk? Bleek uit de effecten een ongelijke verdeling over verschillende bevolkingsgroepen en niet slechts een effect op kwetsbare groepen? Bevatten de aanbevelingen maatregelen voor het aanpakken van ongelijke verdeling van effecten?

#### 4.4 Rapportage van gezondheidseffecten en beleidsopties

Nadat de beoordeling is afgerond, de effecten in kaart zijn gebracht en aanbevelingen voor beleidsaanpassingen zijn opgesteld, moet een eerste ontwerprapportage met een beschrijving van het proces, de resultaten en opties voor beleidsaanpassingen bij de GES-begeleidingscommissie of GES-opdrachtgevers worden ingediend, alsmede bij de belanghebbenden en sleutelinformanten die bij de GES betrokken waren. Vervolgens zou na hun reacties een tweede onafhankelijke ontwerprapportage moeten worden gemaakt. Deze moet door een onafhankelijke instantie of persoon worden beoordeeld, bijvoorbeeld ten aanzien van de grondigheid van de gehanteerde methoden, de in kaart gebrachte effecten en de aanbevelingen. Ten slotte zou een definitief ontwerp aan de beleidsmakers moeten worden voorgelegd om aanpassingen van het beleid aan de orde te stellen.

De rapporteerfase is een zeer belangrijke stap in de GES omdat dit het mechanisme is voor het presenteren en bespreken van aanbevelingen. De presentatie en toon van de rapportage is van groot belang, evenals de inzet en betrokkenheid van de beleidsmakers. De politieke setting en beleidscontext alsmede de groepsdynamiek en de gemeenschappelijke waarden moeten hierbij in overweging worden genomen. Aandacht voor communicatie met de verschillende stakeholders, inclusief de beleidsmakers, moet in het algehele GES-proces worden ingebouwd.

#### 4.5 Monitoring

Dit houdt in het volgen van ontwikkelingen wat betreft de voorspelde gezondheidseffecten. Een manier om dit te doen is door gebruik te maken van Europese of nationale volksgezondheidsrapportages of –verkenningen.

#### 4.6 Evaluatie

Tot slot moeten in aanvulling op het EPHIA-evaluatieproces ook de potentiële uitkomsten van een volledige beoordeling worden geëvalueerd en gemonitord. Dit behelst:

- Effectevaluatie – de invloed van de beoordeling op de besluitvorming (kader 4.10);
- Evaluatie van de uitkomsten – evaluatie van de voorspelde gezondheidseffecten of effecten op determinanten van gezondheid.

Dit laatste is moeilijk vanwege de complexe, multi-causale aard; het is evenwel mogelijk om monitoringprogramma's (zie hierboven) op te zetten waarin een evaluatie van de aannames en voorspellingen uit de GES worden opgenomen.

#### Kader 4.10 Effectevaluatie-instrument: een voorbeeld

Hoe werd de GES in het beleidsontwikkelingsproces gebruikt?  
Hoe werd het beleidsvoorstel gewijzigd als gevolg van de GES?  
Werden de aanbevelingen geaccepteerd en overgenomen/uitgevoerd? Zo ja, hoe en wanneer; zo niet, waarom niet?  
Had de GES ook onbedoelde effecten? Zo ja, welke? Bijvoorbeeld nieuwe samenwerkingrelaties, aandacht voor volksgezondheid binnen andere beleidsvelden?

## Literatuurlijst

**Acheson, D.**, (1998). *Independent inquiry into inequalities in health report*. The Stationery Office, London

**Black, D., Morris, J., Smith, C., Townsend, P.** (1980). *Inequalities in health: report of a Research Working Group*. Department of Health & Social Security, London.

**Commission of the European Communities.** (2002). *A Decision of the European Parliament and of The Council, adopting a programme of Community action in the field of Public Health (2003-2008)*. EC, Brussel.

**Commission of the European Communities.** (2001) *Communication from the Commission to the European Parliament, The Council, The Economic and Social Committee and the Committee of the Regions: The Commissions' Work Programme for 2002*. EC, Brussel.

**Commission of the European Communities.** (2002) *Communication from the Commission on Impact Assessment*, EC, Brussel.

**Douglas, M., Conway, L., Gorman, D., Gavin, S., Hanlon, P.** (2001) *Developing principles for Health Impact Assessment*. Journal of Public Health Medicine, Vol. 23, 2, pp.148-154.

**European Community.** (2002) *Consolidated version of the Treaty establishing the European Community*. Official Journal of the European Communities 24-12-2002. EC, Brussel.

**Fehr, R.** (1999) *Environmental HIA: Evaluation of a 10-step model of HIA*. Epidemiology, Vol. 10, No. 5, pp. 618-625.

**Greater London Authority (GLA).** (2001) *Health Impact Assessment: A Screening Tool for the GLA*. GLA, London.

**Hirschfield, A., Abrahams, D., Barnes, R., Hendley, J., Scott-Samuel, A.** (2001) *Health Impact Assessment: Measuring the Effect of Public Policy on Variations in Health*. University of Liverpool, Liverpool.

**Knodel, J.** (1993) *The design and analysis of focus group studies: a practical approach*. In: Morgans, D. (ed), *Successful Focus Groups*, pp 35-50, Sage, London.

**Lehto, J., Ritsatakis, A.** (1999) *Health Impact Assessment as a tool for inter-sectoral health policy: a discussion paper for a seminar at Gothenburg, Sweden*. WHO, Brussel.

**Pennington, A., Elliot, I., den Broeder, L., Haigh, F., Mekel, O., Abrahams, D., Scott-Samuel, A., Fehr, R., Birley, M.** (2002) *HIA methodology: results from a search strategy*. Unpublished.

**Scott-Samuel, A., Birley, M., Ardern, K.** (2001) *The Merseyside Guidelines for Health Impact Assessment (2nd edition)*. IMPACT, Liverpool. [www.ihia.org.uk](http://www.ihia.org.uk).

**Thomson, H., Petticrew, M., Morrison, D.** (2002) *Housing Improvement and Health Gain: A systematic review*. MRC Social and Public Health Sciences Unit, Glasgow.

**Whitehead, M., Dahlgren, G.** (1991) *What can we do about inequalities in health?* The Lancet, 338, pp1059-1063.



## Rapid EPHIA

Een EPHIA kan snel worden uitgevoerd, zodat de beoordelaar op korte termijn kan rapporteren over de verwachte gezondheidseffecten van voorgesteld beleid. De EPHIA-methode biedt hiervoor een basis. Tijdens een snelle GES worden sommige fasen van de EPHIA-methode minder gedetailleerd uitgevoerd dan bij een In-Depth EPHIA of worden deze zelfs volledig overgeslagen.

Eén persoon kan alle taken uitvoeren. Voor intersectorale samenwerking is het echter beter om uit te gaan van samenwerking tussen een deskundige op volksgezondheidsgebied en een beleidsmaker vanuit het betreffende beleidsveld. Een snelle EPHIA vereist een input van ongeveer 120 uur door de GES-onderzoeker(s) en 2 uur door de sleutelinformanten. Omdat het tijd kost om contact op te nemen met sleutelinformanten, op bestelde literatuur moet worden gewacht en dergelijke, kan de volledige exercitie uitlopen tot 12 weken.

Nadat een **screening** is uitgevoerd om een beleid te selecteren, wordt een **scoping** uitgevoerd. Scoping kan behalve het plannen van de GES de instelling van een begeleidingscommissie inhouden. Bij voorkeur stelt men deze samen uit reeds bestaande groepen en/of eenvoudig te benaderen belanghebbenden en sleutelinformanten.

Bij de **uitvoering van de beoordeling** worden de eerste drie fasen minder gedetailleerd uitgevoerd dan bij een In-Depth EPHIA.

**Beleidsanalyse:** Lees het voorgestelde beleid en de ondersteunende documenten. Gebruik de volgende vragen om het beleid te analyseren:

- Wat is het doel van het beleid?
- Wat zijn de belangrijkste voorgestelde beleidsmaatregelen (doelen, interventies)?
- Wie zijn de belangrijkste belanghebbenden?
- Wat zijn de belangrijkste uitdagingen of kansen bij de uitvoering van het beleid?
- Welke gezondheidseffecten kunnen van het beleid worden verwacht?
- Zijn de gezondheidseffecten van het voorgestelde beleid bij het planningsproces meegenomen?

**Opstelling van een bevolkingsprofiel:** Gebruik hiervoor gemakkelijk toegankelijke gegevensbronnen, zoals databases op het Internet. Enkele voorbeelden:

- EU Statistiek - Eurostat:  
<http://europa.eu.int/comm/eurostat/Public/datashop/print-catalogue/EN?catalogue=Eurostat>
- Website van de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO):  
[http://www.oecd.org/statsportal/0,2639,en\\_2825\\_293564\\_1\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html](http://www.oecd.org/statsportal/0,2639,en_2825_293564_1_1_1_1_1,00.html)
- Het Statistische Informatie Systeem van de WHO (WHOSIS):  
<http://www3.who.int/whosis/menu.cfm>
- Nationale statistieken: [http://unstats.un.org/unsd/methods/inter-natlinks/sd\\_natstat.htm](http://unstats.un.org/unsd/methods/inter-natlinks/sd_natstat.htm).

**Kwalitatieve en kwantitatieve gegevensverzameling:** Het leeuwendeel van de gegevensverzameling bij een snelle EPHIA is literatuuronderzoek en –analyse, met bijzondere nadruk op reviews. Gebruik Internet-bronnen zoals:

- PubMed: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed/>
- WHO *library database* WHOLIS: <http://www.who.int/library/database/index.en.shtml>
- WHO Europa, *Health Evidence Network*: <http://www.euro.who.int/HEN>

Sleutelinformanten vormen een goede informatiebron voor mogelijke gezondheidseffecten en kunnen vaak doorverwijzen naar andere goede informatiebronnen. Sleutelinformanten vertegenwoordigen belanghebbenden en getroffen groepen of weten zeer veel over deze partijen. Raadpleging van sleutelinformanten kan op verschillende manieren plaatsvinden. Een vragenlijst per e-mail (max. 5 vragen) is de snelste manier.

## Bijlage

Enkele voorbeelden van mogelijke vragen zijn:

- Wat zijn de verwachte (positieve en negatieve) effecten van de beleidsmaatregelen op gezondheid en welzijn?
- Wat is de verwachte schaal van deze effecten (mate van de gezondheidseffecten en omvang van de bevolking die de effecten zal ondervinden)?
- Welke bevolkingsgroepen zullen naar verwachting de de effecten het sterkst ondervinden?
- Aan welke gezondheidseffecten moet de meeste aandacht worden besteed?
- Op welke wijze kan het beleid worden aangepast om iets aan de effecten te doen?

Een afspraak of (telefonisch) interview kan meer of gedetailleerdere informatie opleveren, maar kost ook meer tijd.

Bestaande wiskundige modellen kunnen worden gebruikt om de effecten te kwantificeren, maar er worden geen nieuwe modellen ontwikkeld. Input-gegevens moeten worden betrokken uit makkelijk toegankelijke bronnen. Een goede mogelijkheid is gebruik te maken van de bronnen die al geraadpleegd zijn voor het bevolkingsprofiel en het literatuuronderzoek.

**Effectanalyse:** Analyseer de verwachte gezondheidseffecten aan de hand van alle verzamelde informatie. Voor het documenteren van de uitkomsten kan bijvoorbeeld een matrix worden gebruikt. Hierbij speelt priorisering een rol.

### Tabel 1 Voorbeeld van een gezondheidseffectmatrix

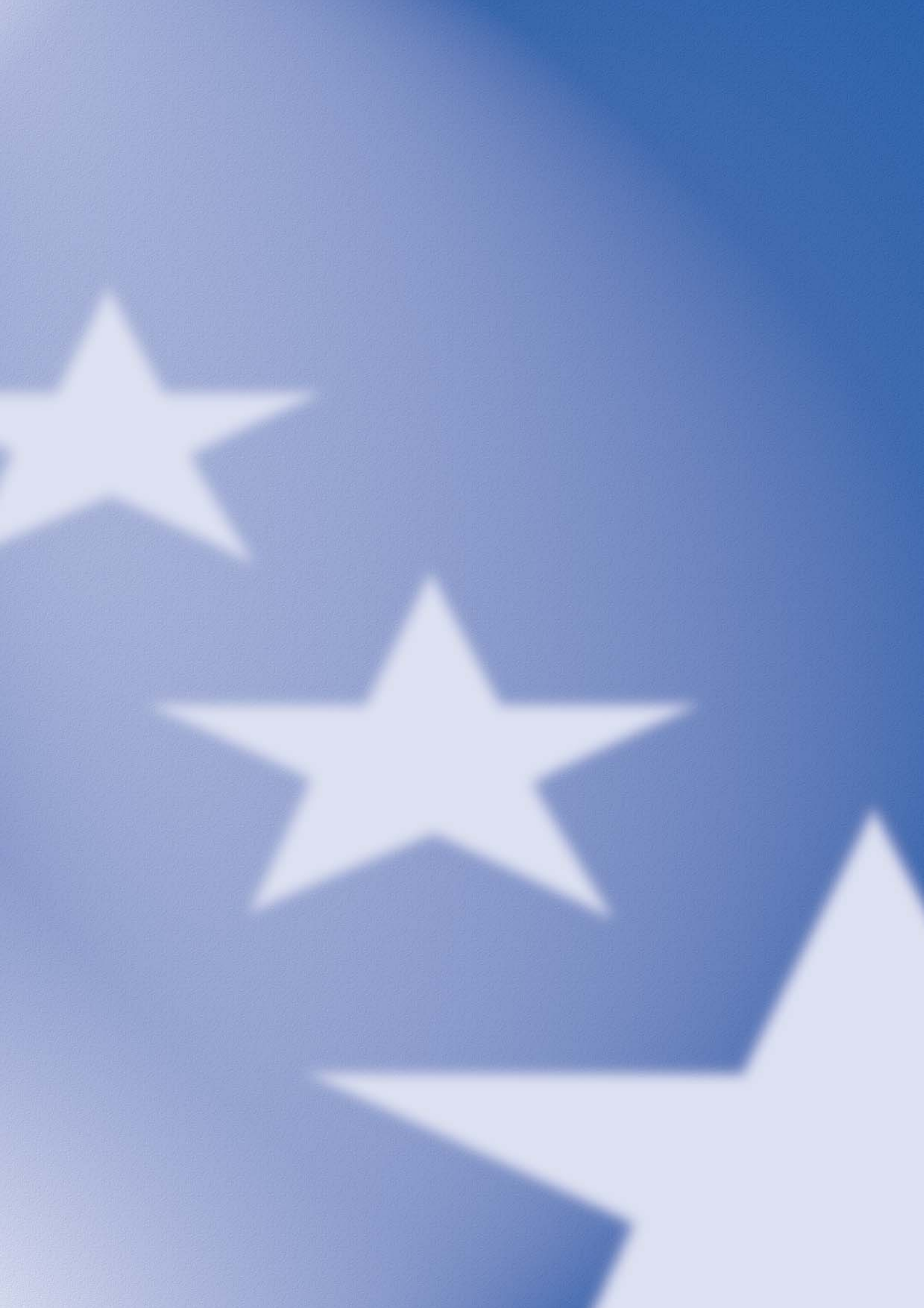
<b>Beleidsmaat-regel</b> Beschrijf beleid of prioriteit, zoals vervat in het beleidsstuk
<b>Determinant</b> Bepaal de desbetreffende gezondheids-determinant
<b>Getroffen groep(en)</b> Noem de doelgroepen en andere getroffen groepen
<b>Gezondheids-effect</b> Geef een beknopte omschrijving van het gezondheids-effect en geef aan of dit positief of negatief is
<b>Ernst van het effect</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Bewijskracht</li><li>• Waarschijnlijkheid van het effect</li><li>• Ernst en schaal van de gezondheidseffecten</li><li>• Bijdrage aan afname/toename van gezondheids-verschillen</li><li>• Relevantie voor bestaande gezondheids-prioriteiten en –doelen</li></ul>
<b>Kennisbasis</b> Op welke kennisbron is het verwachte gezondheids-effect gebaseerd?

Stel na de **effectanalyse** moet een ontwerp-GES-rapportage op, met vermelding van het resultaat van elke fase, gevolgd door conclusies en **aanbevelingen**. Stel beleidsaanbevelingen of –opties op. Belangrijke vragen hierbij zijn:

- *Wat* moet er worden gedaan?
- *Wie* moet het doen?
- *Hoe* moet het worden gedaan?
- *Wanneer* moet het worden gedaan?

Verspreid dit onder de sleutelinformanten en belanghebbenden en vraag om hun commentaar (optioneel).

Maak vervolgens een **eindrapportage**.



International  
Health  
**IMPACT**  
Assessment  
Consortium



THE UNIVERSITY  
*of* LIVERPOOL

IMPACT, Universiteit van Liverpool

**ENGELAND**

*Debbie Abrahams  
Andy Pennington  
Alex Scott-Samuel*



THE INSTITUTE OF  
PUBLIC HEALTH IN IRELAND

Instituut voor Volksgezondheid

**IERLAND**

*Cathal Doyle  
Owen Metcalfe*

**rivm**

National Institute  
for **Public Health and  
the Environment**

RIVM, Rijksinstituut voor Volksgezondheid  
en Milieu, Bilthoven

**NEDERLAND**

*Lea den Broeder*

**≡ lögd**

loegd, Instituut voor Volksgezondheid,

Bielefeld

**DUITSLAND**

*Fiona Haigh  
Odile Mekel  
Rainer Fehr*



This report was produced by a contractor for Health & Consumer Protection Directorate General and represents the views of the contractor or author. These views have not been adopted or in any way approved by the Commission and do not necessarily represent the view of the Commission or the Directorate General for Health and Consumer Protection. The European Commission does not guarantee the accuracy of the data included in this study, nor does it accept responsibility for any use made thereof.