

Wicked problems and challenging opportunities

Citation for published version (APA):

Hendriks, A. M. (2016). *Wicked problems and challenging opportunities: development of integrated public health policies for the prevention of obesity*. [Doctoral Thesis, Maastricht University]. Maastricht University. <https://doi.org/10.26481/dis.20160304ah>

Document status and date:

Published: 01/01/2016

DOI:

[10.26481/dis.20160304ah](https://doi.org/10.26481/dis.20160304ah)

Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.umlib.nl/taverne-license

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

repository@maastrichtuniversity.nl

providing details and we will investigate your claim.

Summary

The goal of the research project reported on in this dissertation was to *define characteristics* of integrated public health policies, develop a *conceptual framework* to study and guide their development, and gain insight into *facilitators and barriers* for their development. To achieve this goal, seven studies were conducted, whose nature and main findings are briefly summarized below.

After the introductory chapter 1, chapter 2 discusses our finding that there was a lack of clear criteria to operationalize integrated public health policies, making it difficult to evaluate health policy documents (i.e., conduct a document analysis) or guide policymakers in their pursuit of integrated public health policies. As a result, it was difficult to assess if integrated public health policies were present, or to determine which aspects of the health policy needed to be addressed to make them more integrated. Therefore, a literature review was conducted and two defining characteristics of integrated policies were selected: (1) the combination of policies includes an appropriate mix of interventions that optimizes the functioning of the behavioral system, thus ensuring that motivation, capability, and opportunity interact in such a way that they promote the preferred (health-promoting) behavior of the target population, and (2) the policies are implemented by the relevant policy sectors from different policy domains (i.e., intersectoral collaboration).

Furthermore, a conceptual framework, called the 'Behavior Change Ball' (BCB), was developed to study and explain the development of integrated public health policies (chapter 3). In developing the BCB, existing theories were integrated in a behavioral science framework (i.e., the Behavior Change Wheel), and a literature review of existing theories was used, as well as interviews with stakeholders of integrated public health policies, to select ten organizational behaviors (OBs) divided across policymakers at the strategic, tactical, and operational levels. These OBs included agenda-setting, leadership, and policy formulation at the strategic level; adaptive management and leadership at the tactical level; and network formation, innovation, teamwork, policy formulation, and implementation at the operational level. By integrating these OBs within the Behavior Change Wheel framework proposed by Michie et al. (2011), each of these Behaviors was linked to Capability-Opportunity-Motivation (i.e., the COM-B system), and to interventions and policy categories. Additionally, the metaphor of a ball in a mountainous landscape was used in our framework to illustrate the difficulty of achieving sustained implementation of integrated public health policies in a policy landscape.

Our third and fourth studies (chapters 4 and 5) examined the determinants of 'intersectoral collaboration'. The previous studies (chapters 2 and 3) had shown that intersectoral collaboration (ISC) is an important prerequisite for developing integrated public health policies. However, the implementation of ISC was often found to be hampered in practice. To understand why this was the case, we interviewed 19 policymakers from health and non-health policy sectors. These

interviews revealed several barriers and facilitators relating to capability, opportunity, and motivation for ISC. Capability for ISC was determined by awareness of the linkage between health and non-health policy sectors (which was limited) and the ability of different policy sectors to share policy goals (which was also limited). In situations where the management was involved in creating awareness of the linkage between health and non-health policy sectors, and where policymakers at the operational level had greater motivation to continue learning, these ISC capability-related barriers were more likely to be overcome. Opportunities for ISC were also reduced by a lack of organizational resources and structures. Flatter organizational structures and coaching of operational-level policymakers by managers were expected to improve opportunities for these policymakers. In addition, the motivation for ISC was low when health and non-health policy sectors did not share policy goals. Finally, the motivation to learn new ISC skills was low when the perceived feasibility of ISC and professional autonomy were low.

The study presented in chapter 6 explored interventions that could stimulate ISC and the development of integrated public health policies. Interviews with stakeholders in such integrated policies revealed nine intervention categories: education, persuasion, incentivization, coercion, training, restriction, environmental restructuring, modeling, and enablement. We concluded that the most effective approach to stimulate the development of integrated public health policies was to educate, persuade, and incentivize actors at the strategic level; to educate, train, and provide models for actors at the tactical level; and to train and enable actors at the operational level, and restructure their environment.

Finally, the seventh study (chapter 7) was conducted in Fiji (i.e., a Pacific Island country). In Fiji the obesity prevention policy landscape was assessed through interviews with policymakers from various ministries of the Fijian national government. Findings showed that the development of integrated public health policies was often hampered by Fiji's unfavorable economic situation, low food self-sufficiency, power inequalities, inappropriate framing of obesity, limited policy evidence, and limited resource sharing. Facilitators were policy entrepreneurs and policy brokers who were active when a window of opportunity emerged and who strengthened ISC. Reducing power inequalities between the government and international actors such as the World Trade Organization and the food industry could make Fiji's obesity prevention policy landscape more conducive to obesity policies. In Fiji, as well as in other Pacific Island Countries, this may be achievable through increasing food self-sufficiency, strengthening ISC, and appointing a government official with the specific task to monitor and forecast the health impact of policy changes in non-health sectors.

Chapter 8 discusses how future attempts to explain the development of integrated public health policies should combine political and behavioral science perspectives more effectively and thereby use a more comprehensive approach. We advocate that experts in integrated policy should invest effort in integrative, holistic, systems perspectives. Viewing different scientific angles as supplementing each

other, rather than competing with each other, may lead to new insights that take the development of integrated public health policy a step further.

Finally, chapter 9 summarizes the main findings, discusses the strengths and limitations of this research project, and presents recommendations for future studies and for practice. The dissertation ends with a valorization proposal.

Samenvatting

‘Venijnige vraagstukken en uitdagende mogelijkheden: Ontwikkeling van integraal gezondheidsbeleid voor de preventie van obesitas’

In de onderzoeken in dit proefschrift geef ik antwoord op de volgende vragen:

1. Wat zijn de karakteristieken van integraal gezondheidsbeleid?
2. Welk theoretisch kader kunnen we gebruiken om de ontwikkeling ervan te bestuderen en begeleiden?
3. Wat houdt de ontwikkeling van integraal gezondheidsbeleid tegen of faciliteert deze juist?
4. Wat kan gedaan worden om de integraliteit van gezondheidsbeleid te bevorderen?

In het eerste hoofdstuk introduceren wij de aanleiding van onze studies. Daarna worden er in zeven hoofdstukken zeven studies gepresenteerd. Tot slot worden in het laatste hoofdstuk de hoofdbevindingen samengevat, worden sterke punten en beperkingen van het onderzoek bediscussieerd, en worden er aanbevelingen gedaan voor toekomstige studies en de praktijk.

Criteria ‘integraal’ gezondheidsbeleid

In hoofdstuk 2 wordt ingegaan op de karakteristieken van integraal gezondheidsbeleid. Op basis van een literatuurstudie en een bestaand model, het zogeheten ‘Behavior Change Wheel’ van Michie en collega’s (2011), zijn twee criteria geselecteerd die het begrip ‘integraal gezondheidsbeleid’ onderscheiden van gerelateerde begrippen zoals ‘gezondheidsbeleid’.

De twee criteria die integraal gezondheidsbeleid kenmerken zijn:

1. Het beleid wordt gekenmerkt door interventies die het functioneren van het ‘gedragssysteem’ (bestaande uit motivatie, mogelijkheden en vaardigheden) optimaliseert in de richting van gezond gedrag.
2. Het beleid wordt uitgevoerd door zowel de gezondheidssector als de niet-gezondheidssectoren (bijvoorbeeld ruimtelijke ordening).

Gedragveranderingsbal

In hoofdstuk 3 wordt een theoretisch kader ontwikkeld met de naam de ‘Gedragveranderingsbal’. Met dit kader wordt het gedrag van gemeentelijke beleidsmakers, dat essentieel is voor de ontwikkeling van integraal gezondheidsbeleid, in kaart gebracht. Om relevante ‘organisatiegedragingen’ te identificeren is een literatuurstudie gedaan, en zijn interviews gehouden met wethouders, managers en ambtenaren binnen verschillende gemeenten en andere belanghebbenden bij integraal gezondheidsbeleid. Op basis van deze data is een selectie gemaakt van tien essentiële organisatiegedragingen die, indien in voldoende mate aanwezig, bijdragen aan de ontwikkeling van integraal gezondheidsbeleid.

De tien organisatiegedragingen die relevant zijn voor de ontwikkeling van integraal gezondheidsbeleid zijn:

1. Het agenderen van integraal gezondheidsbeleid;
2. Het vertonen van strategisch leiderschap voor dit beleid;
3. De ontwikkeling van een strategische visie voor dit beleid;
4. Het vertonen van adaptief management;
5. Het vertonen van management leiderschap;
6. Het vormen van netwerken met interne en externe partners;
7. Open staan voor innovatie;
8. Teamwerk om integraal gezondheidsbeleid te ontwikkelen;
9. Het beschrijven van het beleid in documenten;
10. Het implementeren van het beleid.

Door deze tien gedragingen te integreren in de Behavior Change Wheel is er een koppeling gemaakt tussen dit gedrag van beleidsmakers en de mogelijkheden om dit gedrag te bevorderen.

Barrières en faciliterende factoren voor intersectorale samenwerking

In hoofdstuk 4 en 5 is in twee gemeenten onderzocht wat, volgens beleidsmakers, barrières of faciliterende factoren zijn voor samenwerking tussen verschillende beleidsafdelingen (gezondheid en niet-gezondheid). Deze intersectorale samenwerking is nodig voor de ontwikkeling van integraal gezondheidsbeleid. Uit interviews met beleidsmakers zijn de volgende barrières voor intersectorale samenwerking naar voren gekomen:

1. Beleidsdoelen van afdelingen verschillen en de overlap tussen deze beleidsdoelen wordt vaak niet herkend;
2. Managers zijn niet betrokken bij het creëren van bewustzijn van dergelijke overlap in beleidsdoelen en coachen ambtenaren niet op intersectorale samenwerking;
3. Ambtenaren zonder autonomie, binnen hiërarchische organisatiestructuren met onvoldoende financiële middelen, zijn vaak minder gemotiveerd om samen te werken omdat dat als onhaalbaar wordt gezien.

Deze barrières zijn te overbruggen door:

1. Het opstellen van gezamenlijke beleidsdoelen en bewustwording van de relatie tussen gezondheids- en niet-gezondheidssectoren;
2. Managers die beleidsmedewerkers coachen om samen te werken binnen 'plattere' organisatiestructuren;
3. Het vergroten van de motivatie om nieuwe samenwerkingsvaardigheden te leren door meer autonomie te geven aan beleidsmedewerkers en het haalbaarder maken van intersectorale samenwerking (bijvoorbeeld door financiële middelen hiervoor te reserveren).

Stimulerende interventies

Hoofdstuk 6 gaat in op interventies om intersectorale samenwerking en de ontwikkeling van integraal gezondheidsbeleid te stimuleren. Interviews met belanghebbenden tonen aan dat intersectorale samenwerking en de ontwikkeling van integraal gezondheidsbeleid gestimuleerd kan worden door negen interventies: voorlichten, overtuigen, belonen, dwingen, trainen, herstructurering van de omgeving, voorbeelden geven en mogelijk maken. We concluderen dat de meest effectieve manier om integraal gezondheidsbeleid te stimuleren is om gemeentelijke actoren op:

1. Strategisch niveau (bijvoorbeeld wethouders en de gemeentesecretaris) voor te lichten, ze te overtuigen en te belonen om te investeren in integraal gezondheidsbeleid;
2. Tactisch niveau (bijvoorbeeld managers en afdelingshoofden) voor te lichten, ze te trainen en voorbeelden te geven over hoe ze de ontwikkeling van integraal gezondheidsbeleid kunnen stimuleren en faciliteren;
3. Operationeel niveau (bijvoorbeeld een ambtenaar publieke gezondheid of ruimtelijke ordening) te trainen, het voor hun haalbaar (kansrijk) te maken om integraal beleid te formuleren, en hun omgeving (bijvoorbeeld de organisatiestructuur) te herstructureren.

Fiji

In hoofdstuk 7 is het beleidslandschap voor obesitaspreventie in de republiek Fiji, een eilandenstaat in de Zuid-Pacifische Oceaan, in kaart gebracht. Daarvoor zijn interviews gehouden met beleidsmakers van verschillende ministeries binnen de nationale overheid die mogelijk invloed zouden kunnen hebben op het ontstaan van overgewicht.

Uit deze interviews is gebleken dat de ontwikkeling van integraal gezondheidsbeleid wordt beïnvloed door:

1. Fiji's ongunstige economische situatie;
2. De beperkte eigen voedingszelfredzaamheid van Fiji;
3. Het inkaderen van obesitas als individueel probleem;
4. Machtverschillen tussen de overheid en internationale actoren;
5. Beperkt wetenschappelijk bewijs voor preventieve obesitasbeleidsmaatregelen in de context van Fiji;
6. Het beperkt delen van middelen tussen de ministeries;
7. Beleidsmakelaars die actief worden wanneer zich een kans voordoet om integraal gezondheidsbeleid te formuleren en dan intersectorale samenwerking stimuleren.

Fiji's beleidslandschap voor obesitaspreventie kan zich voorspoediger ontwikkelen als de machtsverschillen en invloeden tussen de overheid en internationale actoren, zoals de Wereldhandelsorganisatie en de voedingsindustrie, worden gereduceerd ten voordele van Fiji. In Fiji, evenals op andere eilanden in de Pacific, kan dit bereikt worden door een toenemende voedingszelfredzaamheid, versterking van intersectorale samenwerking en het transparant en meetbaar

maken van het gezondheidseffect van beleidsveranderingen in de niet-gezondheidssectoren.

Naar het beter bestuderen van de ontwikkeling van integraal gezondheidsbeleid

Hoofdstuk 8 is gewijd aan h oe de ontwikkeling van integraal gezondheidsbeleid beter kan worden bestudeerd. Dit kan door politieke en gedragswetenschappelijke perspectieven meer te combineren. We pleiten er dan ook voor, om voor het onderzoeken van integraal gezondheidsbeleid, vooral te investeren in ge integreerde, ‘holistische’ systeemperspectieven. Wetenschappelijke invalshoeken die van elkaar verschillen kunnen elkaar aanvullen in plaats van met elkaar te concurreren. Het is te verwachten dat door integratie van politieke, beleids- en gedragswetenschappen, nieuwe inzichten ontstaan die de ontwikkeling van integraal gezondheidsbeleid een stap verder brengen.