

RIVM rapport 270001001/2005

**Gezondheid in milieueffectrapportage en  
strategische milieubeoordeling**

Verkenning van de mogelijkheden tot integratie

J.M. den Broeder, F.F. van Zoest,  
M. van Bruggen, A.B. Knol, A.J.P. van Overveld,  
B.C. Rademaker\*

Contact:  
J.M. den Broeder  
Centrum voor Volksgezondheid Toekomst Verkenningen  
lea.den.broeder@rivm.nl

Dit onderzoek werd verricht in opdracht en ten laste van het Ministerie van VWS, in het kader van project 27001/01/GM Integratie van gezondheidseffecten in m.e.r. Het onderzoek werd uitgevoerd in samenwerking met de \*Commissie voor de milieueffectrapportage

## Het rapport in het kort

### **Gezondheid in milieueffectrapportage en strategische milieubeoordeling. Verkenning van de mogelijkheden tot integratie.**

Uit dit rapport blijkt dat gezondheid nog een weinig prominente plaats inneemt bij milieueffectrapportage en strategische milieubeoordeling (beide af te korten als m.e.r.). Dit geldt zowel in Nederland als elders. Voor zover er aan het onderwerp aandacht wordt besteed gebeurt dit vaak impliciet en via toetsing aan milieunormen. Andere determinanten van gezondheid, zoals leefstijl, sociale omgeving en (toegang tot) zorg komen zelden aan de orde. Van integratie van gezondheid in m.e.r. worden positieve effecten verwacht, zoals betere communicatie met burgers, betere ondersteuning van besluitvorming, het meewegen van nieuwe gezondheidsaspecten en een bijdrage aan duurzame ontwikkeling. Bij betrokkenen bij m.e.r. bestaat ook bereidheid om gezondheid meer in m.e.r. te integreren. Men wenst dan wel objectieve criteria om te bepalen aan welke aspecten aandacht te besteden bij een specifiek project of plan. Ook moet de procedure niet te gecompliceerd en tijdrovend zijn. Er bestaat behoefte aan een handreiking voor integratie op maat én met mate, met een nadruk op die fasen in de m.e.r.-procedure waarin men vaststelt welke onderwerpen aan de orde moeten komen. Dit rapport laat zien dat naast het opstellen van een dergelijke handreiking de volgende activiteiten nodig zijn om integratie van gezondheid in m.e.r. te ondersteunen: (1) ontwikkeling van een programma voor verbetering van kennis en vaardigheden, (2) toegankelijker maken van informatie over gezondheidsdeterminanten en gezondheidseffecten, (3) actieve ondersteuning van integratie van gezondheid in m.e.r. door de Ministeries van VROM en VWS en (4) wet- en regelgeving, dan wel gerichte communicatie ter ondersteuning van integratie van gezondheid in m.e.r.

#### **Trefwoorden:**

milieueffectrapportage, strategische milieubeoordeling, gezondheidseffectedchatting, integratie

## **Abstract**

### **Health in Environmental Impact Assessment and Strategic Environmental Assessment. Exploration of the possibilities for integration**

This report shows that health, both in the Netherlands and abroad, is currently not occupying a very prominent role in Environmental Impact Assessment (EIA) and Strategic Environmental Assessment (SEA). If, and when, this topic is touched upon in EIA/SEA, it is usually implicit and takes place by testing compliance with environmental standards. Other determinants of health, such as lifestyle, social environment and (access to) care, seldom receive attention. Positive effects are expected to emerge from the integration of health in EIA/SEA: for example, improved communication with citizens, better support for decision-making, consideration of new health aspects, and the contribution of health integration to sustainable development. Those involved in EIA/SEA are also willing to work on stronger integration of health into EIA/SEA. However, they want objective criteria to determine the aspects that should get attention when a specific project or plan is examined. Moreover, the procedure should not be too complicated and time-consuming. This is why an instrument is needed that will have to be both adaptive and selective, with an emphasis on screening and scoping phases. The report also recommends the following activities for supporting health integration in EIA/SEA: (1) development of a programme to enhance knowledge and skills, (2) improvement of the accessibility of information on health determinants and health impacts, (3) active support for the integration of health in EIA/SEA by the Ministry of Health, Welfare and Sport, and the Ministry of Housing, Spatial Planning and the Environment, and, finally, (4) legislation or targeted communication to support integration of health in EIA/SEA.

#### **Key words:**

Environmental Impact Assessment, Strategic Environmental Assessment, Health Impact Assessment, integration



## Voorwoord

Dit rapport, handelend over integratie, is zelf een resultaat van integrerend werken. De groep die het samenstelde bestaat uit mensen uit drie werkvelden: de milieu-epidemiologie, de medische milieukunde en de publieke gezondheid. Bovendien is er samengewerkt door twee instituten: het RIVM en de Commissie voor de milieueffectrapportage. Veel personen, eveneens met zeer verschillende achtergronden, hebben bovendien, als respondenten bijgedragen aan de totstandkoming van het rapport. Deskundigen en beleidsmakers, op Rijks-, provinciaal of lokaal niveau, vanuit het milieuwerkveld, de ruimtelijke ordening of de volksgezondheid.

Aan allen zijn wij dank verschuldigd. Maar vooral bedanken wij de klankbordgroep bij het project 'Integratie van gezondheid in m.e.r.', bestaande uit

Mw. M.G. Elsmann-Domburg, Landelijk Centrum Medische Milieukunde

Mw. T. Fast, Fast Advies

Dhr. J.N.B. Verwoerd, Provincie Zuid-Holland

Drs F.M.C. van Dreumel, Ministerie van VROM

Mw. mr. Y.A.J. de Nas, Ministerie van VWS

Hun bijdragen zijn van grote waarde geweest voor het welslagen van dit onderdeel van het project.

Bilthoven, november 2005



# Inhoud

1. **Inleiding 9**
2. **Materiaal en methoden 11**
  - 2.1 *Analyse project- en plan- m.e.r.'s 11*
  - 2.2 *Literatuurstudie 13*
  - 2.3 *Peiling onder betrokkenen bij m.e.r. 13*
  - 2.4 *Interviews met betrokkenen bij m.e.r. 15*
3. **Resultaten van analyse MER's 17**
  - 3.1 *Aandacht voor gezondheid 17*
  - 3.2 *Hoe komen gezondheidsdeterminanten in m.e.r. aan de orde? 18*
4. **Resultaten literatuuronderzoek 21**
  - 4.1 *Wijze van integratie 21*
  - 4.2 *Huidige praktijk van integratie van gezondheid in m.e.r. 22*
  - 4.3 *Belangrijke factoren bij integratie 24*
5. **Resultaten web-enquête 29**
6. **Resultaten interviews 37**
7. **Discussie 41**
8. **Conclusies 47**

## Literatuur 49

**Bijlage I: Resultaat tabellen analyse MER-rapporten 53**

**Bijlage II: Milieueffectrapportage en strategische milieubeoordeling: doel en werkwijze. 55**

**Bijlage III: Lijst van geanalyseerde rapporten 57**

**Bijlage IV: Analyseschema MER-rapporten 58**

**Bijlage VI: Checklist voor richtlijnenadviezen voor m.e.r. 62**

**Bijlage VII: Interviewprotocol GES in m.e.r. 63**

**Bijlage VIII: Integratiemodellen 65**





# 1. Inleiding

## Definities

Een milieueffectrapportage (m.e.r.) levert de informatie die nodig is om het milieubelang volwaardig mee te wegen bij besluiten over plannen en projecten met grote milieugevolgen.

Het gaat om besluiten over zowel concrete inrichtingsplannen (project-m.e.r.) als over kaderstellende plannen (plan-m.e.r.). Het milieueffectrapport (MER) vermeldt de milieugevolgen van een plan of project en de mogelijke (milieuvriendelijker) alternatieven. Het nieuwe instrument Strategische Milieu Beoordeling (SMB) is een milieueffectbeoordeling van *strategische* beslissingen, dat wil zeggen van breder beleid of meeromvattende plannen. Er is een overlapping tussen SMB en plan-m.e.r. Op dit moment wordt de wet- en regelgeving rondom m.e.r. en SMB herzien. In de toekomst zullen beide gaan samenvallen als project- en plan-m.e.r. Een uitgebreidere beschrijving van doel en werkwijze van m.e.r. en SMB is te vinden in Bijlage II.

In dit rapport worden vooruitlopend op de nieuwe wet- en regelgeving de volgende afkortingen gehanteerd:

m.e.r. = de procedure voor milieueffectrapportage en omvat in dit rapport zowel SMB als project- en plan-m.e.r.  
de m.e.r. = een concrete m.e.r. procedure  
het MER = het milieueffectrapport

Bij citaten zijn de terminologie en afkortingen echter letterlijk overgenomen.

Dit rapport komt voort uit het actieprogramma Gezondheid en Milieu. Dit is een gezamenlijk programma van de Ministeries van VWS en VROM, bedoeld om een impuls te geven aan het gezondheids- en milieubeleid op terreinen waarop veel gezondheidswinst te behalen valt en waarvoor tot nu toe weinig aandacht is. Actiepunt 7 uit dit programma luidt: 'VWS en VROM zetten zich in om gezondheidseffecten beter mee te wegen in de besluitvorming. Hierbij wordt aansluiting gezocht bij het gebruik van bestaande toetsen, zoals de Milieu Effect Rapportage (MER)' (Ministerie van VROM, 2002:21). Begin 2004 vermeldden de ministeries in hun gezamenlijke voortgangsrapportage onder 'stand van zaken': 'Allereerst zijn in het wetsvoorstel strategische milieubeoordeling gezondheidseffecten ingebracht bij de beoordeling. Daarnaast wordt momenteel nagegaan hoe meer gestalte gegeven kan worden aan het meewegen van gezondheid in de MER.' En als concreet actiepunt noemden de ministeries: 'Het op basis van de verkenning concreet uitwerken van het beter meewegen van gezondheid in de MER' (Ministerie van VROM, 2004: 24). Dit is vertaald in een kennisvraag aan het RIVM. De opdracht was, mogelijkheden te onderzoeken voor integratie van gezondheid in de milieueffectrapportage (m.e.r.) en de Strategische Milieu Beoordeling (SMB) door middel van handreikingen voor de praktijk.

In wet- en regelgeving is vastgelegd in welke gevallen een m.e.r. nodig is bij de besluitvorming. M.e.r.-plichtige projecten bestaan uit ingrepen in de fysieke leefomgeving. De belangrijkste achtergrond van de m.e.r.-verplichting is het besef dat dergelijke ingrepen soms (schadelijke) milieueffecten veroorzaken. De fysieke leefomgeving en milieufactoren oefenen belangrijke invloed uit op gezondheid. Het ligt dan ook voor de hand om in een m.e.r. ook aandacht te besteden aan mogelijke gezondheidseffecten.

Een tweede reden om gezondheid een plaats te geven in m.e.r. is gelegen in het belang dat burgers hechten aan bescherming van hun gezondheid. Met name voor projecten waardoor belangrijke emissies naar de lucht of ernstige hinder (geluid of geur) worden verwacht, worden regelmatig inspraakreacties ingediend waaruit zorg spreekt voor met name de gezondheidseffecten van de voorgenomen ontwikkelingen.

Ten slotte, en dit wordt vaak uit het oog verloren, is de uiteindelijke motivatie om schade aan het milieu te beperken of voorkomen: de gezondheid en het welzijn van burgers. Impliciet ligt gezondheid dus aan de basis van m.e.r. zelf.

Naast deze inhoudelijke redenen bestaan er meer formele aanleidingen voor integratie van gezondheidsaspecten in m.e.r.

De Europese richtlijn voor Strategische Milieubeoordeling (Europese Unie, 2001) vertaalt het streven om gezondheid beter in SMB te integreren in EU-beleid. Deze richtlijn, die vanaf 21 juli 2004 van kracht is in de EU lidstaten, bepaalt dat er bij een SMB onder meer moet worden gekeken naar gezondheidseffecten. Het Ministerie van VROM werkt momenteel aan de implementatie van het Europese beleid in de nationale wetgeving. Daarbij is ook een doel de huidige overlapping van de m.e.r. en SMB ongedaan te maken.

Een andere internationale ontwikkeling die bijdraagt aan de urgentie van het integreren van gezondheid in SMB is het door Nederland mede ondertekende protocol over SMB van de UN/ECE. In dit protocol, waarmee de ondertekenaars overeenkomen om milieueffecten van beleidsplannen te beoordelen, staat gezondheid expliciet vermeld: 'Each Party shall ensure that a strategic environmental assessment is carried out for plans and programmes referred to in paragraphs 2, 3 and 4 which are likely to have significant environmental, including health, effects' (United Nations Economic Commission for Europe, 2003: art 4 lid 1).

De kabinetsnota 'Langer gezond leven: ook een kwestie van gezond verstand' stipt de genoemde internationale ontwikkelingen aan. Nederland, zo staat in de Nota, 'levert een bijdrage aan het brengen van eenheid in de beleidsrapportage over gezondheid en milieu' (Ministerie van VWS, 2003).

Niet alleen beleidsmakers op nationaal en internationaal niveau willen gezondheid een betere plaats in m.e.r. geven. Ook in de praktijk van m.e.r. zelf leeft deze wens al geruime tijd (Debats et al., 1997).

Het probleem dat in deze verkenning centraal staat is tweeledig. Ten eerste is er nog geen overzicht over mogelijkheden en onmogelijkheden om in het kader van een m.e.r. gezondheidseffecten in brede zin te beoordelen. Dat betekent naast milieugerelateerde effecten ook effecten die veroorzaakt worden door veranderingen in de sociale leefomgeving of veranderingen in leefstijl. Ten tweede bestaan er nog geen op de Nederlandse situatie toegespitste hulpmiddelen om dit ook daadwerkelijk te doen.

#### **De vraagstelling voor het onderzoek luidt daarom als volgt:**

1. Kan de beoordeling van gezondheidseffecten van projecten of beleid in m.e.r. worden geïntegreerd?
2. Wat zijn de kenmerken van een instrument dat bijdraagt aan betere integratie van gezondheid in m.e.r. en SMB?

Hiertoe is bekeken welke plaats gezondheid op dit moment al in m.e.r. inneemt. Voorts zijn mogelijkheden tot integratie bestudeerd zoals die uit de literatuur naar voren komen.

Tenslotte hebben wij de ideeën, meningen en attitudes van betrokkenen bij m.e.r. verkend.

## 2. Materiaal en methoden

Bij het onderzoek zijn de volgende methoden toegepast:

- analyse van m.e.r.'s met behulp van een analyseschema
- literatuurstudie
- peiling van meningen van betrokkenen bij m.e.r. via een web-enquête
- interviews met betrokkenen bij m.e.r.

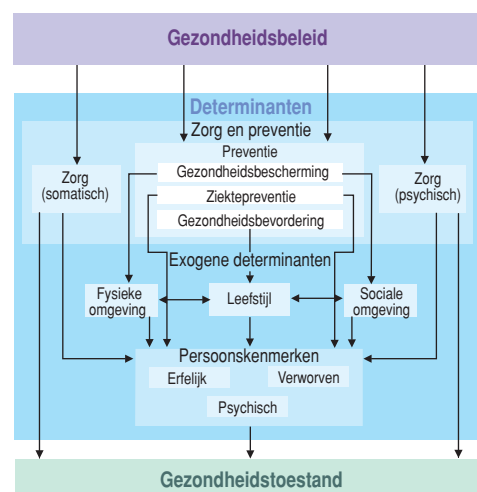
Wij beschrijven de methoden in de volgende paragrafen.

### 2.1 Analyse project- en plan- m.e.r.'s

Allereerst is binnen het project onderzocht hoe aandacht voor gezondheid op dit moment vorm krijgt in m.e.r. Hiervoor zijn enkele project- en plan-m.e.r.'s geanalyseerd. Er is een selectie gemaakt van m.e.r.'s waarbij gezondheid in het geding zou kunnen zijn. Alleen m.e.r.'s waarvoor de procedure vrijwel helemaal doorlopen was, dus waarvoor een toetsingsadvies van de Commissie voor de milieueffectrapportage aanwezig was, zijn bekeken<sup>1</sup>. In totaal zijn negen m.e.r.'s geanalyseerd. Vijf hiervan waren project-m.e.r.'s en vier plan-m.e.r.'s (zie Bijlage III voor een lijst van de beoordeelde m.e.r.'s). Hiervoor is gekozen omdat er mogelijk verschil is tussen beide soorten. Een project-m.e.r. betreft een ruimtelijk en in de tijd duidelijk begrensde activiteit. Een plan-m.e.r. gaat echter over meer strategische plannen, waardoor vaak nog niet duidelijk is wat er precies gaat gebeuren. Dit verschil is misschien terug te zien in de beschrijving van effecten.

Gezondheidseffecten van projecten en plannen komen in de regel tot stand via veranderingen in de factoren die gezondheid bepalen, de zogenaamde *gezondheidsdeterminanten*. In het conceptuele gezondheidsmodel van het Centrum voor Volksgezondheid Toekomst Verkenningen (Van Oers, 2002, zie Figuur 1) zijn de gezondheidsdeterminanten ingedeeld in vijf groepen. Dat zijn:

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



Omdat het niet aannemelijk is dat m.e.r.-plichtige projecten de *persoonskenmerken* (dat zijn individuele genetische, aangeboren en verworven eigenschappen) van burgers zullen beïnvloeden, is deze groep determinanten niet in het analyseschema opgenomen. De gezondheidsdeterminanten die in dit project geanalyseerd zijn, sluiten aan op het VTV-model en staan vermeld in Tabel 1. In Bijlage IV is het hierop gebaseerde analyseschema opgenomen, zoals dat is gebruikt voor de analyse van de rapportages.

Figuur 1. Conceptueel model volksgezondheid. Van Oers, 2002.

<sup>1</sup> Zie voor een beschrijving van de m.e.r.-procedure Bijlage II

Tabel 1. Uitwerking van gezondheidsdeterminanten

Fysieke omgeving	Sociale omgeving	Leefstijl	Toegang tot zorg
Luchtkwaliteit buiten	Sociale veiligheid	Roken	Toegang tot zorg
Luchtkwaliteit binnen	Sociale samenhang	Alcoholgebruik	
Bodem	Sociale samenstelling	Druggebruik	
Water	Scholing	Lichamelijke activiteit	
Geluid	Werkgelegenheid	Verkeersgedrag	
Trillingen		Voeding	
Geur			
Straling			
Inrichting fysieke leefomgeving			
Bereikbaarheid/transport			
Externe veiligheid (Verkeers)veiligheid			

Enkele voorbeelden hoe projecten of plannen verschillende determinanten en daardoor volksgezondheid kunnen beïnvloeden:

- Wegenbouwprojecten kunnen leiden tot luchtvervuiling (determinant vallend onder *fysieke omgeving*) met als gevolg verergering van klachten bij luchtwegaandoeningen. Wegen kunnen zorgvoorzieningen (determinant uit de groep *zorg*) bereikbaarder maken of juist een barrière hiertoe opwerpen. De inrichting van het wegennet is van invloed op het verkeersgedrag (determinant vallend onder *leefstijl*) met als consequentie minder of juist meer ongevallen met letsels.
- Plannen betreffende recreatieve bestemmingen kunnen leiden tot overlast (determinant vallend onder *sociale omgeving*). Dit kan gevolgen hebben voor de psychische gezondheid. Maar ook heeft actieve recreatie zoals wandelen en fietsen (determinant vallend onder *leefstijl*) een gunstig effect op de preventie van onder andere overgewicht en hieraan gerelateerde aandoeningen.
- De aanleg van een bedrijventerrein kan werkgelegenheid bieden (determinant uit de groep *sociale omgeving*) en daarmee gezondheidsproblemen die met werkloosheid samenhangen, zoals psychische klachten, verminderen.

Per m.e.r. is de relevantie van het betreffende project voor de gezondheidsdeterminanten beoordeeld. De daadwerkelijk aan deze determinanten bestede aandacht is daarmee vergeleken. Deze vergelijking geeft een indicatie welke mogelijk belangrijke gezondheidsdeterminanten ontbreken in een m.e.r. Bij de bepaling van de relevantie zijn de volgende criteria gebruikt:

- Is het aannemelijk dat het project of plan de gezondheidsdeterminant beïnvloedt?
- Is de activiteit van voldoende omvang om gevolgen te kunnen hebben voor de determinant en daardoor de gezondheid?
- Zijn er mensen in de omgeving die gezondheidseffecten kunnen ondervinden door de activiteit?

Per effectrapportage is bovendien bekeken op welke manier gezondheidsdeterminanten zijn meegenomen: kwantitatief dan wel kwalitatief. Dosis-effect relaties en toetsing aan normeringen zijn voorbeelden van kwantitatieve beschrijvingen. Het geven van een globale beschrijving van de mogelijke aard en een indicatie van de omvang van effecten is een kwalitatieve manier van beschrijven.

De resultaten zijn beschreven in hoofdstuk 3.

## 2.2 Literatuurstudie

Een tweede, gelijktijdig uitgevoerd onderdeel van het onderzoek is de literatuurstudie. Er is zowel gezocht naar publicaties over m.e.r. als naar beleidsdocumenten.

Daartoe zijn de volgende databases geraadpleegd:

- Medline
- websites over m.e.r./gezondheidseffectedschatting (E(H)IA/HIA), inclusief pagina's van ministeries et cetera
- Google
- archief van de Commissie voor de m.e.r.

### Gebruikte zoektermen

milieu EN (effect\* OF risico\*) EN (rapport\* OF studie\* OF beoordeling\* OF schatting\* OF analys\*) EN gezondheid

environment\* AND (impact\* or risk\*) AND (report\* OR stud\* OR assessment\* OR estimation\* OR analys\*) AND health

De zoekstrategie richtte zich op Nederland en zes andere landen, waarvan de Commissie voor de m.e.r. heeft aangegeven dat hier voor dit project interessante ontwikkelingen plaatsvinden.

Dat waren:

1. Zweden
2. Duitsland
3. Verenigd Koninkrijk
4. Canada
5. Verenigde Staten
6. Nieuw Zeeland

Voor richtlijnen, handleidingen en dergelijke gold dat alleen op **westerse samenlevingen** gerichte documenten zijn meegenomen.

De resultaten zijn beschreven in hoofdstuk 4.

## 2.3 Peiling onder betrokkenen bij m.e.r.

Door middel van een vragenlijst is inzicht gezocht in de meningen over gezondheidsaspecten in m.e.r. onder betrokkenen bij m.e.r.: hoe wenselijk en haalbaar is integratie van gezondheidsaspecten in m.e.r. en wat is daarvoor nodig?

- Wat verstaan zij onder 'gezondheid'?
- Hoe belangrijk vinden zij het aspect gezondheid in m.e.r.?
- Is de huidige aandacht voor gezondheid in m.e.r. voldoende?
- Aan welke voorwaarden moet voldaan worden om gezondheid beter in m.e.r. te verankeren?
- Welke aspecten van gezondheid zouden van belang kunnen zijn bij besluitvorming over projecten waarbij een m.e.r. is opgesteld?
- In welke situaties is aandacht voor gezondheid in een m.e.r. van belang?

De vragenlijst bestond uit meerkeuzevragen met vrije ruimte voor toelichting. De vragenlijst is verspreid in de vorm van een web-enquête (zie voor de vragen Bijlage V). Respondenten ontvingen via e-mail een uitnodiging om aan het onderzoek mee te doen. In het e-mailbericht

stond een weblink die leidde naar de website waar de vragenlijst kon worden ingevuld (zie Figuur 2).

### *Selectie van respondenten*

De uitnodiging is toegezonden aan een breed scala van organisaties en personen die betrokken zijn bij m.e.r. en/of gezondheid: makers van m.e.r.'s (initiatiefnemers, adviesbureaus), gebruikers van m.e.r.'s (bestuurders en ambtenaren van Rijk, provincies en gemeenten), GGD-en (afdeling medische milieukunde), provinciale m.e.r.-coördinatoren. Bij de keuze van instanties voor enquêtes en interviews is als volgt te werk gegaan: Allereerst is een lijst gemaakt van m.e.r.-contactpersonen werkzaam bij GGD'en. Ook is een lijst opgesteld van provinciale m.e.r.-coördinatoren. Er is een lijst opgesteld van contactpersonen bij relevante ministeries en van bij de ministeries horende wettelijk adviseurs.

The screenshot shows a web browser window displaying the RIVM website. The page title is 'Enquête m.e.r./SMB en gezondheid'. The RIVM logo is visible in the top left corner. The main content area contains the following text and form elements:

**Vul hier de vragenlijst in**

**Vraag 1: Hoe heeft u de uitnodiging om aan deze enquête mee te doen ontvangen?**

- Rechtstreeks van het RIVM
- Via een collega

**Vraag 2: Wat is uw functie?**

- GGD-medewerker
- Medewerker adviesbureau
- Provinciaal m.e.r.-coördinator
- Beleidsambtenaar gemeente, namelijk
- Beleidsambtenaar provincie, namelijk
- Bestuurlijk verantwoordelijke, namelijk

**Vraag 3: Wat is uw betrokkenheid bij m.e.r./SMB?**

- Initiatiefnemer
- Vertegenwoordiger bevoegde instantie
- Opsteller van het milieueffectrapport
- Overig, namelijk

*Figuur 2. Printscreen startpagina web-enquête.*

Daarnaast zijn in het registratiesysteem van de Commissie voor de m.e.r. (WINFORMER) de meest recente projecten geselecteerd waarvoor in 2003 of 2004 een toetsingsadvies is uitgebracht en waarbij dus de m.e.r.-procedure vrijwel was afgerond. Vervolgens zijn hieruit de mogelijk gezondheidsrelevante projecten en plannen gekozen, dat wil zeggen projecten en plannen met mogelijke impact op determinanten van gezondheid. Dit waren projecten en plannen met betrekking tot infrastructuur, recreatie, afvalverwerking, industrie, veehouderijen, bedrijventerreinen en woningbouw. Voor die projecten zijn initiatiefnemer, m.e.r.-schrijver en het bevoegde gezag (gemeente, provincie of ministerie) in kaart gebracht. Dit leverde een lijst op van initiatiefnemers, adviseurs c.q. m.e.r.-schrijvers, gemeenten en provincies die in de afgelopen twee jaar bij één of meer m.e.r.-procedures betrokken waren.

In totaal zijn 142 instanties en personen met verschillende ‘rollen’ in het m.e.r.-proces benaderd.

De resultaten zijn beschreven in hoofdstuk 5.

## **2.4 Interviews met betrokkenen bij m.e.r.**

In de web-enquête gaven 24 respondenten aan bereid te zijn tot een interview. Uit deze personen is een selectie gemaakt van 5 personen, waarbij een verdeling is gemaakt over de verschillende functiegroepen. Met deze mensen is een interview gehouden volgens een interview protocol (zie Bijlage VI). Doel van de interviews was meer achtergrondinformatie te verzamelen bij de uitkomsten van de resultaten uit van het literatuur onderzoek, de analyse van m.e.r.’s en de web-enquête.

De resultaten zijn beschreven in hoofdstuk 6.





### 3. Resultaten van analyse MER's

De analyse van een aantal milieueffectrapporten werpt licht op de vraag in hoeverre en op welke wijze binnen m.e.r. aandacht aan gezondheid wordt geschonken. Omdat het om een beperkt aantal rapporten ging zijn de uitkomsten niet geschikt om generieke uitspraken te doen over de manier waarop gezondheid wordt behandeld in effectrapportages. Wel geven ze een meer globale indruk van de praktijk wat dit betreft. In de navolgende paragrafen bespreken we de uitkomsten.

#### 3.1 Aandacht voor gezondheid

Allereerst is bekeken hoe gezondheid op dit moment meegenomen wordt in afgeronde m.e.r.'s. Uit de analyses blijkt dat gezondheidseffecten meestal een plek krijgen binnen de paragraaf over een bepaalde milieufactor (bijvoorbeeld geluid, lucht). Soms zijn ze te vinden in een aparte paragraaf met de titel 'woon- en leefmilieu'. In één van de geanalyseerde m.e.r.'s stond het woord 'gezondheid' in de titel van een paragraaf ('gezondheid en leefomgevingskwaliteit'). In de richtlijnadviezen van de Commissie voor de m.e.r. wordt vaak geadviseerd in te gaan op het thema 'Woon- en Leefmilieu'. Gezondheid lijkt daar dan onderdeel van te zijn.

Omdat gezondheidsdeterminanten de gezondheidseffecten veroorzaken is voor elke m.e.r. nagegaan welke gezondheidsdeterminanten relevant waren.

De criteria voor relevantie waren:

- aannemelijkheid van invloed van het project of plan op de gezondheidsdeterminant
- voldoende omvang van de activiteit om gevolgen voor de determinant en daardoor de gezondheid te kunnen hebben
- aanwezigheid van mensen in de omgeving die effecten zouden kunnen ondervinden

Daarna is bekeken aan welke van de geïdentificeerde determinanten aandacht besteed werd en of er belangrijke relevante determinanten misten.

Determinanten op het gebied van de fysieke omgeving komen in veel relevante gevallen aan bod in de m.e.r.'s, in tegenstelling tot determinanten die betrekking hebben op de sociale omgeving, leefstijl en toegang tot zorg (zie Tabel 12 in Bijlage I).

Bij de analyse van de 5 project-m.e.r.'s en 4 plan-m.e.r.'s kwamen de volgende punten naar voren:

- De volgende determinanten op het gebied van *fysieke omgeving* werden in alle relevante gevallen besproken: 'buitenluchtkwaliteit', 'geluid', 'bereikbaarheid/transport', 'geur' en 'externe veiligheid'. Bij de project-m.e.r.'s werd niet in alle relevante gevallen aandacht besteed aan 'water'. Dit was wel het geval bij de plan-m.e.r.'s. Omgekeerd kwam 'inrichting fysieke leefomgeving' in relevante gevallen vaker in beeld bij project-m.e.r.'s. Minder aandacht kregen 'trillingen', 'verkeersveiligheid', 'water' en 'bodem' bij projecten die wat deze onderwerpen betreft wel aan de relevantiecriteria voldeden. 'Straling' kan relevant zijn bij de bouw van woningen, maar kreeg in geen enkel rapport waarin sprake was van woningbouw aandacht.
- Determinanten op het gebied van *sociale omgeving* werden niet vaak genoemd in het milieueffectrapport, ook niet wanneer ze wel relevant waren. 'Sociale samenhang' (vooral barrièrewerking) werd in vier van de negen rapporten behandeld en 'sociale veiligheid' heel summier in één m.e.r. 'Sociale samenstelling van de bevolking' kwam in geen enkel m.e.r. terug, terwijl de plannen en projecten wel voldeden aan de relevantiecriteria.

‘Werkgelegenheid’ kwam in één plan-m.e.r. aan de orde al was het voor alle plan-m.e.r.’s relevant.

- Determinanten op het terrein van leefstijl zijn relevant voor *plannen* betreffende woningbouw, wegebouw en recreatie. Het gaat dan om de leefstijlfactoren lichaamsbeweging (lopen en fietsen) en actief recreëren. Deze determinanten werden niet vermeld in de drie plan-m.e.r.’s waarvoor dat relevant geacht werd. Determinanten met betrekking tot *leefstijl* bleken minder relevant voor de geanalyseerde *project*-m.e.r.’s en hier werd dan ook geen aandacht aan besteed in de rapporten. In één geval speelde verkeersgedrag een rol bij de aanleg van een weg en daar werd ook aandacht aan besteed.
- *Toegang tot zorg* kan relevant zijn voor wegebouwprojecten en bij woningbouw. In vier m.e.r.’s was dit aan de orde, maar slechts in twee rapporten kwam dit tot uitdrukking in het rapport.

### 3.2 Hoe komen gezondheidsdeterminanten in m.e.r. aan de orde?

Naast de vraag óf bepaalde gezondheidsdeterminanten aandacht hebben gekregen in de effectrapportages, is in de analyse ook bekeken hóe dat gedaan is. In Tabel 13 (Bijlage I) staan de resultaten van dit deel van de analyse, die hieronder worden samengevat.

Voor ‘klassieke’ milieuproblemen zoals geluid en lucht-, water- en bodemverontreiniging bestaan normen die deel uitmaken van de wet- en regelgeving. Het toetsen aan normen is de meest toegepaste kwantitatieve manier om in een m.e.r. determinanten op het gebied van de fysieke omgeving te beoordelen. Het rapport geeft dan aan of de berekende belasting voldoet aan de norm. Kennis over dosis-effect relaties ligt ten grondslag aan de normen. De rapporten bevatten echter meestal geen conclusies over mogelijke gezondheidseffecten. Determinanten op het gebied van sociale omgeving, leefstijl en toegang tot zorg lijken voor de m.e.r.-uitvoerders moeilijker kwantitatief te beoordelen. De beschrijving van effecten van deze determinanten in de rapporten is meestal kwalitatief van aard. Zo valt bijvoorbeeld te lezen dat een bepaalde activiteit waarschijnlijk wel of juist geen effecten zal hebben. Niet altijd is duidelijk waarop zo’n inschatting gebaseerd is: wetenschappelijke inzichten, expert opinie of eigen deskundige inschatting van de m.e.r.-schrijver.

Wij vonden ook een verschil tussen project-m.e.r. en plan-m.e.r. wat betreft het soort beoordeling. In m.e.r.’s van plannen worden gezondheidsdeterminanten vaker kwalitatief omschreven dan in project-m.e.r.’s. Dit komt voort uit het feit dat een plan-m.e.r. vaak minder concreet is uitgewerkt dan een project-m.e.r. In een plan is bijvoorbeeld sprake van de aanleg van een bedrijventerrein, maar men weet nog niet wat voor soort bedrijven zich daar zullen vestigen. Een kwantitatieve beoordeling is dan moeilijk uit te voeren.

Hieronder volgt een aantal voorbeelden van kwantitatieve en kwalitatieve beschrijvingen zoals deze voorkwamen in de onderzochte m.e.r.’s. Toegang tot zorg is in geen van de m.e.r.’s beschreven en is daarom niet vermeld bij onderstaande voorbeelden.

- *Fysieke omgeving*: Effecten van ‘geluid’ en ‘luchtkwaliteit buiten’ werden in de rapporten kwantitatief beoordeeld door aan normen te toetsen. Daarnaast beschreef een aantal rapporten deze thema’s ook kort en kwalitatief (‘er is een correlatie tussen emissies van vrachtverkeer en ademhalingsklachten van omwonenden, m.n. kinderen. Er zijn derhalve beperkte gezondheidseffecten mogelijk’). ‘Inrichting fysieke leefomgeving’ kwam op kwalitatieve wijze aan de orde onder de noemers landschapwaarden, beeldkwaliteit en visuele hinder. ‘Bereikbaarheid/transport’ kwam in twee gevallen kwantitatief (bijvoorbeeld door berekening verkeersstromen), en in drie rapporten kwalitatief voor

(‘het plan heeft geen effecten op de bereikbaarheid’). ‘Bodem’, ‘water’ en ‘trillingen’ werden alleen kwalitatief behandeld. Wat betreft geureffecten vonden wij eenmaal een kwantitatieve voorspelling door middel van geurcontouren.

- *Sociale omgeving*: De beschrijving van effecten op ‘sociale veiligheid’ en ‘sociale samenhang’ (barrièrewerking) was steeds kwalitatief (‘dit plan resulteert niet in een toename van de barrièrewerking en sociale onveiligheid’).
- *Leefstijl*: Ook ‘verkeersgedrag’ werd kwalitatief in de rapportage bij een project-m.e.r. vermeld (‘door kortere wachttijd bij stoplichten zal minder door rood gereden worden en is kans op ongevallen kleiner’) en in geen enkel geval bij een plan-m.e.r.
- De ‘toegankelijkheid van zorg’ werd in één plan-m.e.r. kwalitatief behandeld. Daarnaast bevatte één plan-m.e.r. een berekening van het draagvlak voor bepaalde voorzieningen zoals eerstelijnszorg.



## 4. Resultaten literatuuronderzoek

Blijkens de gevonden literatuur beschouwen velen de integratie van gezondheids- en milieueffectbeoordelingen als nuttig (Health Canada, 2004; Davies en Sadler, 1997). Het opnemen van gezondheid in een milieueffectbeoordeling draagt volgens Health Canada bij aan betere risicocommunicatie, kosteneffectiviteit, het minimaliseren van negatieve, en maximaliseren van positieve gezondheidseffecten, en een bijdrage aan duurzame ontwikkeling (Health Canada, 2004). Davies en Sadler vermelden dat gebrek aan tijd, middelen en een wettelijk kader er daarnaast voor zorgen dat men liever kiest voor het opnemen van gezondheidseffectschatting (GES) in al bestaande beoordelingen, dan voor het opstellen van compleet nieuwe richtlijnen en procedures (Davies en Sadler, 1997). Ook in Nederland spelen dergelijke overwegingen een rol. In het artikel 'De wildgroei van effectrapportages' laten de auteurs bijvoorbeeld zien dat de ene effectrapportage de andere opvolgt en dat deze 'proliferatie van het effectenonderzoek een zware wissel trekt op het integratievermogen van de overheid' (Klaassen en van Nispen, 1996). Als voorbeeld noemen zij Schiphol waarbij het eerste MER van de vijfde landingsbaan niet voldeed, zodat een aanvullende MER noodzakelijk werd. De resultaten daarvan brachten de voorstanders van de uitbreiding van Schiphol ertoe om op hun beurt een economische effectrapportage op te laten stellen. De conclusie van de auteurs luidt dat een integraal effectenonderzoek, voor zover mogelijk, de voorkeur verdient boven een hele serie partiële effectrapportages. Ook in Nederland bestaat dan ook al langere tijd de wens om in m.e.r. aandacht te schenken aan effecten op de volksgezondheid (Debats et al., 1997).

### 4.1 Wijze van integratie

Op basis van de literatuur zijn grofweg drie 'basismodellen' van integratie te onderscheiden (Lee et al., 1997; Scholten et al., 1999; Birley, 2003; Vohra, 2005):

- **Gezondheidseffectschatting (GES) ten behoeve van m.e.r.**  
Hierbij is sprake van het opstellen van een geheel eigenstandig GES rapport, door bijvoorbeeld de GGD of een andere gezondheidsexpert, naast het milieueffectrapport. Vervolgens vindt in de besluitvormingsfase een afweging plaats van gezondheidseffecten van het onderhavige project of plan. Het besluit om een GES uit te voeren kan in dit model volledig los staan van de m.e.r. Integratie vindt alleen plaats in de besluitvormingsfase.
- **Gezondheidseffectschatting (GES) in m.e.r.**  
Een aparte GES is in dit model een *onderdeel* van de m.e.r. procedure. Inhoudelijke afstemming vindt plaats door een gemeenschappelijke screening- en scopingfase, maar aparte teams voeren de beoordeling uit. Dit leidt tot aparte rapportages met aparte aanbevelingen ten behoeve van de besluitvorming. Bij de uitvoering is er wel afstemming tussen de beide beoordelingsteams. Een variant hierop is een model waarbij beide beoordelingsteams een gemeenschappelijke samenvatting schrijven met gezamenlijke aanbevelingen ten behoeve van de besluitvorming. Integratie vindt vooral plaats in de screening-, scoping- en bij de conclusies van de beoordelingsfase waardoor dit in de besluitvormingsfase niet meer hoeft te gebeuren.
- **MER-G:** hierbij is de GES volledig geïntegreerd in de MER. Niet alleen screening en scoping vinden gemeenschappelijk plaats, maar ook de beoordeling zelf. Er is sprake van een multidisciplinair team en één rapport met aanbevelingen voor de besluitvorming.

Een visuele weergave is te vinden in Bijlage VIII. Het gaat hierbij niet om strikt te scheiden manieren om integratie te bereiken, maar om een continuüm, waarin talloze varianten mogelijk zijn.

## 4.2 Huidige praktijk van integratie van gezondheid in m.e.r.

### Nederland

De diverse manieren om gezondheid in m.e.r. te integreren worden in Nederland op beperkte schaal in praktijk gebracht. In een enkel geval is een aparte gezondheidseffectschatting (GES) gekoppeld aan een m.e.r.-traject (*GES in m.e.r.*). Een voorbeeld daarvan is het project Moerdijkse Hoek in de provincie Noord-Brabant, waar een bedrijventerrein voor grootschalige bedrijvigheid gepland wordt (Provincie Noord-Brabant, 2005). Een ander voorbeeld is het GGD-advies bij de MER van het windenergieproject Jacobswoude (provincie Zuid-Holland). Op verzoek van de gemeente stelde de GGD Zuid-Holland Noord een gezondheidskundige aanvulling op het MER rapport op die ingaat op de gezondheidsaspecten van het project (GGD Zuid-Holland Noord, 2002).

Een groot deel van de aandacht voor integratie van gezondheid in m.e.r. in Nederland gaat echter uit naar het opnemen van gezondheidsaspecten binnen het MER. Men zou dat volledige integratie of MER-G kunnen noemen (zie vorige paragraaf). De praktische uitwerking van deze vorm van integratie is in diverse onderzoeken geëvalueerd (Tabel 2), waaronder ook dit onderzoek.

Tabel 2. Onderzoek naar gezondheid in m.e.r. in Nederland.

Auteur, jaar	Aantal MER rapporten	Type bekeken projecten
Bakker, 1993	10	Infrastructuur, afvalverwerking, industrie, woningbouw <sup>1</sup>
Meertens, 1993	9	Wegen <sup>1</sup>
Provincie Limburg, 1994	13	9 onderwerpen <sup>1</sup>
Kolkman, 2000	8	Be- en verwerking afvalstoffen, energie-opwekking, industriële activiteiten, railverbindingen en busbanen, wegen
RIVM/Cie voor de m.e.r., 2005 <sup>3</sup>	9 <sup>2</sup>	Be- en verwerking afvalstoffen, energie-opwekking, industriële activiteiten, wegen, waterwegen, woningbouw, regionaal structuurplan, streekplan

<sup>1</sup> Bron: Kolkman, 2000

<sup>2</sup> waarvan 4x SMB

<sup>3</sup> Huidig rapport; deze is opgenomen ter vergelijking met eerdere onderzoeken.

Uit al deze onderzoeken komt het beeld naar voren van een 'indirecte' benadering van gezondheid. Er is zelden sprake van een expliciete beschrijving van gezondheidseffecten. Wel wordt doorgaans getoetst of voldaan wordt aan milieunormen. Deze zijn onder andere gebaseerd op gezondheidskundige dosis-effect relaties.

Het gaat in de m.e.r.-praktijk bovendien bijna uitsluitend om blootstelling aan *fysieke* milieufactoren (zoals geluid of verontreiniging van bodem, water en lucht).

### Buitenland

Uit de gevonden literatuur komt het beeld naar voren dat ook in milieueffectrapportages in het buitenland de mogelijke gezondheidseffecten van een voorgenomen activiteit marginaal of 'tussen de regels door' aan de orde komen. In 1995 werd geschat dat tussen de 90 en 95% van alle wereldwijde milieueffectbeoordelingen te weinig aandacht aan gezondheid en

veiligheid schonk (Davies en Sadler, 1997). Buitenlandse studies waar ‘*volledige*’ integratie in m.e.r.’s is onderzocht (Tabel 3) tonen aan dat onderzoek naar mogelijke gezondheidseffecten binnen m.e.r. zich -net als in Nederland- vaak beperken tot het fysieke domein en blootstelling aan bepaalde stoffen.

Tabel 3 studies naar integratie van gezondheid in m.e.r.

Auteur, jaar (land)	Aantal MER rapporten	Type bekeken projecten
Alenius, 2001 (Zweden)	28	wegen
Fehr, 1999 (Duitsland)	51	transport en afvalstortplaatsen
Demidova, 2005 (Verenigd Koninkrijk)	7	vuilverbrandingsinstallaties
BMA, 1998 (Verenigd Koninkrijk)	39	niet gespecificeerd
Steinmann, 2000 (VS)	42	niet gespecificeerd
Arquiaga, 1992 (VS)	39	niet gespecificeerd
Canter, 1999 (VS)	11	niet gespecificeerd

Het is niet goed mogelijk om al deze studies met elkaar te vergelijken. Niet alleen de (nationale) contexten verschillen van elkaar, maar ook de opzet van de studies en de uitwerking van de onderzoeksvragen. Dit leidt tot zeer diverse uitkomsten, die men dan ook met de nodige voorzichtigheid moet interpreteren. Wel kan men zeggen dat ze in grote lijnen het eerder geschetste beeld bevestigen. De uitkomsten van de studies zijn zeer beknopt als volgt op te sommen:

- Zweden: In alle 28 geanalyseerde effectbeoordelingen, die zijn uitgevoerd bij het aanleggen van nieuwe wegen, kwam gezondheid aan de orde. Hierbij werden sporadisch gezondheidsexperts geconsulteerd. Effecten werden voornamelijk beoordeeld door de verwachte impact te vergelijken met standaarden en normen. Vaak werden de nationale gezondheidsdoelen wel vermeld, maar er werd vervolgens niet aangegeven hoe het project zich tot deze doelen verhield (Alenius, 2001).
- Duitsland: In het merendeel van 51 onderzochte milieueffectbeoordelingen op het gebied van transport en afvalstortplaatsen kwamen gezondheidsaspecten niet aan de orde (Fehr, 1999).
- Verenigd Koninkrijk: Bij zeven effectbeoordelingen (1990 tot 2000) voor de aanleg van vuilverbrandingsinstallaties ging de aandacht voornamelijk uit naar mogelijke effecten van het fysieke milieu. Twee van de zeven beoordelingen wijdden hier een specifiek onderdeel van de rapportage aan. Hoewel vaak wel voldoende aandacht uitging naar de mogelijke bronnen van blootstelling, gaven de rapporten geen of een summiere omschrijving van de blootgestelde populatie (Demidova en Cherp, 2005).
- Verenigd Koninkrijk: In 72% van de 39 geanalyseerde milieueffectrapportages (1988 tot 1994) was geen of onvoldoende informatie opgenomen om de gevolgen voor de gezondheid te kunnen beoordelen. 28% bevatte een aparte gezondheidsparagraaf. Bijna de helft daarvan ging niet specifiek over gezondheid, maar over de effecten op mensen en gemeenschappen (‘communities’) in het algemeen. In 3% van de rapporten besteedde de publiekssamenvatting aandacht aan gezondheid of veiligheid. In 18% van de gevallen werd melding gemaakt van gezondheid of veiligheid als argument voor locatiekeuze of opzet van het project (BMA, 1998).
- Verenigde Staten: Gezondheid werd in minder dan de helft van 42 mogelijk gezondheidsrelevante milieueffectbeoordelingen genoemd. Beoordeling van gezondheidseffecten bleef meestal beperkt tot een analyse van de mogelijke fysiologische effecten van één bepaalde stof. Er was geen aandacht voor andersoortige effecten of cumulatieve effecten. Bredere (niet toxicologische) gezondheidsdeterminanten kwamen in geen enkele effectbeoordeling aan bod (Steinmann, 2000).

- Verenigde Staten: Van 39 onderzochte milieueffectbeoordelingen beschreef één derde van deze rapporten gezondheidseffecten kwantitatief. Eén derde gaf een (oppervlakkige) beschrijving van de effecten en één derde besteedde helemaal geen aandacht aan gezondheidseffecten (Arquiaga, 1995).
- Verenigde Staten: Van 11 onderzochte milieueffectbeoordelingen stelden 4 beoordelingen mogelijke gezondheidseffecten aan de orde (Canter, 1990).

### 4.3 Belangrijke factoren bij integratie

De gevonden literatuur laat zien welke factoren van belang zijn bij het realiseren van integratie van gezondheid in m.e.r. Deze staan hieronder beschreven.

#### 4.3.1 Wet- en regelgeving

Steinemann (2000) noemt gebrek aan wetgeving een factor die ertoe bijdraagt dat gezondheid binnen m.e.r. een geringe plaats inneemt. Toch bestaan op dit moment in veel landen wetten voor het uitvoeren van milieueffectbeoordelingen. Deze omschrijven echter meestal niet gedetailleerd wat de vereiste aandacht voor gezondheid is (Health Canada, 2004). De verschillende richtlijnen op dit gebied, onder andere in Canada en Australië geven doorgaans wel een opsomming van het soort effecten waaraan gedacht kan worden (Health Canada, 2004; Commonwealth of Australia, 2001). Vaak is daarbij het uitgangspunt de definitie van gezondheid die is opgesteld door de WHO, waarin staat dat gezondheid ‘een complete toestand van lichamelijk, geestelijk en sociaal welzijn, en niet alleen de afwezigheid van ziekte of gebrek’ is (Health Canada, 2004).

Enkele voorbeelden:

- In **Zweden** is het uitvoeren van een milieueffectbeoordeling vereist bij verschillende soorten projecten, onder andere bij het aanleggen van nieuwe wegen. De rapportage moet onder meer aangeven welke schadelijke effecten te verwachten zijn voor mensen. Er moeten data verzameld worden om een beoordeling van deze effecten uit te voeren.
- In het **Verenigd Koninkrijk** stelt wet- en regelgeving geen specifieke eisen ten aanzien van de beoordeling van effecten op de gezondheid binnen m.e.r. De ‘impact on human beings’ is echter opgenomen in de lijst met milieufactoren waarvoor significante negatieve effecten moeten worden onderzocht (BMA, 1998; McCarthy et al., 2002). Ook dient een milieueffectrapport de interactie tussen de mens en milieufactoren als water, lucht en bodem te beschrijven.
- In **Canada** is de centrale regering actief in het vaststellen van richtlijnen voor milieugezondheid. Provincies zijn echter in hoge mate zelfstandig bij het uitwerken en handhaven van wet- en regelgeving. In de meeste grote provincies is integratie van gezondheid in m.e.r. een vereiste. Dit hangt deels samen met de brede definitie van milieueffecten die men er hanteert (biofysisch, sociaal economisch, technisch; directe en indirecte effecten). In Canada wordt gezondheidseffectschatting ontwikkeld als onderdeel van m.e.r. (Health Canada, 2004).
- In **Nieuw Zeeland** zijn de criteria voor een milieueffectbeoordeling vastgelegd in de Resource Management Act (RMA) van 1991. De brede criteria omvatten ook aandacht voor bijvoorbeeld sociale aspecten van een plan (Schijf, 1998). Gezondheid kan hierin eveneens een plaats hebben. Echter, de criteria zijn zo flexibel (Schijf, 1998), dat de invulling ervan erg afhankelijk is van de uitvoerende instantie. In 1998 heeft het Ministerie van Volksgezondheid (Ministry of Health New Zealand, 1998) richtlijnen opgesteld voor inclusie van gezondheid in de milieueffectbeoordeling. Met de lancering van de New Zealand Health Strategy in 2000 werd gezondheid echter weer losgekoppeld



van het milieueffectbeoordelingsproces, omdat gezondheid op een meer intersectorale wijze en met meer aandacht voor gezondheidsdeterminanten zou moeten worden behandeld (Wright et al., 2005).

### 4.3.2 Concurrerende belangen

Sommigen stellen de vraag of de effectiviteit van de aparte beoordelingen nog wel te waarborgen is in één geïntegreerde evaluatie. Eén van de redenen waarom effectbeoordelingen vaak niet geïntegreerd zijn opgesteld, is de vrees dat niet voldoende aandacht aan alle belangrijke aspecten wordt gegeven binnen alomvattende beoordelingssystemen (Milner et al., 2005). Mede om die reden is in Nieuw Zeeland in 2000 de gezondheidseffectbeoordeling losgekoppeld van de milieueffectbeoordeling, om gezondheid een aparte rol en grotere status te geven (Wright et al., 2005). Als integratie van sectorale effectbeoordelingen moet plaatsvinden binnen het meestal beperkte bestaande budget voor effectbeoordelingen, zullen prioriteiten moeten worden verschoven. Daardoor kan het in het geval van integratie van gezondheid gebeuren dat andere aspecten van effectbeoordelingen hiervoor plaats zullen moeten maken (Davies en Sadler, 1997).

### 4.3.3 Instrumenten en methodes

Het gebrek aan methoden voor integratie van gezondheid in m.e.r. wordt door verschillende auteurs als knelpunt genoemd (Steinemann, 2000; Fehr, 1999; Davies en Sadler, 1997). Fehr koppelt dit bovendien aan het ontwikkelen van een coherent concept van milieu en gezondheid dat aan die methoden ten grondslag moet liggen.

De afgelopen jaren ontstonden in verschillende landen initiatieven met betrekking tot instrumentontwikkeling. Voor een deel gaat het om instrumenten die voor toepassing in m.e.r. bedoeld zijn.

#### *Instrumenten voor toepassing bij m.e.r.*

De afgelopen jaren zagen verschillende instrumenten voor integratie van gezondheid in m.e.r. het licht.

In **Zweden** is een checklist opgesteld om een uniforme weergave van mogelijke gezondheidseffecten van projecten te bewerkstelligen. De Zweedse checklist geeft een overzicht van mogelijk relevante gezondheidseffecten, de daarover beschikbare kennis, de bijbehorende regels en doelstellingen, de populatie en blootstelling, en mogelijkheden voor berekening van de gezondheidseffecten (Alenius, 2001).

In **Duitsland** is een tienstappenmodel ontwikkeld en uitgewerkt, dat positief ontvangen is en formeel is goedgekeurd door de gezondheidsautoriteiten. Het systeem bevat behalve richtlijnen ook allerlei hulpmiddelen zoals bijvoorbeeld informatiesystemen en modelleringssoftware voor blootstelling (Fehr, 1999)

In **Canada** is sinds 1995 via diverse conceptversies en een brede maatschappelijke consultatie gewerkt aan een omvangrijk handboek voor *Health Impact Assessment* binnen milieueffectrapportage (Health Canada, 2004). De richtlijnen geven onder andere aanwijzingen met betrekking tot het soort gezondheidsdeterminanten en indicatoren dat een rol speelt bij milieueffectbeoordelingen en de mogelijke data- en informatiebronnen. De richtlijnen bevatten tevens een matrix met mogelijke milieu- en gezondheidseffecten van grote ontwikkelingsprojecten voor acht grote economische sectoren (Health Canada, 2004). Ook **Australië** en **Nieuw Zeeland** hebben soortgelijke richtlijnen ontwikkeld (Commonwealth of Australia, 2001; Ministry of Health New Zealand, 1998)

### *Gezondheidseffectedchatting*

Behalve deze methoden, modellen en instrumenten bestaan er richtlijnen en checklists die als zelfstandig gezondheidskundig instrument (gezondheidseffectedchatting of GES) inzetbaar zijn.

In **Nederland** kent men de GES Stad en Milieu. Deze methode is opgesteld in kader van de Experimentenwet Stad en Milieu. In het hierbij horende handboek GES Stad en Milieu (Fast et al., 2004) zijn methoden opgesteld voor de gezondheidskundige beoordeling van plannen. De volgende aspecten komen erin aan de orde: luchtverontreiniging, stank, geluid, externe veiligheid, bodemverontreiniging, en hoogspanningslijnen en elektromagnetische velden. In 2006 zal het handboek worden herzien. Tevens bestaan er andere Nederlandse methoden voor GES, die niet alleen gefocust zijn op milieu-aspecten (Penris en Den Broeder, 2004a; Penris, 2004b; RIVM, z.j.) . Zij zijn meer generiek van aard en zijn toepasbaar op verschillende soorten projecten en plannen, waaronder ruimtelijke plannen maar bijvoorbeeld ook onderwijsbeleid of plannen rond sociale verzekeringen. Deze methoden besteden veel aandacht aan procedurele aspecten. Tenslotte hanteert de Commissie voor de m.e.r. bij haar werk een checklijst om na te gaan of bij een m.e.r. een belevingswaardeonderzoek nodig is (zie Bijlage VI).

In het buitenland is het **Verenigd Koninkrijk** één van de koplopers op het gebied van GES. Eén van de hulpmiddelen die hier zijn ontwikkeld is de 'Health Impact Assessment Screening Tool', die vooral procedureel de eerste stap van de effectbeoordeling ondersteunt. (Commonwealth of Australia, 2001). Daarnaast wordt in het Verenigd Koninkrijk onder andere gewerkt met de zogenaamde 'Merseyside Guidelines' (Scott-Samuel et al., 2001), die zijn ontwikkeld voor het uitvoeren van een gezondheidseffectbeoordeling op zowel lokaal als meer centraal niveau. De richtlijnen geven een overzicht van de procedures en methoden die bestaan op dit terrein.

### *Kwantitatieve modellen*

Naast 'papieren' richtlijnen en checklists, ziet men de ontwikkeling van andere 'tools' steeds vaker als een manier om integratie van gezondheid in m.e.r. te ondersteunen. Een voorbeeld is de reeds genoemde modelleringssoftware (Fehr, 1999). Een ander voorbeeld betreft een wiskundig model dat in het Verenigd Koninkrijk is ontwikkeld door McCarthy et al. (2002). Dit model voorspelt mogelijke gezondheidseffecten met behulp van epidemiologische informatie over de relaties tussen milieudata en ziekte en sterfte. Het model is beperkt tot effecten die kwantificeerbaar zijn en waar voldoende data voor beschikbaar zijn. Op dit moment zijn modellen beschikbaar voor luchtkwaliteit, chemicaliën, geluid en verkeer (McCarthy et al., 2002). Tenslotte is *Risk Assessment* als kwantitatieve methode te noemen. Risk Assessment is een methode die vaak wordt toegepast bij de risicobeoordeling van onzekere maar mogelijk grootschalige effecten. Demidova en Cherp (2005) stellen dat Risk Assessment een geschikte methode is om mogelijke gezondheidseffecten in een milieubeoordeling te kwantificeren. Tegelijk concluderen zij dat hiervan nog maar weinig gebruik wordt gemaakt. Om dit te verbeteren presenteren zij een methodologisch of procedureel raamwerk voor aansluiting van Risk Assessment bij de milieueffectbeoordeling.

## **4.3.4 Beschikbaarheid van data voor effectschatting**

Een gebrek aan beschikbare data, zoals dosis-effect relaties of blootstellingsgegevens op populatieniveau maakt dat gezondheidseffecten in m.e.r. moeilijk te kwantificeren zijn (Franssen et al., 2002). Toch is dat wellicht nodig om gezondheid een goede plek in m.e.r. te geven (McCarthy et al., 2002). Bestaande monitoringssystemen zouden daarom verbeterd en

uitgebreid moeten worden (Franssen et al., 2002). Het ontwikkelen van relevante en functionele gezondheidsindicatoren kan bijdragen aan de ontwikkeling van de benodigde kennis en kan de toepassing daarvan bevorderen (Davies en Sadler, 1997).

Een nadeel van nadruk op kwantificering van gezondheidseffecten is het gevaar dat de aandacht in de beoordeling voornamelijk uitgaat naar 'te kwantificeren' gezondheidseffecten in plaats van naar de meest belangrijke effecten. Voorts kan de complexiteit van de benodigde analyses bij het opnemen van gezondheidseffecten in m.e.r. juist weer een beperkende factor voor integratie zijn. Daarnaast is het belangrijk de context van de getallen heel duidelijk te maken (Steinmann, 2000).

#### **4.3.5 Deskundigheid en vaardigheden**

Het feit dat milieueffectbeoordelingen traditioneel uitgevoerd worden door instanties die geen relatie hebben met de gezondheidssector, maakt dat er vaak een gebrek aan kennis bestaat om gezondheid voldoende aandacht te geven (Breeze en Lock, 2001; Birley, 2003; Davies en Sadler, 1997; Steinmann, 2000; Worldbank, 1997). Davies en Sadler (1997) vindt dat publicaties en de media, evenals brede programma's op het gebied van milieu en gezondheid, moeten helpen om het onderwerp meer bekendheid te geven bij verschillende doelgroepen zoals beleidsmakers en wetenschappelijke instituten. De World Health Organisation (WHO) beveelt aan om de bekendheid van instrumenten als GES te verhogen, en aan te geven hoe deze benadering bruikbaar kan zijn bij m.e.r. Andere auteurs willen expertise en kennis aan de m.e.r. toevoegen door gezondheidsexperts bij het m.e.r.-team te betrekken (Fehr, 1999; Ministry of Health New Zealand, 1998). Dat dit in lang niet alle gevallen gebeurt blijkt bijvoorbeeld uit onderzoek in Duitsland dat uitwees dat 41% van de lokale gezondheidsdepartementen nog nooit bij een m.e.r.-procedure betrokken was (Fehr, 1999). Interdisciplinaire samenwerking vereist wel goede afspraken op procedureel, organisatorisch, maar zeker ook inhoudelijk gebied. Bij dit laatste gaat het bijvoorbeeld om consistent gebruik van aannames, methodes en data (Kirkpatrick en Lee, 1999; WHO, 2001).

Verschillende auteurs stellen dat trainingen aan de uitvoerders van effectbeoordelingen, waarin kennis, procedures en/of methoden worden aangeleerd, noodzakelijk zijn. In Duitsland gaf 91% van de gezondheidsdepartementen aan training te willen volgen, met name op het gebied van methoden (87%), procedures (67%), en tools (63%) (Fehr, 1999). Als de benodigde vaardigheden eenmaal middels training zijn aangeleerd, kunnen deze worden doorgegeven aan collega's, zodat de expertise binnen een organisatie behouden blijft en versterkt wordt. Hiervoor zijn wel financiële middelen nodig, die misschien niet altijd beschikbaar zijn (Milner et al., 2005).

Bij de ontwikkeling van trainingen moet onder andere rekening gehouden worden met:

- a) de (wettelijke) context waarbinnen de huidige beoordelingen plaatsvinden
- b) het onderscheid tussen inhoudelijke en vaardigheidstrainingen
- c) de verschillende doelgroepen (gezondheidsexperts, uitvoerders van milieueffectbeoordelingen, et cetera)
- d) de praktische uitvoerbaarheid van de methodologie die wordt aangeleerd
- e) de gebruiksvriendelijkheid en beschikbaarheid van het trainingsmateriaal (Davies en Sadler, 1997).

#### **4.3.6 Schaalgrootte van m.e.r.**

Gezondheid lijkt eenvoudiger te integreren in plan-m.e.r. dan in project-m.e.r. Een plan-m.e.r. evalueert in een vroeg stadium de milieueffecten van bepaald beleid en bepaalt daarmee onder andere de reikwijdte van eventuele vervolgbeoordelingen (Wright et al., 2005). Omdat deze strategische beoordelingen plaatsvinden in een eerder stadium van de projectplanning en vaak een groter gebied behelzen, is meer ruimte voor het beoordelen van cumulatieve

effecten, vroege aansluiting bij de projectplanning, en aandacht voor het grote geheel in plaats van specifieke data-intensieve analyses (Steinemann, 2000). Tevens zou er binnen plan-m.e.r. meer ruimte voor een brede opvatting van het concept 'gezondheid' bestaan. Plan-m.e.r. biedt een bestaand raamwerk waarin gezondheid, dat meestal geen vaste plek kent in projectprocedures, gemakkelijk op te nemen is. Hierdoor komt er mogelijk ook meer aandacht voor gezondheid binnen de bredere beleidskaders, in plaats van puur op individuele projectbasis (Wright et al., 2005). Een dergelijke redenering zien we ook in Nederland. De Commissie voor de m.e.r. stelde in 1999 dat voor beoordeling van beleid en programma's een volledige integratie van beoordelingen gewenst is, maar dat men wat betreft projecten moet streven naar een 'leidende' sectorale beoordeling waarin belangrijke andere sectorale thema's wel worden meegenomen (Scholten et al., 1999).

#### **4.3.7 Evaluatie van integratie van effectschattingen**

Hoewel er literatuur is verschenen over modellen en voorwaarden voor integratie, is er weinig tot niets te vinden over de aanvaardbaarheid, werkbaarheid en effectiviteit van toepassing hiervan in de praktijk. Ook de ontwikkelde instrumenten zijn zelden getoetst op effectiviteit.

In Nederland wordt door de Erasmus Universiteit onderzoek uitgevoerd naar de effectiviteit van GES als middel om gezondheidsoverwegingen te betrekken bij beleidsbeslissingen. De resultaten hiervan zijn echter nog niet beschikbaar gemaakt.

## 5. Resultaten web-enquête

Naast de analyse van m.e.r.'s literatuurstudie is een peiling gehouden onder betrokkenen bij m.e.r. Het doel was om na te gaan hoe zij tegenover verdergaande integratie van gezondheidsaspecten in m.e.r. staan. Daarnaast was de bedoeling te achterhalen wat er volgens de respondenten nodig is om gezondheid beter in m.e.r. te verankeren.

Allereerst werd een web-enquête<sup>2</sup> uitgevoerd. De vragenlijst is te vinden in Bijlage V. De resultaten staan hieronder vermeld.

Er zijn 142 enquêtes uitgestuurd naar GGD-medewerkers, initiatiefnemers en medewerkers van adviesbureaus, provinciale m.e.r.-coördinatoren, beleidsambtenaren op gemeentelijk en provinciaal niveau en bestuurlijk verantwoordelijken/wettelijk adviseurs. 10 personen hebben de mail niet ontvangen. Van de overige 132 personen hebben 56 personen de enquête ingevuld. Van de invullers bleken enkelen de uitnodiging doorgezonden te hebben gekregen van een collega (vraag 1 van de enquête). Het is niet bekend of zij die in plaats van hun collega hebben ingevuld, of dat beiden hebben meegedaan aan de enquête.

Hieronder worden per enquête vraag de resultaten gepresenteerd en opvallende uitkomsten besproken<sup>3</sup>.

*Wat is de functie van de respondenten? (vraag 2)*

Tabel 4. Antwoorden vraag 2 web-enquête

Functie respondenten	N	%
GGD-medewerker	20	36
Medewerker adviesbureau	11	20
Provinciale m.e.r.-coördinator	3	5
Beleidsambtenaar gemeente	10	18
Beleidsambtenaar provincie	3	5
Bestuurlijk verantwoordelijke	7	13
Ongeldig/niet ingevuld	2	4
<b>Totaal</b>	<b>56</b>	<b>100</b>

Uit Tabel 4 blijkt dat de invullers van de web-enquête afkomstig zijn uit alle verschillende aangeschreven groepen. Enkele invullers, werkzaam bij het Rijk of de provincie, hebben zowel de rol van initiatiefnemer als van bestuurlijk verantwoordelijke. Omdat het om kleine aantallen gaat, was een statistische analyse niet verantwoord. In de onderstaande *beschrijvende* analyse zijn de verschillen tussen de functiegroepen beschreven voor zover deze opvallend waren.

<sup>2</sup> De webenquête is in opdracht van het RIVM uitgevoerd door het bureau iResearch (van Cromvoirt, 2005)

<sup>3</sup> In dit hoofdstuk zijn alle percentages afgerond op hele cijfers. Hierdoor kunnen afrondingsverschillen in de totalen van de tabellen optreden. Respondenten waren verder niet verplicht om elke vraag te beantwoorden. Hierdoor kan het totaal van gegeven antwoorden in de tabellen lager zijn dan het aantal aangegeven respondenten. Bij sommige vragen konden meerdere antwoorden worden aangekruist. Hierdoor kan het totaal aantal antwoorden in de tabellen hoger uitvallen dan het aantal aangegeven respondenten.

### Wat is de betrokkenheid van respondenten bij m.e.r.? (vraag 3)

Tabel 5. Antwoorden vraag 3 web-enquête

Rol respondenten		initiatiefnemer		Vertegenwoordiger bevoegd gezag		Opsteller rapport		overig		Niet ingevuld	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Functie respondenten		N									
Medewerker GGD	20	0	0	2	10	0	0	16	80	2	10
Medewerker adviesbureau	11	1	9	1	9	9	82	5	45	0	0
m.e.r.-Coördinator provincie	3	2	67	2	67	2	67	0	0	0	0
Beleidsambtenaar gemeente	10	2	20	8	80	4	40	1	10	0	0
Beleidsambtenaar provincie	3	0	0	2	67	0	0	1	33	0	0
Bestuurlijk verantwoordelijke	7	4	57	3	43	1	14	1	14	0	0
Ongeldig/niet ingevuld	2	1	50	1	50	0	0	0	0	0	0
Alle groepen	56	10	18	19	34	16	29	24	43	2	4

Uit Tabel 5 wordt duidelijk dat de respondenten op verschillende manieren zijn betrokken bij m.e.r., namelijk als initiatiefnemer, vertegenwoordiger van het bevoegde gezag, opsteller van het MER of op andere wijze. Verder valt op dat de groep 'overig' groot is (24; 43%). Dit betekent dat de antwoordcategorieën voor deze vraag onvoldoende onderscheidend waren voor een analyse van verschillen in antwoorden op vragen tussen groepen respondenten. Bij nadere beschouwing blijkt dat deze groep zichzelf in hun toelichting 'adviseurs' bij m.e.r.-trajecten noemt en voor het merendeel (16; 80%) uit GGD-medewerkers bestaat. Vanwege de grote groep 'overig' zijn de verdere analyses van de antwoorden op de overige vragen niet naar 'rol' maar naar 'functie' gedaan. Daarbij zijn de resultaten van de twee niet in te delen personen niet meegerekend omdat de door hen aangegeven functies in dit onderzoek niet zijn meegenomen.

### Welke definitie van gezondheid kan het beste gehanteerd worden bij m.e.r.? (vraag 4)

Tabel 6. Antwoorden vraag 4 web-enquête

Definitie van gezondheid		Afwezigheid ziekte		Vermogen tot functioneren		Staat van fysiek, psychisch, sociaal welbevinden		Anders	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Functie respondenten		N							
Medewerker GGD	20	1	5	3	15	18	90	0	0
Medewerker adviesbureau	11	2	18	0	0	7	64	1	9
m.e.r.-Coördinator provincie	3	0	0	0	0	3	100	0	0
Beleidsambtenaar gemeente	10	0	0	0	0	9	90	1	10
Beleidsambtenaar provincie	3	0	0	0	0	3	100	0	0
Bestuurlijk verantwoordelijke	7	1	14	1	14	4	57	1	33
Alle groepen	54	4	7	4	7	44	81	3	5

Een ruime meerderheid (44; 81%) van de respondenten bleek het ‘brede gezondheidsconcept’ van de World Health Organisation (‘een staat van fysiek, psychisch en sociaal welbevinden’) passend te vinden voor toepassing in m.e.r. (Tabel 6). Twee invullers hadden een eigen, andere definitie van gezondheid, die sterk aan milieuaspecten was gekoppeld:

- ‘Gezondheid is de mate waarin milieuaspecten de leefomgeving en het functioneren van mensen kan beïnvloeden’
- ‘Gezondheid naar algemeen erkende maatstaven tav lucht et cetera.’

*Is er voldoende aandacht voor gezondheid in m.e.r.? (vraag 5)*

Tabel 7. Antwoorden vraag 5 web-enquête

Aandacht voor gezondheid		Veel te veel		Enigszins te veel		Enigszins te weinig		Veel te weinig	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Functie respondenten	N								
Medewerker GGD	20	0	0	0	0	10	50	9	45
Medewerker adviesbureau	11	0	0	2	18	6	55	2	18
m.e.r.-Coördinator provincie	3	0	0	0	0	1	33	2	67
Beleidsambtenaar gemeente	10	0	0	0	0	6	60	3	30
Beleidsambtenaar provincie	3	0	0	0	0	3	100	0	0
Bestuurlijk verantwoordelijke	7	1	14	3	43	2	29	0	0
Alle groepen	54	1	2	5	9	28	52	16	30

In totaal vond een ruime meerderheid van de respondenten (44; 82%) dat er op dit moment niet voldoende (‘enigszins te weinig’ of veel te weinig) aandacht besteed wordt aan gezondheid in m.e.r. (Tabel 7). Wanneer respondenten werkzaam bij de GGD (20) niet worden meegenomen, vond nog steeds 71% (24) van de overige (34) respondenten dit. Opvallend is verder dat vooral respondenten uit de groep *bestuurlijk verantwoordelijken* deze optie ‘enigszins te veel’ of ‘veel te veel’ hebben aangekruist.

Wanneer dienen gezondheidseffecten in het MER te worden beschreven? (vraag 6)

Tabel 8. Antwoorden vraag 6 web-enquête

Functie respondenten	Wanneer gezondheid meenemen		nooit		altijd		Bij ongerustheid onder bevolking		Bij aspecten aansluitend bij gezondheidsbeleid		Bij evident ernstige effecten		Vereist door wet- en regelgeving		anders	
	N	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Medewerker GGD	20	0	0	13	65	5	25	4	20	4	20	4	20	2	10	
Medewerker adviesbureau	11	0	0	3	27	6	54	5	46	6	46	5	45	1	9	
m.e.r.-Coördinator provincie	3	0	0	2	67	0	0	0	0	0	0	0	0	1	33	
Beleidsambtenaar gemeente	10	0	0	3	30	1	10	1	10	2	20	2	20	3	30	
Beleidsambtenaar provincie	3	0	0	1	33	1	33	0	0	1	33	0	0	1	33	
Bestuurlijk verantwoordelijke	7	2	29	0	0	1	14	2	29	1	14	2	29	2	29	
Alle groepen	54	2	4	22	41	14	26	12	22	14	26	13	24	10	19	

Op deze vraag kon men meer dan één antwoord aankruisen. Bij 22 respondenten luidde het antwoord 'altijd' en bij 2 'nooit'. Van deze 24 respondenten waren er slechts 4 die ook nog een ander antwoord aan hebben gekruist. De overige respondenten (30, 55%) laat dus het antwoord afhangen van de context: 'bij ongerustheid onder de bevolking', 'bij evident ernstige effecten', 'vereist door wet en regelgeving' en/of 'bij aspecten die aansluiten bij het gezondheidsbeleid' (zie Tabel 8). Ieder van deze categorieën is door ongeveer een kwart van de respondenten aangekruist.

Er is een opvallend verschil tussen respondenten met verschillende functies wat betreft de antwoordcategorie 'nooit'. Deze categorie werd uitsluitend door bestuurlijk verantwoordelijken aangekruist (zie Tabel 8). Omgekeerd werd de antwoordcategorie 'altijd' relatief vaak gekozen door GGD-medewerkers: 65% van deze groep koos deze optie en van de 22 respondenten die dit antwoord kozen waren er 13 GGD'er (60%). De andere groepen waren minder positief: niet één bestuurlijk verantwoordelijke en maximaal één derde van de respondenten uit de overige groepen vindt dat gezondheid altijd moet worden meegenomen in m.e.r..



*Welke aspecten van gezondheid zijn van belang bij besluitvorming over m.e.r.-plichtige projecten? (vraag 7)*

Tabel 9. Antwoorden vraag 7 web-enquête

Type gezondheidsaspecten		Milieu gerelateerd		Sociaal gerelateerd		Leefstijl gerelateerd		Anders	
Functie	N	n	%	n	%	n	%	n	%
Medewerker GGD	20	20	100	12	60	16	80	2	10
Medewerker adviesbureau	11	11	100	2	18	3	27	0	0
m.e.r.-Coördinator provincie	3	3	100	1	33	1	33	1	33
Beleidsambtenaar gemeente	10	10	100	2	20	1	10	0	0
Beleidsambtenaar provincie	3	3	100	0	0	0	0	0	0
Bestuurlijk verantwoordelijke	7	4	57	0	0	0	0	3	43
Alle groepen	54	51	94	17	32	21	39	6	11

Bij deze vraag kon men meerdere antwoorden aankruisen. Bijna alle respondenten (51; 94%) vinden logischerwijs ‘milieugerelateerde aspecten’ van belang bij besluitvorming over m.e.r.-plichtige projecten (Tabel 9). Een uitzondering vormen de bestuurlijk verantwoordelijken. Van de 7 personen met deze functie kruisten er slechts vier deze antwoordoptie aan. Daarnaast vindt ongeveer een derde dat er ook naar sociaal- en leefstijlgerelateerde gezondheidseffecten moet worden gekeken. Dit zijn voor het grootste deel (ruim 70%) medewerkers van de GGD.

Uit de toelichtingen van respondenten bij deze vraag komen grofweg twee standpunten naar voren. Enerzijds zijn er respondenten die m.e.r. echt alleen op milieu-effecten willen richten (‘We praten over een MILIEU-effect rapportage’. ‘De overige aspecten lijken me erg ver gezocht; Zo kan je alles wel ophangen aan een project, of het project overall de veroorzaker van vinden.’). Er lijkt vrees te bestaan voor een verbreding die in de praktijk onwerkbaar zal zijn. Anderzijds zijn er respondenten die vinden dat het belang van de verschillende aspecten afhangt van het project of plan in kwestie, maar dat dit goed geëxpliciteerd moet worden (‘Mijn voorkeur is om wanneer gezondheid wordt opgenomen, dit uiterst zakelijk te houden anders zie ik de omvang van een m.e.r. alleen maar exponentieel toenemen.’; ‘Is sterk afhankelijk van het m.e.r.-onderwerp. Bij een oprichtings-m.e.r. van een chemische installatie zullen verkeer en speelruimte geen rol spelen; Bij een m.e.r. voor het aanbouwen van een nieuwe stad spelen lucht en bereikbaarheid, leefstijl maar ook de veiligheid en openbare speelruimte et cetera een grotere rol.’).

*Wat is nodig voor betere integratie van gezondheidseffecten in m.e.r.? (vraag 8)*

Tabel 10. Antwoorden vraag 8 web-enquête

Functie	Wat nodig is		Deskundigheid		Financiële middelen		Tijdsinvestering		Politiek/bestuurlijk draagvlak		Criteria over relevantie		Instrumenten/methoden		Wet- en regelgeving		Anders	
	N	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Medewerker GGD	20	18	90	15	75	11	55	12	60	9	45	10	50	9	45	2	10	
Medewerker adviesbureau	11	8	72	2	18	1	9	6	55	7	64	6	55	4	36	1	9	
m.e.r.-Coördinator provincie	3	2	67	0	0	1	33	1	33	1	33	2	67	1	33	0	0	
Beleidsambtenaar gemeente	10	3	30	2	20	2	20	4	40	7	70	1	10	1	10	2	20	
Beleidsambtenaar provincie	3	2	67	0	0	0	0	2	67	2	67	0	0	0	0	1	33	
Bestuurlijk verantwoordelijke	7	1	14	2	29	2	29	1	14	6	87	3	43	1	14	0	0	
Alle groepen	54	34	63	21	39	17	32	26	48	32	59	22	41	16	30	6	11	

Bij deze vraag kon men meerdere antwoorden aankruisen. De antwoordcategorieën ‘deskundigheid’ (35 respondenten) en ‘criteria over relevantie’ (33 respondenten) zijn de meest aangekruiste (zie Tabel 10). Op de derde plaats (26 respondenten) komt ‘politiek/bestuurlijk draagvlak’. In de toelichtingen komen vooral termen als helder, éénduidig, objectief en meetbaar voor. Eén respondent schreef: ‘Als je iets wil moet je duidelijk maken waarom en wanneer het echt belangrijk is. niet omdat het mode is.’. Een meerderheid (63%) van de respondenten vindt dat ‘deskundigheid’ een voorwaarde om in m.e.r. meer aandacht aan gezondheid te kunnen besteden. De medewerkers van GGD’en en adviesbureau’s lijken hierbij het stelligst en bestuurlijk verantwoordelijke het minst (slechts één van de zeven kruiste deze optie aan). Ook de antwoordcategorie ‘financiële middelen’ wordt vooral door GGD-medewerkers aangekruist (75% van de respondenten in deze groep en 70% van het totaal). Provinciaal m.e.r.-coördinatoren en provinciale beleidsambtenaren hebben deze keuze in geen enkel geval aangekruist.

*Waar moet gezondheid in een MER aan de orde komen? (vraag 9)*

Tabel 11. Antwoorden vraag 9 web-enquête

Waar gezondheid aan de orde		In het rapport opgenomen		Aparte rapportage		anders	
Functie	N	n	%	n	%	n	%
Medewerker GGD	20	15	75	5	25	3	15
Medewerker adviesbureau	11	8	72	2	18	2	18
m.e.r.-Coördinator provincie	3	3	100	1	33	1	33
Beleidsambtenaar gemeente	10	9	90	1	10	1	10
Beleidsambtenaar provincie	3	2	67	0	0	1	33
Bestuurlijk verantwoordelijke	7	3	43	0	0	4	57
Alle groepen	54	40	74	9	17	12	22

Bij alle groepen respondenten is er een voorkeur om gezondheid in m.e.r. aan de orde te laten komen als paragraaf in het MER (Tabel 11). De 13 personen die hier als antwoord ‘anders’ hadden aangekruist waren blijkens hun toelichting deels voorstanders van integratie in het MER. Zij gaven daarvoor meer inhoudelijke instructies zoals ‘Graag zo duidelijk mogelijk en voor iedereen te begrijpen uitgelegd in hoogstens 1 A4. Dit maakt het voor bewoners het beste mogelijk om gezondheid te gebruiken bij hun standpuntbepaling’. Er waren echter ook 8 personen die voor een aparte rapportage pleitten om gezondheid een prominentere plaats te geven. Een enkeling vond dat dit van geval tot geval moest worden bekeken: ‘Nog moeilijk te zeggen. Ik kan me voorstellen dat bij sommige projecten een gezondheidsparagraaf voldoende zou kunnen zijn, terwijl bij andere projecten gezondheid misschien wel een belangrijker item is dan milieu. Beide opties zijn wat mij betreft mogelijk’. En één invuller gaf als antwoord kortweg: ‘niet!’.

Als laatste vraag was in de enquête het verzoek opgenomen om mee te werken aan een interview. Hierop hebben 24 respondenten positief gereageerd. Het volgende hoofdstuk gaat in op de resultaten van de interviews.



## 6. Resultaten interviews

Vijf personen zijn geïnterviewd volgens het protocol in Bijlage VII. Hierbij waren initiatiefnemers, bevoegd gezag, opstellers en adviseurs vertegenwoordigd. Vertegenwoordigers van de overheid hebben in de praktijk soms meerdere rollen, namelijk die van bevoegd gezag, initiatiefnemer, adviseur en opsteller van milieueffectrapporten. Gezien het kleine aantal kunnen de uitkomsten niet representatief zijn voor de mening van het veld. Het was vooral de bedoeling de uitkomsten van deze studie meer reliëf te geven door met m.e.r.-ervaringsdeskundigen te spreken. Hieronder worden alleen opvallende punten die meer dan eenmaal ter sprake kwamen besproken. Er wordt onderscheid gemaakt in inhoudelijke, procedurele, organisatorische en instrumentele aspecten die zijn besproken in de interviews.

### *Inhoudelijke aspecten*

De interviews bevestigen het beeld uit andere onderdelen van deze verkenning dat gezondheid zelden als zodanig wordt benoemd en het eigenlijk uitsluitend gaat om toetsing van milieufactoren aan normen die deels zijn gebaseerd op gezondheidkundige criteria. Aan de andere kant neemt men in de praktijk vaak al meer dan alleen verplichte factoren mee (visuele hinder, reistijd verlies doelgroepen, economische kanten). Deze zijn in de ogen van betrokkenen bij m.e.r. vanzelfsprekend omdat er in de loop der jaren consensus is gegroeid over het belang ervan. Ook over de wijze van inclusie is in die gevallen eenstemmigheid. Veel van de geïnterviewden vinden het daarom niet alleen wenselijk maar ook mogelijk om gezondheid breder mee te nemen dan nu. De 'brede' plan-m.e.r. geeft hiervoor betere mogelijkheden dan de meer gedetailleerde project-m.e.r.

In dit verband werd ook meerdere malen aangegeven dat het meenemen van gezondheid in de m.e.r. niet de belangrijkste weg naar gezondheidswinst is. Als het bijvoorbeeld nodig is om beweeggedrag in de binnenstad te stimuleren via ruimtelijke ordening dan kan dat ook door met goede argumentatie relevante *stakeholders* te overtuigen om mee te werken aan het behalen van die doelstelling. Als deze aspecten vervolgens ook nog in m.e.r.- procedures aan de orde komen, dan zullen deze twee manieren van aandacht vragen voor gezondheid elkaar alleen maar versterken.

Naast het meenemen van nieuwe gezondheidsaspecten zoals bijvoorbeeld verkeersveiligheid, barrièrewerking en bereikbaarheid, is meerdere malen aangegeven dat cumulatievraagstukken onvoldoende aan de orde komen: op dit moment wordt elke factor apart besproken en worden onvoldoende analyses gedaan over de totale impact op de volksgezondheid.

Een belangrijk aandachtspunt was de inhoudelijke en communicatieve aansluiting bij het project of plan waarvan gezondheidseffecten moeten worden besproken. Bij een m.e.r.-procedure van bijvoorbeeld een bestemmings- of streekplan dienen gezondheidseffecten zo veel mogelijk uitgedrukt te zijn in de terminologie of het jargon van Ruimtelijke Ordening. Ook moet het type gezondheidseffecten dat besproken wordt, aansluiten bij de planfase die aan de orde is. Effecten (op milieu en gezondheid) moeten dus vertaald worden naar een niveau waarop de project/plandoelen ook geformuleerd worden. Pas dan kunnen beleidsmakers de bedoelde effecten van een plan of project afzetten tegen de consequenties daarvan en mogelijke alternatieven. Ook kunnen op een dergelijk 'doelniveau' mitigerende/compenserende maatregelen gevraagd worden. Desondanks zal het erg moeilijk blijven diverse elementen op een objectieve wijze te integreren tot uitspraken over welk alternatief nu het beste is. Het vergelijken van appels en peren, en het afwegen van de verschillende belangen is uiteindelijk deel van de politiek-bestuurlijke besluitvorming. Wat

m.e.r. daarbij vooral doet is het op een zo passend mogelijke wijze aandragen van informatie, het schetsen van de dilemma's en het (liefst kwantitatief) aangeven van de positieve en negatieve consequenties en de mogelijke compenserende of mitigerende maatregelen.

### *Procedurele aspecten*

Een mening die in meerdere interviews naar voren kwam, is dat niet alle gezondheidsaspecten een zelfde plek in de m.e.r.-procedure in hoeven te nemen. Sommige zaken zijn geschikt om op te nemen in de milieubeoordeling zelf en achteraf te monitoren. Hierbij gaat het met name om gezondheidsaspecten waar geaccepteerde (milieu-) normen voor bestaan. Andere zaken passen echter beter in alternatievenontwikkeling. In elk MER moeten naast het voorgestelde plan ook diverse (maatschappelijk en bestuurlijk) relevante alternatieven worden vergeleken. Het is niet ongebruikelijk dat in deze alternatieven ook allerlei andere belangen aan de orde komen. De meer kwalitatieve aspecten en/of aspecten van gezondheid waar geen normen voor bestaan, kunnen in de milieubeoordeling van de alternatieven wellicht kwalitatief vergeleken worden. In de alternatievenontwikkeling is de benadering 'kansen versterken en bedreigingen afzwakken' passend, in plaats van het nagaan of aan de normen is voldaan.

Er zijn verschillende procedurele modellen denkbaar voor het integreren van gezondheid in m.e.r. (zie hoofdstuk 4 en Bijlage VIII). Uit de interviews kwam naar voren dat in de praktijk zal blijken dat er niet één model is dat voor alle situaties geschikt is. De geïnterviewden achten een volledige integratie niet haalbaar. Het streven naar een gemeenschappelijke screening- en scopingfase, regelmatig contact tussen de opstellers van de gezondheidsbeoordeling en milieubeoordeling en eventueel een gemeenschappelijke concluderende analyse voor de besluitvorming lijkt hen een realistischer model.

De ervaring van de geïnterviewden is dat hetgeen in wet- en regelgeving gevraagd wordt in de praktijk in ieder geval gebeurt. Maar daarnaast wordt een sterk stimulerende invloed toegedicht aan de richtlijnadviezen van de Commissie voor de m.e.r. Als de Commissie bepaalde gezondheidsaspecten in haar richtlijnadviezen zou opnemen, dan is dit een belangrijke stimulans om in het MER op die aspecten in te gaan.

De ervaring van enkele geïnterviewden is dat gezondheidsgerelateerde issues vaak via inspraak op de agenda komen van de m.e.r.-procedure. Zo leidde de vraag van een inwoner van Jacobswoude uiteindelijk tot een GGD advies binnen het m.e.r. traject over het geplande windmolenpark. Het meenemen van gezondheid in m.e.r. en participatie van burgers in project en planvorming blijken elkaar in de praktijk dus te versterken. Een ander voorbeeld hiervan is de toepassing van het Belevingswaarde Onderzoek van de Bouwdienst Rijkswaterstaat. Belevingswaarde is een onderdeel van de sociale determinanten van gezondheid en geeft aan hoe omwonenden bepaalde aspecten van hun leefomgeving beleven en waarderen. De methodiek is toegepast in de voorfase van een nog niet afgeronde MER over de provinciale weg N340 tussen Zwolle en Ommen (Cox, 2003). Het onderzoek leverde belangrijke informatie op over wat voor de bewoners rond deze weg belangrijke kenmerken waren in termen van beleving. Het leidde echter ook tot een bundeling van vier bewonersgroepen tot één gesprekspartner, wat de inbreng van de bewoners ten goede kwam. De ervaring leert tegelijkertijd dat de discussies in inspraakrondes met betrekking tot gezondheidsgerelateerde onderwerpen snel gedomineerd worden door enkele sprekers. Meer en betere aandacht voor gezondheid in de m.e.r.-procedure zou kunnen helpen de discussie ten aanzien van gezondheidsaspecten te objectiveren.

Hoewel bijna alle geïnterviewden aangaven in m.e.r. ook ruimte te zien voor kwalitatieve informatie over gezondheidseffecten, vonden enkele van hen dat kwantitatieve onderbouwing effectiever is bij het informeren van beslissers. Kansen en risico's zijn dan helderder te communiceren. Daarnaast zien de geïnterviewden wet- en regelgeving als een gunstige maar niet makkelijk te bereiken stimulans voor inclusie van gezondheidsaspecten in m.e.r. Wettelijk geregelde aspecten zullen bij bestuurlijke keuzen altijd meer doorslag geven.

Een aantal verbeteringen wat betreft inclusie van gezondheid in m.e.r. is waarschijnlijk relatief snel en eenvoudig te implementeren. Integratie van gezondheid in de breedste zin van het woord vergt echter een langer implementatietraject. In één interview werd aangegeven dat het goed is om eerst de gemakkelijk te behalen winst te realiseren. Deze respondent gaf aan het jammer te vinden als de 'quick wins' verloren zouden gaan in het streven naar een veel bredere 'scope'.

Tenslotte merkten de respondenten op dat betere integratie van gezondheid in m.e.r. niet mag leiden tot (veel) langere procedures.

#### *Organisatorische aspecten*

Een belangrijke vraag is welke organisaties en beroepsgroepen de gezondheidsbeoordelingen binnen m.e.r. zouden moeten uitvoeren. Ook van belang of bij daar dan wel capaciteit en wil is om deze rol op zich te nemen. De verwachting van de meeste geïnterviewden is dat dit per situatie zal verschillen en dat een flexibele organisatievorm dus passend is. Aan de andere kant was er in grote lijnen consensus over de basale rolverdeling: de Commissie voor de m.e.r. moet in haar richtlijnadviezen, al of niet ondersteund door wet- en regelgeving, vragen om het (breder) meenemen van gezondheid; het bevoegd gezag moet deze adviezen overnemen en de lokale GGD (of andere organisaties met gezondheidsexpertise) betrekken bij de procedure, bijvoorbeeld via de begeleidingsgroep van het MER. Marktpartijen zullen vanzelf zorgen dat ze gezondheidskennis in huis hebben en deze toepassen wanneer de markt daarom vraagt. Aan beide kanten dient gezondheidskennis aanwezig te zijn: bij het bevoegd gezag via de GGD en bij de initiatiefnemer via de adviesbureau's.

Naast het inbrengen van inhoudelijke kennis zien de geïnterviewden de GGD ook als mogelijke partij om (eventueel los van elkaar uitgevoerde) gezondheidsbeoordelingen en milieubeoordelingen te integreren voor de besluitvorming. Met name de medisch milieukundigen worden daarbij genoemd. De verwachting is dat de GGD'en die rol ook wel zouden willen spelen, maar dan moet daar wel meer capaciteit en geld voor beschikbaar zijn. De geïnterviewden merkten op dat gezondheidsexperts getraind dienen te zijn in de vakgebieden die een rol spelen bij de m.e.r. waarover ze adviseren. Het gaat hier bijvoorbeeld om kennis over ruimtelijke ordening, planologie en het proces van planvorming. In meer algemene zin zouden *alle* inhoudelijk betrokkenen getraind moeten worden om doelen in begrijpelijke taal op te stellen die door andere betrokken disciplines bij m.e.r. verstaan kunnen worden.

Uit de interviews kwam naar voren dat het streven naar het laten schrijven van het MER door één multidisciplinair geïntegreerd team niet kansrijk is. Beter zou zijn dat meerdere organisaties vanuit hun expertise onderdelen beschrijven, waarna een generalist de bijdragen uiteindelijk op een gelijkwaardige manier verbindt en voor de beslissers samenvat. De meeste MER-schrijvers bij bijvoorbeeld adviesbureaus werken al als generalisten die verschillende invalshoeken integreren. Dit zijn vaak mensen met een bestuurskundige achtergrond.

Om het beter integreren van gezondheid in m.e.r. kansrijk te maken is het nodig dat er één of meer invloedrijke instanties achter gaan staan. Dit kunnen bijvoorbeeld de ministeries van VWS en VROM of andere belangrijke instanties zijn. Zij moeten zorgen voor de noodzakelijke randvoorwaarden (onder meer aandacht, wet-en regelgeving en organisatie van voldoende financiële middelen).

#### *Instrument*

Een handreiking voor integratie van gezondheid wordt als zeer nuttig beschouwd. Over een dergelijke handreiking zijn een aantal opmerkingen gemaakt:

- Welke handreiking ook wordt gemaakt, deze moet breed worden uitgezet met veel aandacht voor communicatie.
- De handreiking zou per soort projecten moeten aangeven welke gezondheidsaspecten relevant zijn (screening). Daar hoort ook een onderbouwing bij.
- De handreiking zou moeten aangeven hoe deze gezondheidsaspecten in de m.e.r. procedure c.q. het MER geïntegreerd moeten worden. Wanneer bijvoorbeeld wordt aanbevolen een hoofdstuk over gezondheid in het MER op te nemen, dan is er ook behoefte aan suggesties ten aanzien van de vormgeving van dit hoofdstuk.
- De aanbevelingen en methodes in een handreiking moeten wel iets extra opleveren bovenop de gesegmenteerde aandacht voor leefomgeving (geluid, lucht, water, externe veiligheid) die er nu al wel vaak is in m.e.r. Voorbeelden van die toegevoegde waarde zijn: integratie van anders versnipperd besproken effecten of belangrijke nieuwe gezondheidsaspecten.
- Ten behoeve van de screening- en scopingfase zou voor een aantal soorten projecten of plannen wellicht een causale ketenbeschrijving gemaakt kunnen worden waarin de relatie met gezondheid duidelijk naar voren komt. Gebruikers die te maken hebben met eenzelfde soort project kunnen dit dan toepassen op hun specifieke project of plan.

Andere instrumenten die aan de orde zijn geweest zijn keurmerken en trainingen.

Ten aanzien van een keurmerk (bijvoorbeeld uitgegeven door de Commissie voor de m.e.r. of gezondheidsinstantie) dat aangeeft dat in een MER de gezondheid goed is meegenomen waren de meningen verdeeld. Vanuit overheidsperspectief is gesteld dat er bij initiatiefnemers vaak al zoveel goede wil en behoefte aan positieve PR is, dat een keurmerk niet in meer of betere integratie van gezondheid in m.e.r. zal resulteren. Een keurmerk kan bovendien resulteren in een *overkill* aan procedures. Wanneer bij de uitwerking van gezondheidsaspecten gekoppeld aan m.e.r. een duidelijke werkwijze en transparantie vereist is, dan kan veel bereikt worden zonder keurmerk. Vanuit de adviesbureaus is echter ingebracht dat voor het verkrijgen van zo'n keurmerk waarschijnlijk wel interesse bestaat wanneer de inspanning daarvoor past bij de (financiële) maat van m.e.r. en wanneer het keurmerk ook onderscheidend en daarmee nastrevenswaardig is.

Ten aanzien van trainingen is door de geïnterviewden vooral de noodzaak aangegeven van meer kennis over proces en inhoud van m.e.r. bij diegene die integratie van gezondheid in m.e.r. moeten vormgeven.



## 7. Discussie

### *Inleiding*

Dit onderzoek moet antwoord geven op de vraag of het mogelijk is om gezondheid (beter) te integreren in m.e.r. Met behulp van analyses van enkele m.e.r.'s, een uitgebreid literatuuronderzoek, een peiling onder betrokkenen en enkele diepte-interviews, is een beeld geschetst van de plaats die gezondheid inneemt in de huidige praktijk van de milieueffectrapportage. Ook is een beeld verkregen over de mogelijkheden en wensen in het veld met betrekking tot het meenemen van gezondheid in m.e.r. Deze kennis kan worden geïntegreerd tot een antwoord op de door de opdrachtgever gestelde vragen.

### *Toegevoegde waarde*

Ten opzichte van eerder onderzoek (zie Tabel 2, bladzijde 19) zijn belangrijke toegevoegde waarden van dit onderzoek:

- De opstellers van milieueffectrapporten zijn als relevante groep *stake-holders* betrokken;
- Er heeft niet alleen een analyse van de feitelijke aandacht voor gezondheid plaatsgevonden, maar er is ook rekening gehouden met de relevantie van gezondheid voor de m.e.r. in kwestie;
- Er is een veel grotere peiling van meningen in het veld van m.e.r. gehouden dan tot nu toe is uitgevoerd;
- Er heeft een actualisatie en uitbreiding plaatsgevonden met ervaringen uit binnen- en buitenland.

Net als bij de eerdere onderzoeken is het aantal geanalyseerde rapporten en gehouden interviews beperkt. Door de diversiteit aan databronnen (het uitgebreide literatuur onderzoek, de web-enquête en de eerdere Nederlandse studies) kunnen naar de mening van de auteurs toch voorzichtige conclusies worden getrokken.

Het gaat in de discussie om twee vragen die verband houden met de onderzoeksopdracht:

1. *Kan de beoordeling van gezondheidseffecten van projecten of beleid in m.e.r. worden geïntegreerd?*
2. *Wat zijn de kenmerken van een instrument dat bijdraagt aan betere integratie van gezondheid in m.e.r.?*

De eerste vraag kan het beste beantwoord worden door een analyse van de huidige praktijk en evaluatie van de meningen van betrokkenen bij m.e.r.

Over de bestaande praktijk zijn de resultaten van dit onderzoek eensluidend. Zowel in Nederland als daarbuiten is vastgesteld dat gezondheid vooral indirect wordt meegenomen in m.e.r. Het gaat dan vooral om de gevolgen van blootstelling aan fysieke milieufactoren zoals geluid en verontreiniging van bodem, water en lucht. De aandacht is indirect omdat vooral wordt gekeken naar overschrijding van milieunormen, met de impliciete veronderstelling dat daarmee ook gezondheid afdoende gedekt is. Er wordt weinig gekeken naar daadwerkelijke blootstelling respectievelijk de kans op gezondheidseffecten. Ook is er weinig aandacht voor een eventuele cumulatie van blootstelling en gevolgen daarvan voor de gezondheid.

In tegenstelling tot de mogelijke effecten van fysieke milieufactoren, komen de effecten op andere gezondheidsdeterminanten nauwelijks aan de orde in m.e.r. Daarbij moet worden opgemerkt dat voor de in dit onderzoek bekeken *project-m.e.r.*'s de gezondheidsdeterminanten leefstijl en toegang tot zorg ook volgens de toegepaste criteria

minder relevant bleken. Voor de *plan-m.e.r.*'s leken deze gezondheidsdeterminanten echter wel relevant maar werd er ook daar geen aandacht aan besteed. Het is volgens de literatuur en de interviews overigens een algemeen gegeven dat aandacht voor dergelijke gezondheidsdeterminanten makkelijker past in een *plan-m.e.r.* dan in een *project-m.e.r.*

Blijkens de opdracht tot dit onderzoek is (betere) integratie van gezondheid in *m.e.r.* gewenst door de Rijksoverheid. Ook formele kaders als het Actieplan Gezondheid en Milieu, de Europese SMB richtlijn en het UN/ECE SMB protocol roepen hiertoe op.

Dit onderzoek laat zien dat van integratie van gezondheid in *m.e.r.* positieve effecten verwacht worden. Zo kan integratie versnippering in vele naast elkaar uitgevoerde, en soms tegenstrijdige, effectrapportages voorkomen. Door integratie kan de beleidsontwikkeling daarom efficiënter ondersteund worden. Bovendien kunnen, wanneer gezondheid een betere plek in *m.e.r.* krijgt, ook andere dan alleen milieugerelateerde gezondheidsaspecten aan de orde komen. Er valt dan gezondheidswinst te behalen, aldus één van de geïnterviewden, al moet in het oog worden gehouden dat *m.e.r.* daar een relatief kleine bijdrage aan levert.

Voorts verwacht men betere communicatie met burgers wat betreft gezondheidsrisico's van projecten of plannen. Integratie kan tenslotte bijdragen aan duurzame ontwikkeling.

Uit dit onderzoek blijkt ook een positieve houding in het veld ten aanzien van verdergaande integratie van gezondheid in *m.e.r.*: ruim 80% van de respondenten gaf in de web-enquête aan de aandacht voor gezondheid in *m.e.r.* niet voldoende te vinden. Wanneer respondenten werkzaam bij een GGD niet worden meegeteld, dan was nog steeds 71% van de overige respondenten deze mening toegedaan. Eenzelfde positieve houding is ook vastgesteld door Kolkman blijkens zijn conclusie 'alle actoren zijn het er over eens dat een beschrijving van gezondheidseffecten in het MER thuishoort.' (Kolkman, 2000).

Waarom is de praktijk desondanks zoals hierboven geschetst? Wat staat betere integratie van gezondheid in *m.e.r.* in de weg? De gevonden resultaten suggereren diverse antwoorden op deze vragen.

Ten eerste zijn er kritische geluiden, vooral onder bestuurders. Enkelen gaven zelfs aan dat zij de huidige aandacht voor gezondheid juist te veel vinden, respectievelijk dat zij nooit gezondheidseffecten in *m.e.r.* willen meenemen. Uit de toelichting bij de antwoorden blijkt dat deze groep verwacht dat meenemen van gezondheid in *m.e.r.* gaat leiden tot zeer omvangrijke milieueffectrapporten met veel subjectiviteit en daarmee willekeur ('hobbyisme') en onnodige discussies met insprekers. Aangezien de bestuurders als bevoegd gezag via het vaststellen van richtlijnen een zeer belangrijke stem hebben, is het plausibel te veronderstellen dat hun kritische houding een belangrijke belemmering vormt voor betere integratie van gezondheid in *m.e.r.*

Ten tweede vonden wij in de literatuur verwijzingen naar de rol van beperkte wet- en regelgeving over dit onderwerp. Hoewel de aandacht voor dit onderwerp zeker ook een formele kant kent in Europese en internationale richtlijnen en verdragen, is een *uitwerking* daarvan nog nauwelijks opgenomen in wet- en regelgeving. Voor zover dit wel het geval is, bijvoorbeeld in Canada en Nieuw Zeeland, is niet bekend in hoeverre dit ook echt leidt tot een betere integratie van gezondheid in *m.e.r.* Dat dit niet per se het geval is blijkt wel uit het feit dat in Nieuw Zeeland gezondheid sinds invoering van de Health Strategy 2000 juist weer is losgekoppeld van het beoordelingsproces van milieueffecten. Op deze wijze hoopt men gezondheid op een meer intersectorale wijze en met meer aandacht voor gezondheidsdeterminanten te kunnen behandelen dan (kennelijk) in *m.e.r.* mogelijk was. In de interviews stelden de respondenten diverse malen dat het heel effectief zou zijn wanneer integratie van gezondheid in *m.e.r.* zou worden geregeld in wet- en regelgeving. In

de web-enquête werd dit echter pas als zesde factor in een reeks van acht genoemd. Wet- en regelgeving wordt dus wel als belangrijke (30% respondenten), maar niet als absolute randvoorwaarde beschouwd.

Ten derde wordt zowel in de literatuur als in de web-enquête aangegeven dat het gebrek aan methoden, instrumenten en met name criteria voor integratie van gezondheid in m.e.r. als groot knelpunt wordt ervaren. Ook in de interviews is uitdrukkelijk naar voren gebracht dat bij het veld geen behoefte bestaat aan het altijd meenemen van alle facetten van gezondheid. Weliswaar gaf een ruime meerderheid van de GGD respondenten in de web-enquête aan dat er in m.e.r. *altijd* aandacht aan gezondheid moet worden besteed, van de overige respondenten vond echter minder dan een kwart dit. Indeling van gezondheidseffecten volgens een model van determinanten zoals het VTV-model is daarom waarschijnlijk hanteerbaarder voor betrokkenen bij m.e.r. dan een breed gedefinieerd en daardoor ongreepbaar gezondheidsconcept.

Hoewel kwantificering door bijna niemand als de enige manier wordt gezien om gezondheidseffecten te beschrijven, leert de ervaring, aldus de geïnterviewden, dat kwantitatieve effectbeschrijvingen makkelijker effect sorteren in de besluitvorming. Een vierde verklaring voor de huidige praktijk is dan ook dat voor veel gezondheidseffecten vaak onvoldoende data en methoden om te kwantificeren beschikbaar lijken te zijn. Uiteraard bestaan er wel epidemiologische methoden en rekenmodellen, maar deze worden tot op heden niet in de m.e.r.-context toegepast.

Een vijfde factor betreft het ontbreken van voldoende deskundigheid bij degene die gezondheid in m.e.r. handen en voeten moet geven. Zowel bij de initiatiefnemer als aan de kant van het bevoegd gezag dienen kennis en vaardigheden aanwezig te zijn om gezondheid in de verschillende fases van m.e.r. mee te kunnen nemen. Enerzijds bleek uit de interviews dat opstellers van MER rapporten vaak generalisten zijn die gewend zijn om te integreren. Anderzijds is ondubbelzinnig de behoefte aan handreikingen voor de screening- en scopingfasen vastgesteld. Ook is het nodig dat diverse betrokkenen getraind worden in de communicatie met andere relevante sectoren. Wanneer bijvoorbeeld een GGD medewerker al op de hoogte is van het proces van planvorming en het jargon van ruimtelijke ordening, dan wordt de kans op integratie van gezondheid in een streekplan vele malen groter dan wanneer ieder zijn eigen taal spreekt.

Tenslotte is een belangrijke zorg in het veld dat de benodigde hoeveelheid tijd en geld om gezondheid (breder) te integreren in m.e.r. niet in verhouding staat tot de noodzaak, opbrengsten en de kosten van m.e.r. Wanneer er sprake is van evident ernstige effecten op de volksgezondheid die rechtstreeks en kwantitatief aan een plan of project kunnen worden toegeschreven, dan zal er weinig weerstand zijn om de initiatiefnemer deze te laten beschrijven en ze te mitigeren. In alle overige gevallen zal de partij die verzoekt om (breder) meenemen van gezondheid ook de benodigde middelen beschikbaar moeten stellen. In zijn algemeenheid is er weinig draagvlak voor een uitgebreidere en daarmee tijdrovende en duurere m.e.r.

Bovenstaande factoren zijn bij elkaar bepalend voor de vraag of integratie van gezondheid in m.e.r. mogelijk is. Het antwoord op de onderzoeksvraag hangt dus af van de mate waarin aan genoemde factoren gewerkt kan worden.

Het onderzoek heeft bovendien enkele belangrijke aanwijzingen opgeleverd over de vraag naar de *procesmatige en organisatorische* invulling van integratie van gezondheid in m.e.r.

Op basis van de literatuur kan onderscheid worden gemaakt in grofweg drie procesmatige 'basis modellen' van integratie (Bijlage VIII). Dit zijn momentopnamen van een continu integratiespectrum, dat loopt van volledig gescheiden en onafhankelijk van elkaar verlopende milieu- en gezondheidsbeoordelingen aan de ene kant tot een volledig geïntegreerde milieugezondheidsbeoordeling aan de andere kant. Uitgangspunt van de onderzoeksopdracht is dat de volledige scheiding niet wenselijk is. Uit de interviews is echter gebleken dat een volledige integratie (MER-G) in lang niet alle gevallen haalbaar wordt geacht. Het streven naar een gemeenschappelijke screening- en scopingfase, regelmatig contact tussen de opstellers van de gezondheidsbeoordeling en milieubeoordeling en eventueel een gemeenschappelijke, concluderende analyse voor de besluitvorming lijkt daarom een realistischer model. Een duidelijke uitkomst van het onderzoek is ook dat er veel ruimte moet zijn om de integratie per m.e.r. anders te organiseren. Een meer gedetailleerde invulling van een integratiemodel is op dit moment dus niet wenselijk.

Er lijkt in grote lijnen wel consensus over de rolverdeling als het gaat om integratie van gezondheid in m.e.r. De Commissie voor de m.e.r. moet in haar richtlijnadviezen, al of niet ondersteund door wet- en regelgeving, specifiek vragen om het meenemen van relevante gezondheidsaspecten; het bevoegde gezag moet deze adviezen overnemen en de lokale GGD (of andere organisaties met gezondheidsexpertise) betrekken bij de procedure via de begeleidingsgroep van het MER. Marktpartijen zullen vanzelf zorgen dat ze gezondheidskennis in huis hebben en deze toepassen wanneer de markt daarom vraagt. Hoewel dit gezien de beperkte dataverzameling met enige voorzichtigheid beschouwd moet worden, lijkt deze rolverdeling alleszins redelijk, aangezien hij nauw aansluit bij de bestaande rolverdeling. Een relatief nieuwe partij in dit geheel is de GGD, met een natuurlijke rol als adviseur van het bevoegd gezag op gebied van gezondheid. De rol van de GGD (bijvoorbeeld als wettelijk adviseur) binnen de m.e.r.-procedure zou wellicht geformaliseerd kunnen worden in wet en regelgeving. Het zou dan in ieder geval kunnen gaan om medisch-milieukundige aspecten waar geaccepteerde normen voor bestaan. De medisch milieukundigen van de GGD zouden deze gezondheidsaspecten al of niet in een apart advies of in een gezondheidsparagraaf kunnen toetsen aan normen en eventueel een effectbeschrijving kunnen toevoegen. Uit de interviews kwam naar voren dat het ook voor een initiatiefnemer aantrekkelijk kan zijn als deze toetsing (of bepaalde onderdelen daaruit) plaatsvindt door een onafhankelijke gezondheidskundige instantie in plaats van door een adviesbureau.

*De tweede vraag was zoals al vermeld: Wat zijn de kenmerken van een instrument dat bijdraagt aan betere integratie van gezondheid in m.e.r.?*

Dit onderzoek heeft hierover informatie verzameld via literatuuronderzoek, de web-enquête en de interviews.

Uit de interviews en de gegeven toelichtingen bij de web-enquête bleek dat er bij het veld geen behoefte bestaat aan het altijd meenemen van alle facetten van gezondheid. Integratie van gezondheid moet altijd flexibel gebeuren en alleen als het ook echt relevant is. Dat dit ook niet nodig is, blijkt uit de analyses in dit onderzoek van een aantal rapporten. Uit Tabel 12 (Bijlage I) blijkt dat in de geanalyseerde rapporten determinanten gerelateerd aan leefstijl en toegang tot zorg slechts in één van de vijf bekeken project-MER's relevant zijn. Betrokkenen bij m.e.r. vinden duidelijke en onderbouwde criteria (60% respondenten web-enquête) en hulpmiddelen (40% respondenten web-enquête) voor screening en scoping wenselijk.

Op basis van dit onderzoek kunnen de volgende vijf kenmerken van een handreiking ten behoeve van integratie van gezondheid in m.e.r. worden benoemd:

1. De handreiking moet leiden tot enige objectivering in de screening- en scoping-fases. Met andere woorden: de toepassing van de handreiking door verschillende mensen bij eenzelfde project of plan moet leiden tot vermindering van de variatie in uitkomsten in vergelijking met een situatie zonder handleiding. Dit kan bereikt worden door per type m.e.r.-plichtig project aan te geven welke gezondheidsaspecten echt relevant zijn, inclusief een onderbouwing daarbij. Voor een aantal soorten projecten is wellicht een causale ketenbeschrijving mogelijk waarin de relatie met gezondheid duidelijk wordt gemaakt. Gebruikers die te maken hebben met eenzelfde soort project kunnen deze dan hierbij toepassen.
2. De handreiking moet aangeven *hoe* deze gezondheidsaspecten in de m.e.r.-procedure geïntegreerd moeten worden. Wanneer bijvoorbeeld wordt aanbevolen een hoofdstuk over gezondheid in het MER op te nemen, dan is er ook behoefte aan suggesties ten aanzien van de inhoudelijke vormgeving van dit hoofdstuk.
3. De handreiking moet wel iets extra opleveren. De toegevoegde waarde kan bijvoorbeeld liggen in meer aandacht voor cumulatie van effecten, integratie van anders versnipperd besproken effecten of in belangrijke nieuwe gezondheidsaspecten.
4. De handreiking moet toegankelijk, snel en eenvoudig toepasbaar zijn. Er is immers weinig draagvlak voor integratie van gezondheid in m.e.r. wanneer dit veel tijd en geld kost. Ook moet de handreiking breed worden uitgezet met een gedegen communicatiecampagne richting de beoogde gebruikers.
5. Blijkens de uitkomsten van dit onderzoek spelen intersectorale barrières op het gebied van taal en kennis van (onder andere) procedures zeker een rol bij integratie van gezondheid in m.e.r. De handreiking dient door inhoud, presentatie, opzet en taalgebruik bij te dragen aan het wegnemen van deze barrières.

Hoewel een handreiking een voor de hand liggend instrument is dat enkele van de geconstateerde knelpunten kan wegnemen, is het belangrijk nogmaals te constateren dat het belangrijkste kenmerk misschien wel is dat toepassing van de handreiking plaatsvindt in een context waarin de randvoorwaarden voor integratie van gezondheid in de huidige m.e.r. - praktijk gunstig zijn. Een handreiking zonder deze context zal weinig bijdragen aan de integratie van gezondheid in m.e.r. Een daadwerkelijke integratie in de praktijk zal niet plaatsvinden *dankzij* een handreiking maar slechts *met hulp* daarvan.

Een handreiking zal in eerste instantie gericht moeten zijn op het ondersteunen van screening en scoping. In een latere fase is een handreiking met betrekking tot de beoordelingsfase zelf wellicht nuttig. Dit geldt voor alle gezondheidsdeterminanten die relevant zijn voor de m.e.r., maar vooral voor de determinanten die nog geen onderdeel uitmaken van de huidige beoordelingspraktijk, zoals sociale omgeving en leefstijl.

In de web-enquête is deskundigheidsbevordering het vaakst genoemd als belangrijk instrument voor het bevorderen van integratie van gezondheid in m.e.r. Ruim 60% van de respondenten geeft aan dat dit nodig is. Een handreiking *op zich* leidt nauwelijks tot deskundigheidsbevordering. Trainingen kunnen een bijdrage leveren aan het vergroten van kennis en vaardigheden.



## 8. Conclusies

Aan dit rapport ligt doelstelling 7 uit het Actieprogramma Gezondheid en Milieu ten grondslag, waarin het streven naar het beter meewegen van gezondheidsbelangen bij de besluitvorming, vooral in m.e.r., centraal staat.

Uit de analyse van bestaande m.e.r.'s, het literatuuronderzoek, de enquêtes en de interviews, komt naar voren dat van integratie positieve effecten worden verwacht, zoals betere communicatie met burgers, betere ondersteuning van besluitvorming, het meewegen van nieuwe gezondheidsaspecten en een bijdrage aan duurzame ontwikkeling. Bij betrokkenen bij m.e.r. bestaat bereidheid om gezondheid, breed gedefinieerd, meer bij milieueffectrapportages te betrekken. Ook is er belangstelling voor een handreiking die hiervoor gebruikt kan worden.

Een handreiking voor integratie van gezondheid in m.e.r. kan echter alleen behulpzaam zijn als hij voldoet aan de vraag van actoren in het m.e.r.-veld. Er bestaat blijkens onze verkenning behoefte aan objectieve criteria om te bepalen aan welke aspecten er aandacht besteed moet worden bij een specifiek project of plan. Belanghebbenden, vooral de bestuurlijk verantwoordelijken, maken zich wel zorgen over een te breed georiënteerde en tijdrovende procedure. Met andere woorden: een handreiking voor integratie op maat én met mate, met een nadruk op screening en scoping.

De studie heeft echter ook laten zien dat in de praktijk, zowel in Nederland als elders, gezondheid een weinig prominente plek in m.e.r. inneemt. Ondanks kansrijke ideeën en initiatieven en reeds ontwikkeld instrumentarium ondervindt men vaak problemen bij integratie van gezondheid in m.e.r. Er moet dus worden geconcludeerd dat de praktijk weerbarstiger is dan de leer. Naast een handreiking zal dan ook aandacht nodig zijn voor andere aspecten. Deze zijn als volgt samen te vatten:

Allereerst bestaat er slechts zeer globale wet- en regelgeving omtrent gezondheid en m.e.r. Wet- en regelgeving kan blijkens ons literatuuronderzoek ondersteunend zijn. Toch lijkt in de Nederlandse situatie gedetailleerde verankering in wetten en regels geen absolute voorwaarde voor integratie van gezondheid in m.e.r. Belangrijker is dat instanties met voldoende invloed zich sterk maken voor integratie van gezondheid in m.e.r. Dit kunnen bijvoorbeeld de ministeries van VWS en VROM of andere belangrijke instanties zijn.

Van groot belang is daarnaast het bevorderen van deskundigheid van verschillende actoren in het m.e.r.-veld. De mate van deskundigheid verschilt naar gelang de rol die betrokkenen bij m.e.r. spelen, van 'bewustzijnsniveau' bij bestuurlijk verantwoordelijken en initiatiefnemers tot 'expert-niveau' bij diegenen die de gezondheidsaspecten analyseren.

Een belangrijk punt is de communicatie tussen de verschillende sectoren, enerzijds ruimtelijke ordening en milieu en anderzijds volksgezondheid. De sectoren spreken deels verschillende 'talen'. Er is een vertaalslag nodig om vanuit een gezondheidsoogpunt bij te kunnen dragen aan m.e.r. Het VTV-model, dat gezondheid uitlegt als een resultaat van verschillende determinanten, biedt uitkomst. De determinanten zijn uit te werken in bewoordingen die dicht liggen bij het taalgebruik in het m.e.r.-veld.

In dit onderzoek is ook bekeken welk integratiemodel voor gezondheid in m.e.r. het beste zou passen in de Nederlandse praktijk. Uit de interviews bleek dat een volledige integratie niet haalbaar wordt geacht. Een model waarbij gezondheidsaspecten, indien relevant, als apart

onderwerp (in een gezondheidseffectbeoordeling) beoordeeld worden, waarna de bevindingen geïntegreerd worden in het MER, lijkt de meest realistische optie. Op dit moment wordt gewerkt aan vernieuwing van het Rijksoverheidsbeleid met betrekking tot m.e.r. Het is mogelijk dat hierdoor de praktijk en procesgang rond m.e.r. zal veranderen. Het is dan ook niet zinvol om een handreiking voor gezondheid in m.e.r. te ontwikkelen die sterk gekoppeld is aan de huidige processen. Tevens vindt veel besluitvorming plaats waarbij een m.e.r. niet verplicht is, maar waarbij milieu- en gezondheidsaspecten wel in het geding kunnen zijn. Daarom is het zinnig dat een handreiking ook breder, dus voor niet m.e.r.-plichtige projecten of plannen, bruikbaar is.

### *Aanbevelingen*

De volgende activiteiten zijn ondersteunend voor integratie van gezondheid in m.e.r.:

1. Opstellen van een handreiking die helpt te bepalen aan welke gezondheidsdeterminanten aandacht besteed moet worden bij m.e.r.-plichtige projecten. De selectie van gezondheidsdeterminanten moet op basis van duidelijke criteria plaatsvinden. Bij de ontwikkeling van de handreiking kunnen de in dit onderzoek geïdentificeerde richtlijnen, checklists en instrumenten als uitgangspunt dienen. De handreiking moet daarbij:
  - passen bij cultuur en taal van het m.e.r.-veld
  - eenvoudig toepasbaar zijn
  - aandacht besteden aan cumulatie van effectenDe toepassing van de handreiking dient niet beperkt te blijven tot m.e.r.
2. Ontwikkeling van een programma om kennis en vaardigheden ten aanzien van integratie van gezondheid in m.e.r. te verbeteren. Doelgroepen zijn het bevoegde gezag, initiatiefnemers, m.e.r.-schrijvers en GGD-medewerkers. Het programma dient te differentiëren naar het benodigde deskundigheidsniveau. Een koppeling van dit programma aan de te ontwikkelen handreiking ligt voor de hand.
3. Toegankelijker maken van informatie over gezondheidsdeterminanten en de daaraan gekoppelde gezondheidseffecten die vaak relevant zijn voor m.e.r.-plichtige projecten en plannen. Ook is informatie nodig aangaande methoden om die effecten te bepalen. Het nieuwe Centrum Milieu, Gezondheid en Veiligheid zou deze informatievoorziening kunnen faciliteren. Doelgroepen zijn m.e.r.-schrijvers en bestuurlijk verantwoordelijken.
4. Ondersteuning van integratie van gezondheid in m.e.r. door belangrijke instanties waaronder de Ministeries van VROM en VWS. Vooral dient er geïnvesteerd te worden in communicatie over dit onderwerp gericht op het bevoegd gezag, ofwel de beslissers over m.e.r.-plichtige projecten. De kernboodschap is dat aandacht voor gezondheid binnen m.e.r. niet alleen wenselijk maar ook mogelijk is.
5. Wet- en regelgeving ter ondersteuning van integratie van gezondheid in m.e.r. Een alternatieve optie is om in communicatie over de bestaande wet- en regelgeving het (reeds hierin opgenomen) gezondheidsaspect sterker te benadrukken.



## Literatuur

- Alenius K. 2001. Consideration of health aspects in environmental impact assessments for roads. Stockholm, Sweden: National Institute of Public Health.
- Arquiaga MC, Canter LW, Nelson DI. 1992. Risk assessment principles in environmental impact studies. *Environ Prof* 14:204–19.
- Bakker MC. 1993. Een gezonde milieu-effectrapportage? Universiteit Maastricht, Gemeentewerken Rotterdam, Ingenieursbureau Geotechniek en Milieu.
- Birley M. 2003. Integrated assessment - Health impact assessment, integration and critical appraisal *Impact Assessment and Project Appraisal*, volume 21, number 4, pages 313–321.
- Breeze CH, Lock K. 2001. Health Impact Assessment as part of Strategic Environmental Assessment, WHO.
- British Medical Association. 1998. Health & environmental impact assessment: an integrated approach, Earthscan.
- Canter LW. 1990. Health Risk Impacts in EISs. Environmental and Ground Water Institute, University of Oklahoma.
- Commonwealth of Australia. 2001. Health Impact Assessment Guidelines. Canberra, Australia: Commonwealth Department of Health and Aged Care.
- Cox DO. 2003 Belevingswaardenonderzoek Hessenweg (N340); Fase 3: Toetsend onderzoek, Wijzer Adviesbureau, Den Haag.
- Davies K, Sadler B. 1997. Environmental Assessment and Human Health: Perspectives, Approaches and Future Directions. Z.pl. Canada: Health Canada.
- Debats P, Gielkens S, Levels P. 1997. Gezondheidseffecten in het MER. *KenMERken* 4: 20-23.
- Demidova O., Cherp A. 2005. Risk assessment for improved treatment of health considerations in EIA. *Environmental Impact Assessment Review* 2005 (25): 411-29
- Europese Unie. 2001. Richtlijn 2001/42/EG van het Europees Parlement en de Raad van 27 juni 2001 betreffende de beoordeling van de gevolgen voor het milieu van bepaalde plannen en programma's. Brussel: Europese Unie.
- Fast T, van den Hazel PJ, van de Weerd DHJ. 2004. Gezondheidseffectscreening Stad en Milieu, Handboek voor een gezonde inrichting van de woonomgeving. GGD Nederland, Utrecht.
- Fehr R. 1999. Environmental health impact assessment; evaluation of a ten-step model. *Epidemiology* 10(5): 618-25.
- Franssen EAM, Staatsen BAM, Leuret E. 2002. Assessing health consequences in an environmental impact assessment - The case of Amsterdam Airport Schiphol. *Environmental Impact Assessment Review* 22: 633–653.
- GGD Zuid-Holland Noord. 2002. Gezondheidskundige aanvulling op MER Windenergieproject Jacobsvoude. Leiden: GGD Zuid-Holland Noord.
- Health Canada. 2004. Canadian Handbook on Health Impact Assessment. Z.pl. Canada: Health Canada.

- Kirkpatrick C, Lee N. 1999. Special issue: Integrated appraisal and decision-making, *Environmental Impact Assessment Review*, Volume 19, Issue 3, Pages 227-232.
- Klaassen HL, van Nispen FKM. 1996. De wildgroei van effectrapportages. *Bestuurskunde* 5 (7): 308 – 316.
- Kolkman J. 2000. *Gezondheidseffecten in het MER*. Arnhem: Arcadis Heidemij Advies.
- Lee C, Kirkpatrick N. 1997. Integrating environmental assessment with other forms of appraisal in the development process, in C. Kirkpatrick and N. Lee (eds), *Sustainable Development in a Developing World: Integrating Socio-Economic Appraisal and Environmental Assessment*, Cheltenham: Edward Elgar.
- McCarthy M, Biddulph JP, Utley M, Ferguson J, Gallivan S. 2002. A health impact assessment model for environmental changes attributable to development projects. *J Epidemiol Community Health* 56:611–616.
- Meertens MJ. 1993. *Het belang van de gezondheid in milieueffectrapportage*. Maastricht: Universiteit Maastricht, Grontmij Advies & Techniek B.V.
- Milner SJ, Bailey C, Deans J, Pettigrew D. 2005. Integrated impact assessment in the UK - use, efficacy and future development. *Environmental Impact Assessment Review* 25: 47–61.
- Ministerie van VROM, Ministerie van VWS. 2002. *Actieprogramma Gezondheid en Milieu. Uitwerking van een beleidsversterking*. Den Haag: Ministerie van VROM.
- Ministerie van VROM, Ministerie van VWS. 2004. *Actieprogramma Gezondheid en Milieu. Eerste Voortgangsrapportage*. Den Haag: Ministerie van VROM.
- Ministerie van VROM. 2005b. *Toekomstige stelsel van milieubeoordeling, Kamerbrief BM2004129197 28 januari , 2005*. Den Haag: Ministerie van VROM.
- Ministerie van VROM. Z.j. *Hoe zit de m.e.r. procedure in elkaar?* [bekeken 28 september 2005]: URL <http://www.vrom.nl/pagina.html?id=9640#3>.
- Ministerie van VWS. 2003. *Langer gezond leven. Ook een kwestie van gezond gedrag*. Den Haag: Ministerie van VWS.
- Ministry of Health New Zealand. 1998. *A Guide to Health Impact Assessment*. Ministry of Health, Wellington, New Zealand.
- Penris M, den Broeder L. 2004a. *Gezondheidseffectschatting. Integraal gezondheidsbeleid: theorie en toepassing*. Bilthoven: RIVM rapport 270851002.
- Penris M. 2004b. *Handboek Checklist Gezondheidseffectscreening*. Bilthoven: RIVM.
- Provincie Limburg. 1994. *Evaluatie Milieu-effectrapportage als beleidsinstrument*. Bureau Milieubeleid.
- Provincie Noord-Brabant. 2005. *Moerdijkse Hoek*. [bekeken 25 oktober 2005]: URL <http://www.brabant.nl/Werken/MoerdijkseHoek.aspx>.
- RIVM. z.j. *Digitale Checklist Gezondheidseffectscreening*. [bekeken 28 september 2005]: URL [www.cges.nl](http://www.cges.nl).
- Schijf B. 1998. *Environmental impact assessment: A comparison of the Netherlands and New Zealand*. Department of Geography, University of Otago, New Zealand. *GeoVoice*, July 1998 [bekeken 25 oktober 2005]: URL <http://geovoice.otago.ac.nz/issue001/bschijf.html>
- Scholten JJ, Reinoud A, Post M. 1999. Strengthening The Integrated Approach To Impact Assessments In Development Cooperation, *Environ Impact Assess Rev* ;19:233–243.

- Scott-Samuel A, Birley M, Ardern K. 2001. The Merseyside Guidelines for Health Impact Assessment. Liverpool: International Health Impact Assessment Consortium.
- Scrase JI, William R. 2002. Sheate Integration and integrated approaches to assessment: what do they mean for the environment? *Journal of Environmental Policy and Planning* Volume 4, Issue 4, 2002: 275-294.
- Steinemann A, Rethinking human health impact assessment. *Environmental Impact Assessment Review* 2000 (20): 627-45
- United Nations Economic Commission for Europe. 2003. Protocol on strategic environmental assessment to the convention on environmental impact assessment in a transboundary context. Kiev: UN/ECE
- Van Cromvoirt E. 2005. Enquête m.e.r./SMB en gezondheid. Kerkdriel: iResearch.
- Van Oers JAM (ed). 2002. Gezondheid op koers? Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002. Bilthoven, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). RIVM rapport 270551001.
- Vohra S. 2005. Integrating Health into Environmental Impact Assessment. Houslow: Living Knowledge Consulting.
- VROM Inspectie. 2005. Handreiking Ruimtelijke Ordening en Milieu – voor ruimtelijke plannen. Den Haag: Ministerie van VROM.
- World Bank. 1997. Health Aspects of Environmental Assessment. In: *Environmental Assessment Sourcebook*. Washington: World Bank. Update chapter 3.
- Wright J, Parry J, Scully E. 2005. Institutionalizing policy-level health impact assessment in Europe: is coupling health impact assessment with strategic environmental assessment the next step forward? *Bulletin of the World Health Organization* 83:472-477.



## Bijlage I: Resultaat tabellen analyse MER-rapporten

Tabel 12. Aandacht voor relevante gezondheidsdeterminanten in MER's

Thema	MER (N=5)		SMB (N=4)	
	Relevantie*	Aandacht <sup>#</sup>	Relevantie*	Aandacht <sup>#</sup>
<i>Fysieke omgeving</i>				
Luchtkwaliteit buiten	4	4	4	4
Luchtkwaliteit binnen	0	0	3	0
Bodem	4	3	4	3
Water	4	3	4	4
Geluid	5	5	4	4
Trillingen	3	1	4	2
Geur, stank	2	2	3	1
Straling	0	0	3	0
Inrichting fysieke leefomgeving	4	4	4	3
Bereikbaarheid, transport, toegankelijkheid	4	4	4	4
Externe veiligheid	3	4	3	4
Veiligheid (verkeer, water et cetera.)	4	3	4	3
<b>Totaal fysieke omgeving</b>	<b>37</b>	<b>33</b>	<b>44</b>	<b>32</b>
<i>Sociale omgeving</i>				
Sociale veiligheid	3	1	4	0
Sociale samenhang	2	3	4	1
Sociale samenstelling bevolking	2	0	4	0
Onderwijs, scholing	0	0	3	0
Werkgelegenheid	3	0	4	1
<b>Totaal sociale omgeving</b>	<b>10</b>	<b>4</b>	<b>19</b>	<b>2</b>
<i>Leefstijl</i>				
Roken	0	0	0	0
Alcoholgebruik/ -afhankelijkheid	0	0	0	0
Druggebruik	0	0	0	0
Lichamelijke activiteit/ -fitheid	0	0	3	0
Verkeersgedrag	1	1	2	0
Voeding (veiligheid, verkrijgbaarheid)	0	0	0	0
<b>Totaal leefstijl</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>0</b>
<i>Toegang zorg</i>				
Toegankelijkheid van zorg	1	0	3	2
<b>Totaal toegang zorg</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>2</b>

\* het getal geeft aan voor hoeveel projecten deze determinant mogelijk relevant was

# dit getal geeft aan in hoeveel van de rapporten deze determinant aandacht kreeg

Tabel 13. Wijze van inclusie van gezondheid in MER's

Thema	MER (N=5)		SMB (N=4)	
	Kwantitatief*	Kwalitatief#	Kwantitatief	Kwalitatief
<i>Fysieke omgeving</i>				
Luchtkwaliteit buiten	4	3	2	2
Luchtkwaliteit binnen	-	-	-	-
Bodem	0	3	0	2
Water	2	3	0	4
Geluid	5	4	2	2
Trillingen	0	1	0	2
Geur, stank	0	2	1	0
Straling	-	-	-	-
Inrichting fysieke leefomgeving	0	4	0	3
Bereikbaarheid, transport, toegankelijkheid	2	3	0	4
Externe veiligheid	2	2	1	3
Veiligheid (verkeer, water et cetera.)	1	2	2	1
<i>Sociale omgeving</i>				
Sociale veiligheid	0	1	-	-
Sociale samenhang	0	2	0	1
Sociale samenstelling bevolking	-	-	-	-
Onderwijs, scholing	-	-	-	-
Werkgelegenheid	-	-	0	1
<i>Leefstijl</i>				
Roken	-	-	-	-
Alcoholgebruik/ -afhankelijkheid	-	-	-	-
Druggebruik	-	-	-	-
Lichamelijke activiteit/ -fitheid	-	-	-	-
Verkeersgedrag	0	1	-	-
Voeding (veiligheid, verkrijgbaarheid)	-	-	-	-
<i>Toegang zorg</i>				
Toegankelijkheid van zorg	-	-	1	2

\* Kwantitatief: berekenen van de grootte van effect, bijvoorbeeld d.m.v. dosis-effectrelaties en normeringen

# Kwalitatief: beschrijven van (mogelijke) effecten

## **Bijlage II: Milieueffectrapportage en strategische milieubeoordeling: doel en werkwijze.**

Milieueffectrapportage is een wettelijk verplicht instrument om de informatie beschikbaar te stellen, die nodig is om het milieubelang volwaardig mee te wegen bij besluiten over projecten en plannen, beschikbaar te maken. In een milieueffectrapport wordt door de initiatiefnemer aangegeven wat de consequenties van een activiteit zijn voor het milieu en of er alternatieven zijn die minder nadelige gevolgen hebben. Het bevoegde gezag stelt richtlijnen vast voor de inhoud van het milieueffectrapport en is uiteindelijk, na het gereedkomen van het MER, verantwoordelijk voor het nemen van het besluit. De Commissie voor de m.e.r. is een onafhankelijke Commissie die het bevoegde gezag adviseert over de richtlijnen voor het MER en na afronding van het m.e.r. de kwaliteit van de milieu-informatie in het m.e.r. toetst. De Commissie levert hierbij maatwerk; een werkgroep stelt per project een advies op. Voor een aantal thema's (onder andere lucht en geluid) is het daarbij (bijna) vanzelfsprekend dat ze in het advies opgenomen worden. Voor andere thema's beslist de Commissie per geval over de relevantie.

Vanaf 21 juli 2004 is er naast het instrument m.e.r. sprake van rechtstreekse werking van de Europese richtlijn voor milieubeoordeling van plannen en programma's, waardoor voor het vaststellen van een aantal plannen en programma's een strategische milieubeoordeling (SMB) uitgevoerd moet worden. Het gaat om plannen die kaderstellend zijn voor latere m.e.r.-plichtige projecten en om plannen waarvoor een zogenoemde 'passende beoordeling' voor de natuuraspecten nodig is. Op dit moment wordt de Commissie voor de milieueffectrapportage in een deel van de gevallen ingeschakeld bij een SMB. Voor een aantal van deze plannen geldt dat ze ook m.e.r.-plichtig zijn. Op basis van de huidige Nederlandse m.e.r.-regeling en de Europese SMB-richtlijn kan er dus voor bepaalde plannen sprake zijn van zowel een m.e.r.-plicht als een SMB-verplichting. In haar wetsvoorstel ter implementatie van de EU-richtlijn introduceerde het Ministerie van VROM de term 'plan-m.e.r.' voor SMB om aansluiting te zoeken bij de m.e.r.-terminologie en onderscheid te maken met m.e.r. voor projecten 'project-m.e.r.'. Derhalve worden deze termen in dit rapport gehanteerd. De inhoudseisen die gesteld worden aan een project- m.e.r. en een plan- m.e.r. komen in grote lijnen met elkaar overeen. In beide gevallen moeten de mogelijke milieueffecten beschreven worden. Volgens de Europese SMB-richtlijn moet rekening worden gehouden met: biodiversiteit, bevolking, gezondheid van de mens, fauna, flora, bodem, water, lucht, klimaatfactoren, materiele goederen, cultureel erfgoed, met inbegrip van architectonisch en archeologisch erfgoed, landschap en de wisselwerking tussen deze aspecten. In het Besluit m.e.r. worden de milieugevolgen niet geëxpliciteerd, maar in de Europese richtlijn m.e.r. (vastgesteld in 1985 en gewijzigd in 1997) wordt gesproken over de effecten op de volgende factoren: mens, dier en plant; bodem, water, lucht, klimaat en landschap, materiële goederen en het culturele erfgoed en de samenhang tussen de genoemde factoren.

In project- en plan-m.e.r. vinden de volgende processtappen plaats:

1. Vooroverleg/screening/opstellen startnotitie of reikwijdte-notitie door het bevoegde gezag (welke procedure is van toepassing? hoe vorm te geven? bekendmaking voornemen aan publiek)
2. Richtlijnenfase/scoping (welke milieuaspecten en alternatieven zijn relevant om in het m.e.r. te beschrijven?). Over de richtlijnen voor het MER brengt de Commissie voor de m.e.r. een advies uit, gebaseerd op de overwegingen van een per project samengestelde werkgroep

3. Opstellen plan/project- MER (verzamelen relevante informatie, beschrijven voornemen en relevante alternatieven). Dit wordt doorgaans uitgevoerd door een adviesbureau
4. Toetsingsfase (beoordeling kwaliteit van de informatie door de Commissie voor de m.e.r.; bekendmaking aan publiek)
5. Besluit door het bevoegde gezag (afweging verschillende belangen, expliciet maken doorslaggevende argumenten en milieuvoor/nadelen van gemaakte keuze; bekendmaking aan publiek)

Een belangrijke ontwikkeling waarbij rekening gehouden moet worden bij instrumentontwikkeling voor meenemen van gezondheid in m.e.r. is de implementatie van het kabinetsbeleid 'vermindering regeldruk'. Het kabinet wil optimale integratie van procedures bereiken (VROM, 2005b). Wat dit voor de m.e.r.-praktijk gaat betekenen is echter vooralsnog onduidelijk.

.



## Bijlage III: Lijst van geanalyseerde rapporten

Hieronder staat een opsomming van de geanalyseerde effectbeoordelingen. Een projectbeschrijving en uitgebrachte adviezen staan vermeld op de website van de Commissie m.e.r. (<http://www.eia.nl>).

### Milieueffectrapporten:

1. Project 1122: Mee- en bijstoken van secundaire brandstoffen op het Amercentralecomplex te Geertruidenberg. Startnotitie 2000, MER 2001
2. Project 1218: Verbreding N203 te Zeewolde ('Baanverdubbeling Ganzenweg'). Startnotitie 2001, MER 2003
3. Project 1067: Designer Outlet Center Roermond. Startnotitie 1999, MER 2000
4. Project 1322: Bedrijventerrein A4-zone West, Gemeente Haarlemmermeer. Startnotitie 2002, MER 2003
5. Project 1244: Windenergieproject Jacobswoude. Startnotitie 2002, Gezondheidskundige aanvulling bij MER 2004

### Strategische Milieubeoordelingen:

1. Project 1423: Integrale Toets Waterlands Wonen. Startdocument 2004, SMB 2005
2. Project 1382: Ontwikkelingsschets 2010 Schelde Estuarium. Kennisgeving 2003, SMB 2004
3. Project 1453: Regionale Structuurvisie Stedendriehoek. Kennisgeving 2004, SMB 2005
4. Project 1458: Streekplan Gelderland 2005. Kennisgeving 2004, SMB 2004

## Bijlage IV: Analyseschema MER-rapporten

<i>Soort invloed</i>		<i>Relevantie</i>	<i>Aandacht</i>	<i>Motivatie</i>	<i>Effectbeschrijving (aard en omvang)</i>			<i>Overig</i>
					<i>Kwantitatief</i>	<i>Kwalitatief</i>	<i>Tijds- perspectief</i>	
In het algemeen op	Gezondheid							
Fysieke omgeving	Luchtkwaliteit buiten							
	Luchtkwaliteit binnen							
	Bodem							
	Water							
	Geluid, lawaai							
	Trillingen							
	Geur, stank							
	Straling							
	Inrichting fysieke leefomgeving							
	Bereikbaarheid, transport							
	Externe veiligheid, brand, rampen							
	Veiligheid (verkeer, waterpartijen et cetera.)							
Verkeersveiligheid								

<i>Soort invloed</i>		<i>Relevantie</i>	<i>Aandacht</i>	<i>Motivatie</i>	<i>Effectbeschrijving (aard en omvang)</i>			<i>Overig</i>
					<i>Kwantitatief</i>	<i>Kwalitatief</i>	<i>Tijds- perspectief</i>	
Sociale omgeving	Sociale veiligheid (angst, overlast)							
	Sociale samenhang (relaties, isolement)							
	Sociale samenstelling bevolking (migratie, SES, generatie)							
	Onderwijs, scholing							
	Werkgelegenheid							
Leefstijl	Roken *							
	Alcoholgebruik/ -afhankelijkheid*							
	Druggebruik*							
	Lichamelijke activiteit/ -fitheid							
	Verkeersgedrag							
	Voeding (veiligheid, verkrijgbaarheid)							
Zorg	Toegankelijkheid van zorg							

## Bijlage V: Vragen web-enquête

**Vraag 1: Hoe heeft u de uitnodiging om aan deze enquête mee te doen ontvangen?**

- a) Rechtstreeks van het RIVM
- b) Via een collega

**Vraag 2: Wat is uw functie?**

- a) GGD-medewerker
- b) Medewerker adviesbureau
- c) Provinciaal m.e.r.-coördinator
- d) Beleidsambtenaar gemeente, namelijk
- e) Beleidsambtenaar provincie, namelijk
- f) Bestuurlijk verantwoordelijke, namelijk

**Vraag 3: Wat is uw betrokkenheid bij m.e.r.?**

- a) Initiatiefnemer
- b) Vertegenwoordiger bevoegde instantie
- c) Opsteller van het milieueffectrapport
- d) Overig, namelijk

**Vraag 4: Welke definitie van gezondheid kan volgens u het beste gehanteerd worden bij m.e.r.?**

- a) Gezondheid is de afwezigheid van ziekte
- b) Gezondheid is het vermogen om in het dagelijkse leven te functioneren
- c) Gezondheid is een staat van fysiek, psychisch en sociaal welbevinden
- d) Anders, namelijk

**Kunt u uw antwoord toelichten?**

**Vraag 5: Wat vindt u van de mate van aandacht die op dit moment in m.e.r. aan gezondheid wordt besteed?**

- a) Veel te veel
- b) Enigszins te veel
- c) Enigszins te weinig
- d) Veel te weinig

**Kunt u uw antwoord toelichten?**

**Vraag 6: Wanneer moeten volgens u gezondheidsaspecten in een milieueffectrapport beschreven worden? (u kunt meerdere mogelijkheden kiezen)**

- a) Nooit
- b) Altijd
- c) Bij ongerustheid onder de bevolking
- d) Wanneer het gaat om aspecten die aansluiten bij het gezondheidsbeleid
- e) Wanneer het gaat om evident ernstige effecten
- f) Wanneer dit vereist wordt door wet- en regelgeving
- g) Anders, namelijk

**Kunt u uw antwoord toelichten?**

**Vraag 7: Welke aspecten van gezondheid zijn van belang bij de besluitvorming over projecten of plannen waarover een milieueffectrapport wordt opgesteld? (u kunt meerdere mogelijkheden kiezen)**

- a) Milieugerelateerde gezondheidsaspecten zoals hinder of ziekte door luchtvervuiling, geluid, stank en dergelijke
- b) Gezondheidsaspecten met een sociale oorsprong zoals hinder of ziekte door werkloosheid, sociale onveiligheid, leefbaarheid, verminderde bereikbaarheid van voorzieningen en dergelijke
- c) Gezondheidsaspecten gerelateerd aan leefstijl, zoals ziekte door bewegingsarmoede (bijvoorbeeld door te weinig openbare speelruimte, onveilig verkeersgedrag, verkeerde voeding en dergelijke)
- d) Andere aspecten, namelijk

**Kunt u uw antwoord toelichten?**

**Vraag 8: Het Ministerie van VWS wil meer aandacht voor gezondheid in m.e.r. bewerkstelligen. Wat is daarvoor volgens u nodig? (u kunt meerdere mogelijkheden kiezen)**

- a) Deskundigheid, namelijk
- b) Financiële middelen, namelijk
- c) Tijdsinvestering, namelijk
- d) Politiek/bestuurlijk draagvlak, namelijk
- e) Duidelijke criteria over wanneer gezondheid wel/niet relevant is, namelijk
- f) Instrumenten/methoden, namelijk
- g) Wet-en regelgeving, namelijk
- h) Anders, namelijk

**Vraag 9: Hoe moet volgens u gezondheid in m.e.r. aan de orde komen?**

- a) Als gezondheidsparagraaf in het milieueffectrapport
- b) Als aparte rapportage naast het milieueffectrapport
- c) Anders, namelijk

**Kunt u uw antwoord toelichten?**

**Vraag 10: Als aanvulling op deze enquête willen wij met enkele mensen een interview van ongeveer 45 minuten houden. Bent u bereid hieraan mee te werken?**

- a) Ja

**Vul hier uw gegevens in:**

Naam  
Uw functie  
Organisatie  
Postadres  
Telefoon  
E-mail

- b) Nee

## **Bijlage VI: Checklist voor richtlijnenadviezen voor m.e.r.**

---

### Woon- en leefmilieu

---

Belevingswaardeonderzoek (BWO) is van belang als:

1. de ingreep waarneembaar is: er is een bron aanwezig die zichtbaar, hoorbaar, et cetera. is
2. de effecten waardeerbaar zijn: er zijn bewoners of gebruikers in het gebied die de effecten kunnen waarderen
3. de leefomgeving negatief beïnvloed wordt
4. alternatieven ten aanzien van belevingswaarden zullen verschillen

Als aan deze 4 harde criteria wordt voldaan, moet een BWO overwogen worden. Een BWO in het kader van m.e.r. zal een grotere toegevoegde waarde hebben als ook nog voldaan wordt aan de volgende zachte criteria:

5. er bestaat discrepantie tussen de beleving en de normering van het betreffende belevingsaspect òf er bestaat geen normering
6. er bestaat maatschappelijke weerstand
7. er zijn nog mogelijkheden voor de ontwikkeling van preventieve, mitigerende, compenserende maatregelen
8. de wensen en voorkeuren van omwonenden en gebruikers van het gebied ten aanzien van maatregelen of planalternatieven zijn niet duidelijk

## Bijlage VII: Interviewprotocol GES in m.e.r.

### 1. Introductie:

- Bedank geïnterviewde voor deelname aan het interview
- Leg de achtergrond en opzet van het project uit
- Leg opzet van dit interview uit:
  - 4 thema's
  - 5-20 min per thema, totaal 1 uur
  - het gesprek wordt opgenomen, opnames na het project vernietigd
- geen letterlijke verslagen, als de tijd het toelaat wel een korte samenvatting op hoofdlijnen ( in dat geval per e-mail toegezonden)
- Check of er nog vragen zijn

### 2. Interview

**NB Bij alle antwoorden op zoek gaan naar:**

- **Feiten/ervaringen: waar blijken die uit?**
- **Meningen: waarom vindt geïnterviewde dit?**
- **Verwachtingen: waarom verwacht geïnterviewde dit?**

#### **Thema 1: Uw achtergrond, expertiseveld(en) en relevante functie(s)**

1. Kunt u mij kort uitleggen wat uw achtergrond is, wat uw expertise-velden zijn en welke functie(s) u bekleedt die mogelijk relevant zijn voor dit onderwerp?
  - ✓ Check: initiatiefnemer, bevoegd gezag, opsteller MER, overig (adviseur!)
  - ✓ Check: kennis over gezondheid

Tijd: max. 5 minuten

#### **Thema 2: Inhoudelijke aspecten met betrekking tot integratie GES in de m.e.r.**

1. (Huidige praktijk) In welke mate en hoe wordt er op dit moment in de m.e.r. aandacht besteed aan gezondheid?
  - ✓ Check: alleen gezondheidsaspecten van milieufactoren of ook andere gezondheidseffecten?
  - ✓ Check: voorbeelden
2. (Definitie gezondheid in relatie tot de praktijk) Welke definitie van gezondheid kan volgens u het beste gehanteerd worden bij m.e.r.?
  - ✓ Check: hoe verhouden de antwoorden op vragen 2 en 3 zich met elkaar en wat zijn redenen voor discrepantie?
3. (Gewenste praktijk) Welke aspecten van gezondheid zouden volgens u in de m.e.r. beter kunnen en moeten worden meegenomen?
  - ✓ Check: breder kijken naar gezondheidsaspecten van milieufactoren (bijvoorbeeld niet alleen daadwerkelijke blootstelling aan bodemvervuiling maar ook gezondheidseffecten van ongerustheid daarover) OF ook kijken naar gezondheidsaspecten die niet gerelateerd zijn aan milieufactoren (bijvoorbeeld verkeersveiligheid, scheiding van gemeenschappen, effecten op beweeggedrag/overgewicht)?
  - ✓ Check: milieugerelateerd, sociaal gerelateerd, leefstijl gerelateerd, anders
  - ✓ Check: kan kwalitatieve informatie een significante rol spelen in de m.e.r.?

4. Gewenste praktijk/Doel meenemen gezondheid) Wat verwacht u (concreet) van het meenemen van gezondheid in m.e.r.? Wat zou er beter gaan (of niet gebeuren) als we meer met gezondheid rekening zouden houden?
  - ✓ Check: voorbeelden, meetbaarheid verwachtingen
  - ✓ Check: is doel verbeteren project (versterken pos punten, verzwakken neg punten) OF bepalen of project acceptabel is of niet

Tijd: max. 15 minuten

### **Thema 3: Procedurele aspecten met betrekking tot integratie GES in m.e.r.**

1. (Integratie model) Op welke procedurele wijze moet gezondheid volgens u in m.e.r. worden geïntegreerd?
  - ✓ Check: welk integratie model (zie bijlage)
  - ✓ Check: gemeenschappelijk screening, scoping, conclusies?
  - ✓ Check: moet er voor het gekozen integratiemodel iets gewijzigd worden aan de m.e.r.-procedure? Hoe ingrijpend is dat en wat zijn daar andere voor- en nadelen van?
2. (Wanneer meenemen) Wanneer moeten volgens u de gezondheidsaspecten in een MER beschreven worden?
  - ✓ Check: nooit, altijd, ongerustheid bevolking, aansluiting gezondheidsbeleid, evidente ernst, vereist door wet/regelgeving
  - ✓ Check: inhoudelijke, procesmatige criteria of combi?
  - ✓ Check: criteria voor screening? Voor scoping? Verplichte criteria of handreiking?

Tijd: max. 10 minuten

### **Thema 4: Organisatorische aspecten met betrekking tot integratie GES in MER**

1. (Vereiste deskundigheid) Welke deskundigheid is vereist voor een goede beoordeling van gezondheidsaspecten in een m.e.r.?
  - ✓ Check: MMK, EPI, Sociale wetenschappen, ....
2. (Wie) Door wie moeten gezondheidsaspecten in m.e.r. worden beoordeeld?
  - ✓ Check: gezondheidsexperts of getrainde milieuexperts?
  - ✓ Check: apart gezondheidsteam bij/naast milieuteam opstellers of externe organisatie: GGD, onderzoeksinstituten (GBI, Uni), gezondheidsexperts bij adviesbureaus
  - ✓ Check: is bij de genoemde organisaties ook de capaciteit (kennis en fte's) om dat te doen?
3. (Randvoorwaarden voor impact GES in m.e.r.) Onder welke randvoorwaarden acht u het mogelijk dat betere aandacht voor gezondheid in m.e.r. ook daadwerkelijk van de grond komt en invloed kan hebben op de uitkomsten van de m.e.r. procedure?
  - ✓ Check: hoeveel langer mag de m.e.r.-procedure duren door GES in de MER?
  - ✓ Check: financiële middelen (wie betaald?), wet - en regelgeving, draagvlak
  - ✓ Check: instrumenten en methoden: handboek, checklist(en), trainingen, certificering, keurmerk, et cetera

Tijd: max. 15 minuten

### **Afsluiting**

- Vragen en/of opmerkingen?
- Bedankt voor uw medewerking aan dit interview!



## Bijlage VIII: Integratiemodellen

