
Hoofdstuk 3

Lokaal gezondheidsbeleid

In dit hoofdstuk wordt de relatie tussen gemeente en gezondheidsbeleid geschetst, zowel waar het gaat om de literatuur terzake als de meer beleidsmatige documentatie die in de afgelopen tien jaar is verschenen. Het voor dit onderzoek belangrijke model, waarvan de achtergronden in hoofdstuk 2 aan de orde zijn geweest, wordt kort herhaald.

3.1 Algemeen

Er valt, zoals aangegeven in hoofdstuk 2, een toenemende belangstelling voor gezondheidsbeleid waar te nemen op met name nationaal en bovennationaal niveau. Naar aanleiding van de Alma Ata verklaring van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) (WHO and UNICEF 1978) heeft het toenmalige Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (WVC) in 1986 de Nota 2000 (Tweede Kamer der Staten-Generaal 1986) het licht doen zien, in 1989 gevolgd door het ontwerp-Kerndocument Gezondheidsbeleid (Ministerie van WVC 1989). In vervolg daarop zijn in 1993 en 1997 de Volksgezondheid Toekomst Verkenningen (Ruwaard et al. 1993) (RIVM 1997) verschenen. Een en ander is in hoofdstuk 2 uitvoerig beschreven.

Een belangrijk onderdeel bij het voeren van een nationaal gezondheidsbeleid, zo wordt in alle nota's gesteld, is het lokale gezondheidsbeleid. De WHO heeft in 1985 het Healthy Cities programma gestart, dat nadrukkelijk bedoeld is om ook de lokale overheden te betrekken bij het gezondheidsbeleid. Deels zijn de gemeenten noodzakelijke partners bij de uitvoering van een succesvol gezondheidsbeleid. Voor zover het daarbij gaat om collectieve preventie is die taak neergelegd in de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (1990). Het onderhavige onderzoek is, zoals in hoofdstuk 1 aan de orde is geweest, erop gericht te achterhalen op welke wijze gemeenten gestalte geven wordt aan een gezondheidsbeleid.

3.2 Literatuur op het terrein van gemeenten en gezondheidsbeleid in Nederland

Gezondheid van een populatie kan worden opgevat als resultante van biologische factoren, fysieke omgevingsfactoren, maatschappelijke omgevingsfactoren, leefwijzen, en gezondheidszorg, zoals de Nota 2000 doet. Er is in de afgelopen tien jaar veel onderzoek gedaan naar onderwerpen die binnen deze opsomming vallen en het beleid terzake. Zonder hier volledig te willen zijn, worden een aantal voorbeeldstudies op diverse terreinen genoemd.

Belangrijke studies zijn die naar het volkshuisvestingbeleid (Denters 1987), het werkgelegenheidsbeleid (Van Dam 1992), het beleid met betrekking tot randgroepjongeren (Van Heffen 1993), en het beleid met betrekking tot alcohol en drugs (Joldersma 1993). In de eerste twee gevallen speelde het gezondheidsaspect echter in het geheel geen rol; in de beide laatste gevallen had het onderwerp weliswaar met gezondheid te maken, maar de gekozen optiek betrof het beleidsontwerp, respectievelijk de levensloop van problemen en beleid. Deze voorbeelden maken ook duidelijk, dat onderzoek naar thema's die wel binnen het begrip gezondheidsbeleid vallen, niet ook daarmee automatisch relevant zijn voor een benadering waarbij het gezondheidsaspect centraal staat.

Onderzoek naar de samenhang tussen een voor de gezondheid relevante sector, het beleid in die sector, en de betekenis van dat beleid voor de gezondheid komt zeer weinig voor. Nog zeldzamer is onderzoek waarbij een integrale aanpak van meerdere voor de gezondheid relevante beleidssectoren centraal staat. Naar de bekendheid en de haalbaarheid van de Nota 2000 is door De Leeuw (De Leeuw 1989) bij onder andere gemeenten onderzoek gedaan. De Nota blijkt wel bekend, maar wordt niet haalbaar geacht en speelt een onbelangrijke rol bij de besluitvorming. Over het onderzoek naar de in 3.1 genoemde 'Healthy Cities' merken De Leeuw et al (De Leeuw et al. 1992) in 1992 somber op: "Healthy cities research is thus scarce, scattered over a range of disciplines, much case-oriented and without conceptual consistency." Goumans laat in haar dissertatie (Goumans 1998) evenals Ten Dam in zijn dissertatie (Ten Dam 1997) zien dat zes jaar na dit citaat de situatie eigenlijk niet verbeterd is.

Op onderdelen zoals epidemiologie en informatiesystemen in combinatie met het gemeentelijk gezondheidsbeleid is wel onderzoek gedaan door bijvoorbeeld Van Oers (Van Oers 1993) en Reijneveld (Reijneveld 1995). Reijneveld laat zien, dat het mogelijk is om aan de hand van demografische data, gezondheidsdata, data met betrekking tot leefwijzen en data met betrekking tot de fysieke omgeving, het lokale gezondheidsbeleid van een betere onderbouwing te voorzien. Ook Van Oers toont dat aan.

Ook op het terrein van de gezondheidsbevordering in combinatie met gemeentelijk dan wel lokaal gezondheidsbeleid is onderzoek gedaan. Evers et al. (Evers et al. 1990) hebben de literatuur op dit terrein met betrekking tot verschillende doelgroepen verzameld, maar empirisch onderzoek waarin gemeentelijk gezondheidsbeleid zelf centraal staat is weinig frequent. Ook het door Schwarz et al. geredigeerde themanummer van Health Education Quarterly (Schwarz et al. 1995, 421-6) doet in hoofdzaak verslag van bepaalde projecten onder bepaalde doelgroepen. Het gemeentelijk gezondheidsbeleid in zijn totaliteit blijft ook hier buiten beeld.

Naar de houding die Nederlandse gemeenten met betrekking tot gezondheidsbevordering - in de ruime zin van het woord - innemen is onderzoek gedaan door Tarenskeen (Tarenskeen 1990). Dit onderzoek is uitgevoerd onder zeventien grote Nederlandse gemeenten, waarvan bekend was dat ze in meerdere of mindere mate actief waren op het terrein van de gezondheidsbevordering. Niettemin is de uitkomst van het onderzoek zeer pover: de houding van gemeenten met betrekking tot gezondheidsbevordering is wel positief, maar tegelijk afwachtend.

Gezondheidsbevordering in de ruime betekenis van het woord gezondheid, die er vanaf de Nota 2000 aan wordt toegekend – het met alle middelen bevorderen van de gezondheid van de populatie van een stad - wordt nergens aangetroffen.

Goumans (Goumans 1998) onderzoekt de beleidspraktijk van tien Healthy Cities, vijf in Nederland en vijf in het Verenigd Koninkrijk. Expliciet wordt uitgegaan van de – met het concept van de Healthy Cities gegeven – ruime invulling van het gezondheidsbegrip. Er bestaan verschillen in wat de diverse participanten als 'domein' van 'gezond openbaar beleid' zien, maar er is wel een soort minimumstandaard. Gemeten naar maatschappelijk draagvlak, intersectorale samenwerking en politiek commitment hebben de projecten resultaat geboekt.

Ten Dam (Ten Dam 1997) onderzoekt allereerst een groot aantal Healthy Cities projecten in de Verenigde Staten, Canada, en Nederland. Aan de hand van dat onderzoek komt hij vervolgens tot een beoordelingskader bestaande uit zes dimensies, aan de hand waarvan hij Nederlandse projecten beoordeelt. De projecten scoren positief waar het gaat om het kleinschalige territoriale kader, het gebruik van gegevens als basis voor het project, de intersectorale samenwerking, en de politieke betrokkenheid. Op de participatie van de bevolking en de gezondheidsbevordering, de twee andere criteria, halen de projecten niet het gewenste niveau.

3.3 Beleidsmatige ontwikkelingen op het terrein van het gemeentelijk gezondheidsbeleid

In de Nederlandse politieke context is de totstandkoming van de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid in 1990 (1990)(Stb. 300) van groot belang. Deze wet draagt gemeenten op om de collectieve preventie te bevorderen, zorg te dragen voor de infectieziektenbestrijding en jeugdgezondheidszorg en verplicht gemeenten tot de instandhouding en het beheer van een GGD. Als middel verplicht de wet de gemeente tot het doen van epidemiologisch onderzoek, het integreren van gezondheidsaspecten in het overig gemeentelijk beleid, het bevorderen van de hygiëne en het opzetten en uitvoeren van preventieprogramma's.

Niet lang na de totstandkoming van de de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid is deze geëvalueerd (KPMG and NIPG-TNO 1993). Deze evaluatie, bestaande uit een schriftelijke enquête onder alle GGD'en, een werkbezoek aan 16 GGD'en, een schriftelijke enquête onder 130 gemeenten, een telefonisch interview onder 16 gemeenten en gesprekken met deskundigen, moest inzicht verstrekken in de houding en het gedrag van gemeenten met betrekking tot gezondheid. Het weinig bemoedigende resultaat is dat gemeenten zich vooral richten op het beheer van de dienst, en niet of nauwelijks betrokken zijn op de inhoud van de collectieve preventieve zorg.

Geëvalueerd is ook het deel dat betrekking heeft op intersectoraal gezondheidsbeleid zoals dat geformuleerd is in onder andere artikel 2 lid 2 onder b van de

wet, het bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen met gevolgen voor het leefmilieu. Met betrekking tot de intersectorale kant van het gezondheidsbeleid hebben de onderzoekers de vraag naar intersectoraal beleid verengd naar de vraag aan de GGD of door de gemeente aan de GGD advies werd gevraagd over verschillende beleidssectoren en of de GGD ongevraagd advies heeft gegeven. Aan de gemeente is een soortgelijke vraag voorgelegd.

Geconcludeerd wordt, dat er weliswaar een toename te zien is in het aantal adviezen op het terrein van de volksgezondheid en nauw verwante terreinen, zoals de sociale voorzieningen en het maatschappelijk welzijn, maar de WCPV - althans totnogtoe - onvoldoende mogelijkheden biedt de collectieve preventie te integreren in het gemeentelijk beleid. Tot slot wordt geconstateerd dat er te veel terreinen zijn waarop weinig of geen adviezen worden uitgebracht en waar dit wel gebeurt de uitvoering weinig systematisch en fragmentarisch is. De praktijk van het intersectoraal gezondheidsbeleid is in dit evaluatie-onderzoek alleen afgemeten aan het aantal adviezen dat op verschillende beleidsterreinen is gevraagd, c.q. uitgebracht. Het is duidelijk, dat er meer instrumenten zijn om het voorkomen van het intersectorale gezondheidsbeleid aan af te meten, zoals gemeentebegrotingen, collegeprogramma's en gemeentelijke nota's.

Om intersectoraal gezondheidsbeleid te kunnen stimuleren dient men inzicht te hebben in de factoren die het ontbreken van zulk beleid bevorderen. Het onderhavige onderzoek is mede gericht op een bredere operationalisatie van het begrip intersectoraal gezondheidsbeleid dan gebeurd is bij de evaluatie van de WCPV en tevens op het verkrijgen van inzicht in factoren die zulk beleid bevorderen. Al eerder hadden Doeschot et al (Doeschot et al. 1987) laten zien dat in de fase rond de totstandkoming van de meeste GGD'en in Nederland, rond 1980, de betrokkenheid van gemeenten bij de totstandkoming van een GGD zeer marginaal was en voornamelijk gericht was op het beheersen van de kosten van de betreffende gemeenschappelijke regeling. De Nationale Raad voor de Volksgezondheid is van mening dat tussen invoering van de WCPV en de evaluatie een te kort tijdsbestek ligt, en dringt aan op een periodieke evaluatie van de collectieve preventie in Nederland (Nationale Raad voor de Volksgezondheid 1993). In het verlengde van het evaluatie-onderzoek naar de WCPV is door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (Inspectie voor de Gezondheidszorg 1995) in opdracht

van de Minister van VWS een onderzoek gedaan naar de wijze waarop gemeenten inhoud geven aan hun krachtens de WCPV opgedragen bestuurlijke verantwoordelijkheid en de wijze waarop het beleid tot stand komt, wordt uitgevoerd en geëvalueerd. Dit onderzoek richt zich op enerzijds directeuren van GGD-en en anderzijds op wethouders Volksgezondheid van een gemeente. In verschillende bewoordingen wordt stilgestaan bij de zwakke positie van volksgezondheidsaspecten in relatie tot andere gemeentelijke beleidsterreinen, hoewel er wel een grote diversiteit aan bestuurlijke betrokkenheid is. Gemeenten formuleren zelden een eigen gezondheidsbeleid, maar haken veel vaker in op de toevallige gezondheidsaspecten die in het kader van andere beleidsterreinen op de agenda staan. De werkzaamheden van de GGD worden vaak vanuit een puur begrotings-technische hoek bekeken (Inspectie voor de Gezondheidszorg 1995).

In haar reactie op dit alarmerende rapport van de Inspectie Gezondheidszorg heeft de bewindsvrouw een commissie ingesteld ter versterking van de collectieve preventie, in de wandeling de 'Commissie-Lemstra' geheten. Deze commissie komt met een rapportage (Commissie Versterking Collectieve Preventie 1996), waarin een aantal aanbevelingen is vevat die er toe moeten bijdragen dat de positie van het gemeentelijk gezondheidsbeleid wordt versterkt. De belangrijkste aanbeveling betreft de verplichting aan het adres van een gemeente om de integratie van de diverse aspecten van het gezondheidsbeleid te bevorderen door middel van een nota. Voorts wordt de totstandkoming van een landelijk Platform – bestaande uit Rijk, VNG en de Landelijke Vereniging van GGD'en - bepleit. Eveneens wordt een lans gebroken voor een intensievere samenwerking tussen de GGD en het voor de gezondheid relevante deel van het overige beleid.

De Minister lanceert hierop een Actieprogramma versterking gemeentelijk gezondheidsbeleid {Minister VWS 1997 163 /id}. In dit stuk neemt de Minister de gedachte van een lokale Nota Gezondheidsbeleid over. In juni 1999 (Tweede Kamer der Staten-Generaal 1999) doet ze verslag van de stappen tot nu toe. In het kader van dit hoofdstuk is relevant dat er een regionale gedachtewisseling over gemeentelijk gezondheidsbeleid heeft plaats gevonden; doel is onder andere draagvlak te creëren voor de eens in de vier jaar te verschijnen gemeentelijke Nota Gezondheidsbeleid. Ook heeft een discussie over de basistaken van de GGD plaats gevonden waarvan de neerslag uiteindelijk zou moeten leiden tot een AMvB

bij de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid. Het hierboven al aangehaalde Platform is opgericht en in het kader van een verbeterde informatievoorziening zijn pilots met een lokale monitor uitgevoerd.

De Minister vraagt de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg advies over de samenhang tussen de collectieve preventie en de aanpalende curatieve voorzieningen, die van belang zijn voor de collectieve preventie. De Raad levert in april 1999 door middel van het advies 'Samenwerken aan de openbare gezondheidszorg' een bijdrage aan de positie van de openbare gezondheidszorg. De openbare gezondheidszorg is – aldus de Raad - een belangrijk onderdeel van het totale zorgstelsel in Nederland; in de wenselijk geachte lokale plannen dient de brug naar de curatieve sector niet te worden veronachtzaamd (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg 1999).

In bovenstaande rapportages wordt vaak wel melding gemaakt van 'gezondheidsbeleid', maar uit de tekst kan men dan vervolgens begrijpen dat daarmee wordt bedoeld 'activiteiten waar de GGD aan bijdraagt'. In feite zijn de aangehaalde rapporten en de brief uitgelokt door de problematische relatie tussen gemeenten en GGD of tussen gemeenschappelijke regelingen en GGD; ze beperken zich ook tot de effecten daarvan. Inmiddels hebben de VNG, GGD Nederland, het Ministerie van Binnenlandse Zaken en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport een Nationaal Contract (maart 2001) voor de openbare gezondheidszorg gesloten dat een bredere strekking heeft. De beroepsgroep van sociaal-geneeskundigen heeft kort geleden een manifest uitgegeven, waarin intersectoraal beleid één van accenten is (Van Heteren, Hesdahl, 2001).

Tenslotte zijn er de, in hoofdstuk 2 al genoemde, activiteiten die plaatsvinden in het kader van het Healthy Cities Project. Dit project vindt vaak plaats in grootstedelijke agglomeraties, hoewel ook enkele wat kleinere gemeenten in het project participeren. Met dit project kan men slechts zien welke gemeenten er op het terrein van het gezondheidsbeleid zeer actief zijn, en krijgt men geen indruk van wat er in een doorsnee van de Nederlandse gemeenten gebeurt.

De evaluatie van de WCPV, het onderzoek van de Inspectie, het rapport van de Commissie-Lemstra, de uitingen van de Minister van VWS, het advies van de Raad

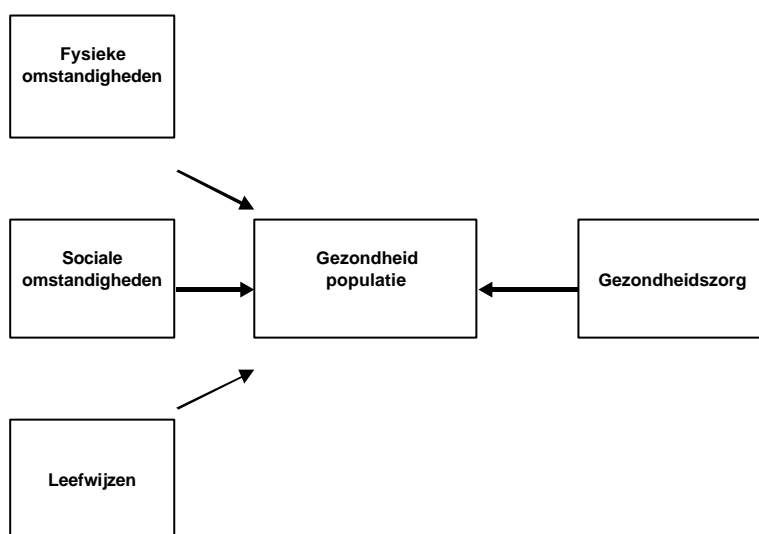
voor de Volksgezondheid en Zorg, het Nationaal Contract en het Healthy Cities Project zijn niet primair op zoek naar een verklaring voor wat er zich al dan niet op het terrein van het gezondheidsbeleid bij een Nederlandse gemeente afspeelt. Goumans is daar wel in geïnteresseerd, maar de keus van haar onderzoekspopulatie – vijf in het kader van het Healthy Cities project actieve gemeenten – verhindert tegelijkertijd een generalisatie. De - uiteindelijk op praktische aanbevelingen gerichte - vraag naar het gezondheidsbeleid bij Nederlandse gemeenten is daarom in het onderhavige onderzoek opgenomen.

Op basis van het voorgaande materiaal wordt verondersteld, dat lang niet alle gemeenten zich betrokken voelen bij een gezondheidsbeleid, althans, dat er een groot verschil in betrokkenheid is. De Gemeentewet verplicht gemeenten verordeningen terzake van onder andere de gezondheid te hebben (1851), en uiteraard heeft iedere gemeente een post Volksgezondheid op de begroting, met daaronder zaken als riolering, reiniging, slachthuizen en een bijdrage aan het instandhouden van de GGD. Het is zeer de vraag of zelfs deze onderdelen op de gemeentelijke begroting staan primair vanuit een volksgezondheidsoptiek, dan wel vanuit andere overwegingen, zoals bijvoorbeeld begrotingstechnische ten behoeve van medebewindstaken. Hetzelfde geldt voor begrotingsonderdelen die buiten het hoofdstuk Volksgezondheid vallen. Dit verschil in betrokkenheid zal leiden tot verschillen in de hoeveelheid van voor de gezondheid relevant beleid. Als te voeren beleid als verplichting wordt ervaren, zal de betrokkenheid kleiner zijn dan in het geval dat beleid wordt ervaren en als resultante van eigen afwegingen wordt gemaakt als antwoord op een maatschappelijk probleem.

3.4 Model

Bij dit onderzoek is uitgegaan van een in hoofdstuk 2 al eerder aangehaald model uit de Nota 2000 (Tweede Kamer der Staten-Generaal 1986). Binnen dit model wordt gezondheid van een populatie, bijvoorbeeld de inwoners van een gemeente, gezien als afhankelijk van het beleid ter zake van fysieke omgevingsfactoren, sociale omgevingsfactoren, leefwijzen, en gezondheidszorg. Een verdere uitwerking

van deze gedachte vindt plaats in hoofdstuk 5; hieronder is eerst een schematische weergave gegeven.



Figuur 3.1 Gehanteerd gezondheidsmodel (vrij naar Nota 2000)

Om een dergelijk beleid te kunnen voeren is een hoge mate van integratie nodig. In de praktijk is beleid in de meeste gevallen gericht op een bepaald onderwerp of een bepaalde sector. Zo is er verkeersbeleid, sportbeleid, emancipatiebeleid etc. Aan ieder beleid zitten meer of minder intersectorale aspecten, aspecten die niet binnen dezelfde sector zijn georganiseerd. Om enkele voorbeelden uit het landelijk beleid te noemen: zo is emancipatiebeleid een voorbeeld van een beleid dat zich idealiter niet alleen afspeelt binnen het ministerie waar het zijn thuishaven heeft. Het gaat veel verder dan de typische SoZaWe-aspecten: Financiën is ermee gemoeid, OC&W, en bijvoorbeeld VWS; en niet te vergeten daarnaast ook niet-overheidsinstellingen, zoals werkgevers en werknemers. Wil het tot een

succesvol beleid op dit terrein komen, dan zullen alle genoemde instellingen samen, aangestuurd dan wel gecoördineerd door SoZaWe, vorm moeten geven aan dit beleid. Dit intersectorale beleid is gezien de traditionele sectorale hang naar non-interventie uitermate moeilijk te verwezenlijken op het nationale niveau. Te denken valt bijvoorbeeld aan een uitspraak van May-Weggen (Verkeer) toen Alders (Milieu) een uitspraak over auto's had gedaan: 'Er is hier maar één minister van Verkeer, en dat ben ik!'.

De gedachte bij dit onderzoek is, dat het vormgeven van geïntegreerd gezondheidsbeleid op lokale schaal gemakkelijker te verwezenlijken is, omdat de verschillende taken minder scherp in sectoren zijn opgedeeld. Bovendien worden taken eenmaal in de vier jaar opnieuw geordend: een wethouder die bijvoorbeeld volksgezondheid en ruimtelijke ordening in zijn portefeuille had, krijgt daarna volksgezondheid en economische zaken. Van dat soort processen gaat idealiter een integrerende werking uit. Er bestaat ook landelijk beleid, dat soms ongecoördineerd van meerdere ministeries afkomstig is. Een gemeente – het laagste bestuursniveau – moet dergelijk beleid wel op elkaar afstemmen voordat het in praktijk gebracht kan worden. Dwarsverbanden en afstemming zijn dan onvermijdelijk, omdat anders de deels haaks op elkaar staande beleidsintenties of voorgeschreven uitvoeringspraktijken zichtbaar worden. Bressers en Ligteringen (Bressers and Ligteringen 1998, 41-65) maken aan de hand van het milieubeleid duidelijk, dat beleid te vaak gericht is op het maatschappelijke doel of op de beleidsinstrumenten die nu eenmaal vaak worden gebruikt, daarbij de actor op wie het beleid zich richt uit het oog verliezend.

Ideaal in de ogen van veel analytici is een gemeentelijk beleid, dat over de verschillende sectoren heen geïntegreerd is, waar binnen de verschillende sectoren van het beleid doelen zijn geformuleerd en waar beleidsmaatregelen op doelen berusten. De vraag is, wat het realiteitsgehalte van een dergelijk ideaal is. Dwarsverbanden, intersectorale samenwerking, coördinatie, staan in feite haaks op de taakverdeling binnen een gemeente. Daarnaast is veel beleid routine. Beide fenomenen zijn factoren die het gefragmenteerde karakter van veel beleid kunnen versterken. Men zou de stelling kunnen poneren, dat als beleid verplicht is of vanzelfsprekend, er dan geen doelformulering plaats vindt. Pas als beleid een keus wordt, dus afwijkt van het gebruikelijke of nieuw is, zal doelformulering op het

niveau van de te nemen beleidsmaatregelen plaats vinden. Pas als binnen een sector bepaald beleid controversieel wordt of bepaalde beleidsonderdelen als tegenstrijdig worden ervaren, zal sectorale doelformulering plaatsvinden. En bij manifeste afstemmingsproblemen binnen het apparaat zal getracht worden die problemen op te lossen door het formuleren van intersectorale doelen. Met de grootte van de gemeente is het ambtelijk apparaat meer gespecialiseerd, een omstandigheid die intersectoraal beleid eveneens bemoeilijkt.

3.5 Verdere opzet

Nadat in dit hoofdstuk kort is ingegaan op de literatuur rond gemeentelijk gezondheidsbeleid komt in hoofdstuk 4 de juridische ruimte van een gemeente aan de orde om een gezondheidsbeleid mee te voeren.
