
Hoofdstuk 11

Conclusie, discussie, en aanbevelingen

Dit hoofdstuk valt, zoals de titel al aangeeft, in drie onderdelen uiteen, te weten Conclusies (11.1), Discussie (11.2), en Aanbevelingen (11.3).

11.1 Conclusies

De concluderende paragraaf is opgesplitst in zes subparagrafen, parallel aan de zes hoofdvraagstellingen van het onderzoek. Allereerst wordt ingegaan op de geschiedenis van het gezondheidsbeleid (11.1.1), en de juridische ruimte van een gemeente (11.1.2). Vervolgens wordt stilgestaan bij de omvang en inhoud van het gemeentelijk gezondheidsbeleid (11.1.3) en bij de determinanten van de verschillen in gezondheidsbeleid (11.1.4). Tot slot komt de doelgerichtheid van het gezondheidsbeleid (11.1.5) aan de orde, alsmede de determinanten van de verschillen in de beschreven doelgerichtheid (11.1.6).

11.1.1 Geschiedenis

De vraag met betrekking tot wat de geschiedenis van het gezondheidsbeleid is geweest spitst zich toe op de vraag: was er binnen de gehanteerde gezondheidsconcepten vanaf de Griekse oudheid ruimte voor collectief-preventieve maatregelen? Voorts is interessant te weten of dergelijke maatregelen ook daadwerkelijk plaats vonden. Onderzocht is de Griekse, Romeinse en Arabische geneeskunst; daarna zijn de ontwikkelingen in West-Europa met na 1970 een accent op Nederland beschreven.

Binnen het denken over gezondheid en ziekte bij de Grieken bestond ruimte voor het beïnvloeden van gezondheid anders dan door op het individu gerichte, therapeutische maatregelen. Dergelijke collectieve maatregelen - een gezondheidsbeleid - bestaan voor een groot deel uit op het individu gerichte adviezen met betrekking tot het in stand houden van het evenwicht, dat als paradigma heerste. Daarnaast komen ook andere maatregelen voor waarvan hier

worden genoemd openbare hygiëne en riolering, en verplichte isolatie van infectieus geachte patiënten. De Romeinen namen de evenwichtsleer over van de Grieken; met betrekking tot het gezondheidsbeleid bij de Romeinen kan men derhalve hetzelfde opmerken als wat hierboven inzake het Griekse gezondheidsbeleid is opgemerkt: het concept als zodanig staat collectieve maatregelen wel toe. Over het feitelijke gezondheidsbeleid is eveneens een en ander bekend. De Romeinen bouwden waterleidingen, legden rioleringsystemen aan en bouwden badinrichtingen. Er bestond wetgeving met sociaal-hygiënische strekking.

Ook de Arabieren incorporeerden de evenwichtsleer. Een en ander leidt er toe dat de plaats voor collectieve maatregelen in de Arabische geneeskunst niet veel verschilt van die in de Grieks-Romeinse geneeskunst. In de praktijk komt het vaak neer op omvangrijke, op het individu toegesneden, dieet- en leefregels ter preventie van ziekten. In sommige Arabische tekstboeken komen hoofdstukken voor over de invloeden van klimaat, water en seizoenen op de gezondheid, terwijl ook gewezen wordt op het concept van de besmettelijkheid van ziekten. Met betrekking tot de openbare hygiëne in de praktijk bestaat een uitgebreide hoeveelheid verordeningen op dit terrein. Er is een - zij het zwak ontwikkeld - toezicht op het kennisniveau van de artsen; kwakzalverij kwam veelvuldig voor. Strenger is het toezicht op de grondstoffen en de methoden van voedselverkoop en -bereiding.

Vanuit de Arabische wereld komt de kennis over gezondheid, en daarmee het concept van de evenwichtsleer, rond 1100 in West-Europa, waar op dat tijdstip een geneeskunst werd geëxerciteerd, die een mengvorm was van volksgeneeskunde en monnikeneeskunde. Dat concept biedt ruimte voor meer algemene, collectieve maatregelen naast individuele. In toenemende mate worden ontdekkingen gedaan die niet passen in het concept zoals Galenus dat had verwoord. Het zal echter nog tot de zestiende eeuw, de Renaissance, duren voor er een serieuze aanval op het concept van de humoraalpathologie wordt ondernomen. Paracelsus (1493-1541) heeft als eerste het hele concept van de humoraalpathologie openlijk in twijfel getrokken. Op dit terrein komt hij met een andere evenwichtsleer, te weten tussen zout, kwik en zwavel. Deze poging om tot een nieuw paradigma te komen lijkt schipbreuk. Tegelijkertijd blijft wel de vaste overtuiging bestaan dat er een verband is tussen enerzijds de mikrokosmos, de mens en de makrokosmos, de planeten, de

sterrenbeelden enzovoorts. En het is juist die overtuiging die ruimte biedt voor meer algemene maatregelen dan individuele.

In de achttiende eeuw wordt een aantal belangwekkende ontdekkingen gedaan, met gevolgen voor de collectieve preventie. Onderzoekers richten zich op de omstandigheden waaronder epidemieën zich afspelen. Ze proberen bepaalde omstandigheden te koppelen aan bepaalde ziekten. Een voorbeeld is de ontdekking van de relatie tussen citrusvruchten en het optreden van scheurbuik in 1753. Hoewel het causale mechanisme lange tijd onduidelijk bleef, was dat geen bezwaar om preventieve maatregelen te nemen. Naast het onderzoek naar omstandigheden waaronder ziekten optraden, werden bij sommige ziekten zieke personen geïsoleerd; soms kreeg ook de zorg aandacht. In Engeland vond bijvoorbeeld een reorganisatie van de verloskundige zorg plaats en werd de hoge zuigelingen- en kindersterfte systematisch aangepakt. Ook maatregelen op het terrein van de voeding, bestaande uit het stimuleren van gezonde voeding en het bemoeilijken van ongezonde voeding, zoals bijvoorbeeld de consumptie van jenever door hoge belastingen, vonden plaats. Voorts wordt de gezondheidszorg uitgebreid en ligt in deze eeuw het begin van de vaccinatie zoals die nu bekend is (Jenner, 1749-1823). Samenvattend vinden in de achttiende eeuw de eerste belangrijke afwijkingen van het strikt humorale concept plaats. De gezondheidszorg zelf wordt verbeterd, er is aandacht voor maatschappelijke omstandigheden, en leefwijzen worden beïnvloed. In de negentiende eeuw vindt geleidelijk een overgang plaats van het humoraal-pathologisch concept met zijn varianten naar het huidige, iatrotechnische, concept. Wat gedurende deze ontwikkeling relevant is, is de ruimte die er overblijft voor een breder gezondheidsbeleid. Tot de ontdekking van de bacterie als ziekte-oorzaak is er bij sommige wetenschappers sprake van onverholen scepticisme waar het gaat om de rol die sociale omstandigheden hebben op het ontstaan van ziekte. In de visie van anderen, niet minder experimenteel of reductionistisch ingesteld, spelen die omstandigheden een belangrijke, zo niet een doorslaggevende rol. Een van de gevolgen van het ontdekken van de bacterie als oorzaak van ziekte heeft begrijpelijkerwijs als gevolg dat dan ook alle (wetenschappelijke) aandacht zich verlegt in die richting en de sociale hygiëne werd verwaarloosd. De ontwikkeling van de sociale hygiëne in de praktijk staat echter niet stil: in de periode tot de

Tweede Wereldoorlog wordt in Nederland bijna overal waterleiding en riolering aangelegd.

De periode na 1945 wordt gekenmerkt door enerzijds een sterke toename van de successen van de curatieve geneeskunde en anderzijds in bijna geheel Noord-West Europa de vestiging en uitbouw van de verzorgingsstaat. Tegelijkertijd komt er langzamerhand een zeker verzet tegen de visie, als zou gezondheid uitsluitend de resultante van gezondheidszorginspanningen zijn. In de zeventiger jaren worden de complementaire invloeden door diverse auteurs geformuleerd: naast gezondheidszorg zijn biologische factoren, de fysieke omgeving, de maatschappelijke omgeving en leefwijzen van belang. Uiteindelijk leidt deze gedachtengang in diverse landen tot een aantal beleidsdocumenten, die de start zijn van het gezondheidsbeleid. De ontwikkeling in Nederland is in 1986 in gang gezet met het verschijnen van de Nota 2000. Op lokaal niveau speelt deze denkwijze een belangrijke rol bij het op de agenda krijgen het Healthy Cities Project.

11.1.2 Juridische speelruimte

Na deze historische inleiding is ingegaan op de positie van de gemeentelijke overheid in het Nederlandse staatsbestel alsmede het juridische instrumentarium dat de gemeente ten dienste staat om een gezondheidsbeleid mee vorm te geven. De vraagstelling luidt: Wat is de juridische ruimte in medebewind voor een Nederlandse gemeente om een gezondheidsbeleid te voeren? Op de positie van een gemeentelijke overheid is eerst in algemene zin ingegaan; gepoogd is algemene trekken van de centraal-locale verhouding te schetsen. Het gevaar bestaat immers deze algemene trekken aan te zien voor 'typisch Nederlands', terwijl zij dat niet zijn.

Er bestaat in Europa niet één type lagere overheid; in ieder land is de verdeling van bevoegdheden tussen de verschillende bestuurslagen mede het gevolg van historische incidenten die tenslotte de plaats van de lagere overheid in het betreffende land hebben bepaald. In Nederland is de positie van de gemeente onderhevig geweest aan twee belangrijke veranderingen. De Franse bezetting heeft er uiteindelijk toe bijgedragen dat de federale Republiek der Zeven Verenigde

Nederlanden overging in de gedecentraliseerde eenheidsstaat; en de Gemeentewet uit 1851 schiep de huidige bevoegdheidsverdeling.

Overall in Europa bestaat wel een spanning tussen de behoefte aan centrale controle enerzijds en het streven naar lokale autonomie anderzijds. Regelgeving en middelentoedeling zijn de belangrijkste sturingsmechanismen gezien vanuit de centrale overheid. De lokale overheid bezit ten aanzien van bepaalde concrete zaken een informatievoorsprong, heeft lokale expertise, en gebruikt de behoefte van en de noodzaak voor de centrale overheid om het door haar gewenste beleid te doen realiseren als middel om zoveel mogelijk de eigen preferenties in beleid vertaald te krijgen. Op een meer abstract niveau – wetenschappelijke ontwikkelingen, internationale ontwikkelingen - beschikt de centrale overheid over een informatievoorsprong.

Met betrekking tot intersectoraal beleid bestaat een politiek-maatschappelijk model; daarin wordt bepleit, dat vanuit een intersectorale visie inhoudelijke maatstaven voor sectoraal beleid worden ontwikkeld. Daaraan kan vervolgens het sectorbeleid getoetst worden. Voor beleidsterreinen als Financien en Ruimtelijke Ordening bestaan zulke visies, zoals de Rijksbegroting en de tienjaarlijkse Nota Ruimtelijke Ordening. De vraag is natuurlijk of een dergelijk integraal beleidskader voor bijvoorbeeld het totale volksgezondheidsbeleid kan worden ontwikkeld. De permanente financiële en ruimtelijke schaarste dwingt beide genoemde departementen ertoe een overtuigend integraal beleidskader voorhanden te hebben; een dergelijke 'volksgezondheidsschaarste' ontbreekt in Nederland. De grote verschillen in gezondheid bijvoorbeeld, zijn tot nog toe niet voldoende geweest om een anderen overtuigende visie te ontwikkelen. Anderen, bijvoorbeeld Van Herten, zijn de mening toegedaan, dat het met behulp van de doelen van de WHO voor nationale staten mogelijk moet zijn om tot een intersectoraal beleid te komen (Van Herten and Gunning-Schepers 2001, Accepted).

De in Nederland bestaande wetgeving, zoals die tegenwoordig elektronisch is opgeslagen in de Algemene Databank van Wet- en regelgeving van Kluwer, is geconfronteerd met twee typen zoektermen (Kluwer 1998). Deze zoektermen hebben enerzijds betrekking op de organen van de gemeente, zoals <burgemeester>, waarmee 'burgemeester' en 'burgemeester en wethouders' wordt gevonden, alsmede <gemeente*>, waarmee woorden als 'gemeente',

'gemeenteraad', 'gemeentebestuur' en 'bestuur van de gemeente' kunnen worden gevonden. Anderzijds zijn er zoektermen gebruikt afgeleid uit het te onderzoeken terrein, het gezondheidsbeleid. Als voorbeeld kunnen dienen <milieu>, <wonen> of <werk*>. Zodoende kan de regelgeving die van toepassing is op de gemeentelijke bestuurslaag worden achterhaald. De resultaten van de kwantitatieve analyse van de regelgeving op het terrein van gemeente en gezondheid laten zien, dat de gemeente – althans op het eerste gezicht - een veelheid aan regelgeving ter beschikking staat en taken ter behartiging opgedragen krijgt om enigerlei invloed – direct of verder verwijderd - uit te oefenen op de collectieve gezondheidstoestand van zijn burgers. Met een beeld van de aldus verkregen regelgeving heeft men derhalve eveneens een beeld wat een gemeente in medebewind zou kunnen ondernemen; de invulling van de autonome bevoegdheid blijft buiten beeld. De regelgeving is zeer ongelijksoortig en heeft betrekking op een mengeling van taken en bevoegdheden. Onder de regelgeving die zich richt tot de gemeente en relevant is voor een gezondheidsaspect (283 regelingen) bevinden zich 18 op het terrein van de fysieke omgevingsfactoren, 103 op het terrein van de sociale omgevingsfactoren, 2 op het terrein van leefwijzen en 160 zijn gerelateerd aan gezondheidszorg. De analyse laat eveneens duidelijk zien waar gemeenten in het geheel niet, dan wel nauwelijks in medebewind optreden. Op drie van de vier thema's op het terrein van de Leefwijzen (Voeding, Alcohol, Roken) is nauwelijks regelgeving. Voorts is op de gemeente gerichte regelgeving afwezig waar het gaat om twee grote gezondheidsproblemen, te weten Hart- en Vaatziekten en Kanker. Ook daar waar het gaat om de risicogroep Thuislozen ontbreekt regelgeving.

11.1.3 Omvang en inhoud van het gezondheidsbeleid

De vraagstelling voor dit onderdeel luidde: Wat zijn de verschillen in omvang en inhoud van het gezondheidsbeleid bij gemeenten a) in zijn totaliteit, b) naar beleidssectoren, c) naar het onderscheid Collegeprogramma – Begroting, d) naar het onderscheid medebewind - autonomie, e) naar frequentie per maatregel en f) naar politieke aandacht die de verschillende maatregelen krijgen. Deze vraagstelling is opgesplitst in een aantal deelvragen. Allereerst komen de verschillen in omvang en inhoud van het gezondheidsbeleid bij gemeenten in totaliteit en naar beleidssectoren aan de orde; daarna wordt ingegaan op het

onderscheid Collegeprogramma – Begroting, en op het onderscheid medebewind – autonomie. Tot slot wordt de frequentie per maatregel en de mate van politieke aandacht die de verschillende maatregelen krijgen weergegeven.

Geconstateerd kan worden, dat uit de analyse van Collegeprogramma en Begroting blijkt dat gemeenten gemiddeld genomen actief zijn over de gehele breedte van het gezondheidsbeleid, zowel waar het gaat om autonome maatregelen als waar het gaat om het totaal van maatregelen. Er zijn enkele witte plekken, te weten het terrein van de leefwijzen voeding, alcoholgebruik en roken; de gezondheidszorgprobleemvelden hart- en vaatziekten en kanker; en de risicogroepen verslaafden en thuislozen. De achtergrond hiervoor is niet meteen duidelijk, maar zou kunnen liggen in het karakter van de terreinen. De leefwijzen zijn nauw gelieerd aan wat traditioneel gezien wordt als 'keuzevrijheid van het individu'; wellicht is de overheid terughoudend als het gaat om ingrijpen in dit terrein. De beide overige genoemde terreinen waar de gemeentelijke overheid weinig activiteiten ontplooit, kanker en hart- en vaatziekten, liggen misschien te dicht tegen 'de gezondheidszorg' aan. Voorts kan men zich voorstellen dat een gemeente juist niet zelf taken doet die overgedragen zijn aan een professionele organisatie als een GGD.

Bij de analyse van de autonome maatregelen komt qua activiteiten hetzelfde beeld naar voren; bij de terreinen met een laag activiteitsniveau komen in het collegeprogramma de terreinen vluchtelingen en minderheden, en in de begroting alleen het terrein vluchtelingen voor. Een vergelijking van het collegeprogramma en de begroting met enerzijds het totaal aantal maatregelen en met anderzijds alleen autonome maatregelen laat zien dat de activiteitsniveau's in sommige sectoren veel lager zijn dan in andere sectoren.

Onderzoekt men het verband tussen de nationale regelgeving enerzijds en de gemeentelijke activiteiten anderzijds, dan blijkt een positief en significant verband tussen wetgeving en zowel maatregelen in medebewind als ook autonome maatregelen. De conclusie zou kunnen zijn dat gemeenten op een bepaald terrein vanuit hun autonome bevoegdheid actief zijn, en dat na een zekere tijd de Rijksoverheid door middel van wetgeving meer eenheid in het beleid tracht aan te brengen. Vervolgens ontstaat op een dergelijk terrein gemeentelijke activiteit in medebewind.

De splitsing van de door de gemeenten genoemde maatregelen in autonome maatregelen en maatregelen in medebewind maakte het mogelijk voor ieder beleidsterrein de 'mate van autonomie' te berekenen; deze varieert van 9,6% (Vluchtelingen) tot 100% (Sociale Veiligheid). Voorts is een poging ondernomen om de politieke aandacht die een heel beleidsterrein krijgt, te kwantificeren. Deze varieert, op een schaal van 0 tot 1 van 0,24 (Bewegen) tot 0,64 (Sociale Veiligheid). Ingegaan is op de maatregelen, zoals door de gemeenten genoemd in hun collegeprogramma en begroting. Met behulp van een 'mate van politieke aandacht per individuele maatregel'-index kunnen maatregelen worden onderverdeeld in maatregelen die 'zeer veel' aandacht krijgen, maatregelen die 'veel' aandacht van een gemeente krijgen, en 'beheersmaatregelen', maatregelen die een gemeente uitvoert zonder dat ze enige politieke lading hebben. De grenzen voor deze driedeling zijn gelegd bij 0,75 en 0,25.

11.1.4 Determinanten van omvang en inhoud

Na de beschrijving van de beleidsmaatregelen is getracht aan te geven of bepaalde, veronderstelde structurele determinanten van beleid een invloed op de hoeveelheid beleid, geoperationaliseerd als de hoeveelheid autonome beleidsmaatregelen, hadden, en voorts hoe groot die invloed was en in welke richting die invloed ging. De vraagstelling luidde: In hoeverre hangt de omvang van het gezondheidsbeleid bij gemeenten samen met a) sociaal-demografische en sociaal-economische variabelen, b) politieke variabelen, en c) de omvang van maatschappelijke problemen?

Om een beeld te krijgen van de gelijktijdige werking van die structurele determinanten en hun invloed op elkaar, is gebruik gemaakt van een combinatie van factoranalyse en padanalyse, Lisrel. Er is vooraf, op basis van een op theoretische noties berustend achtergrondmodel, een analysemodel ontwikkeld, met de variabelen Verstedelijking, alsmede Politieke Kleur, Politieke Stabiliteit, Politieke Participatie, en de omvang van het bij het beleidsterrein passende Probleem. De latente variabele Verstedelijking is samengesteld uit inkomen, bevolkingsdichtheid en gemeentegrootte. Politieke Kleur is geoperationaliseerd als het percentage links in de Raad; Politieke Stabiliteit is geoperationaliseerd door middel van de Herfindahl-index van de Raad. Deze index geeft de dominantie van

een enkele partij aan, en wordt bepaald door de som van het aandeel van het aantal zetels van partij 1 van het totaal aan raadszetels in het kwadraat; plus hetzelfde verhoudingsgetal in het kwadraat voor alle aanwezige partijen te nemen. De beide mogelijke uitersten, slechts één partij in de raad (uitkomst: 1) dan wel evenveel partijen als raadszetels (uitkomst: 1/aantal raadszetels), komen in de praktijk in Nederland niet voor. Politieke Participatie is geoperationaliseerd door middel van het opkomstpercentage bij de verkiezingen voor de Raad in 1994. De operationalisatie van het Probleem is afhankelijk van het gekozen beleidsterrein. In dit model worden vervolgens de data van de elf beleidsterreinen ingevoerd. Bij acht beleidsterreinen, te weten Fysieke Omgeving, Bewegen, Gezondheidszorg (algemeen), Verkeersveiligheid, Jeugd, Gehandicapten, Ouderen en Minderheden blijkt het ontwikkelde model op basis van de p-waarde en verklaarde variantie het beste te voldoen. Het best passende model is onder die omstandigheid het model waar behalve Verstedelijking ook Politieke Kleur, Politieke Stabiliteit en Politieke Participatie in het model voorkomen. Daar waar introductie van de data in dit model een niet-significant model opleverden (Wonen, Werken, Sociale Veiligheid), is het Probleem uit het model verwijderd.

De invloeden van de Verstedelijking op de overige modelvariabelen zijn als volgt samen te vatten. Er bestaat steeds een significante en positieve invloed van Verstedelijking op Politieke Kleur: hoe meer verstedelijkt, hoe linkser de raad. Voorts bestaat er steeds een significante en negatieve invloed van Verstedelijking op zowel Politieke Stabiliteit als op Politieke Participatie: hoe meer verstedelijkt, hoe instabieler de raad en hoe lager de opkomst. De invloed van Verstedelijking op het Probleem is steeds significant maar soms positief (Bewegen, Gezondheidszorg (algemeen), Ouderen, Gehandicapten, en Minderheden); het betreffende probleem is in verstedelijkte gemeenten groter. Soms is deze invloed negatief (Fysieke Omgeving, Verkeersveiligheid, Jeugd); deze problemen zijn in meer verstedelijkte gemeenten kleiner.

De invloed van de verklarende variabelen op het beleid kan als volgt worden omschreven. De invloed van Politieke Kleur op de hoeveelheid beleidsmaatregelen is in het geval van Wonen, Werken, Gezondheidszorg (algemeen), en Jeugd significant en positief: hoe linkser, hoe meer beleid. De invloed van Politieke Stabiliteit is in het geval van Wonen, en Minderheden significant en negatief; dat

houdt in, dat hoe instabieler een raad is, hoe meer beleid er wordt gemaakt. Politieke Participatie oefent steeds een negatieve invloed uit, die in het geval van Wonen, Werken, Sociale Veiligheid en Jeugd significant is: een lage opkomst gaat samen met meer beleid. In een verstedelijkte gemeente, met een linksere en instabielere raad en een lagere opkomst, wordt meer beleid gemaakt. Het Probleem, tenslotte, oefent in het geval van Bewegen een significante en positieve invloed uit. De relatie tussen Verstedelijking en Beleid, afwezig in het model, is afzonderlijk onderzocht: op de terreinen Wonen, Werken, Gezondheidszorg Algemeen, Ouderen, en Minderheden is de invloed significant positief.

11.1.5 Doelgerichtheid

Hierna wordt ingegaan op de doelgerichtheid van het beleid. de bijbehorende vraagstelling luidt: Wat zijn de verschillen in de mate van doelgerichtheid van het gezondheidsbeleid bij gemeenten a) in zijn totaliteit, b) naar sectoren, c) naar het onderscheid Collegeprogramma – Begroting, d) naar frequentie per doel en e) naar politieke aandacht die de verschillende doelen krijgen? Deze vraagstelling is opgesplitst in een aantal deelvragen. Allereerst komen de verschillen in sectorale doelen van het gezondheidsbeleid bij gemeenten in totaliteit en naar beleidssectoren aan de orde; tegelijkertijd wordt ingegaan op het onderscheid Collegeprogramma – Begroting. Vervolgens wordt onderzocht of er aan beleidsmaatregelen een redengeving is meegegeven, het percentage onderbouwde maatregelen. Tot slot wordt de frequentie per maatregel en de mate van politieke aandacht die de verschillende maatregelen krijgen weergegeven.

Het gemiddelde aantal doelen per beleidsterrein is zowel in het collegeprogramma als in de begroting op drie terreinen hoger dan één. Het betreft de terreinen fysieke omgeving, wonen en werken. De terreinen ouderen en verslaafden, en in alleen de begroting ook bewegen, hebben een gemiddeld aantal doelen tussen de 0.5 en 1. De overige terreinen hebben een lager gemiddeld aantal, terwijl voeding, roken (alleen in het collegeprogramma), sociale veiligheid (alleen in de begroting), hart- en vaatziekten, kanker, en thuislozen (alleen in het collegeprogramma) geen doelen hebben.

Voorts is ingegaan op de mate van doelgerichtheid van het gezondheidsbeleid onder gemeenten. De mate van doelgerichtheid van het beleid, uitgedrukt in bij

maatregelen horende doelen, is in Collegeprogramma's 97,3% en in de Begroting 73,2%. Naar beleidsterrein uitgesplitst varieert de mate van doelgerichtheid van het totaal aantal beleidsmaatregelen in de Begroting tussen 65% en 80%. Er is per beleidsterrein steeds tenminste één gemeente die het beleid in het geheel niet onderbouwt (0%), en er is steeds tenminste ook één gemeente die het beleid volledig onderbouwt (100%). Onderzocht is nog of er verschil bestaat tussen de mate van doelgerichtheid van een productbegroting dan wel van een beleidsbegroting of concernbegroting: er blijkt een significant verschil ($p \leq .001$) te zijn ten gunste van de productbegroting.

Per beleidsterrein is een ordening in de doelen naar frequentie weergegeven. Tevens is een beschrijving van de frequentie van de sectorale doelen van het gezondheidsbeleid naar beleidsterrein gegeven. Ingegaan is op doelen, zoals door de gemeenten genoemd in hun collegeprogramma en begroting. Doelen over nieuwere thema's, of doelen waarover nog veel discussie is, komen meer in de collegeprogramma's voor.

11.1.6 Determinanten van doelgerichtheid

Na de beschrijving van de doelgerichtheid van het beleid is getracht aan te geven of bepaalde, veronderstelde structurele determinanten van de doelgerichtheid een invloed op de mate van doelgerichtheid, geoperationaliseerd als het percentage autonome beleidsmaatregelen uit de begroting met een doel, hadden, en voorts hoe groot die invloed was en in welke richting die invloed ging. De vraagstelling luidde: In hoeverre wordt de mate van doelgerichtheid van het gezondheidsbeleid bij gemeenten bepaald door a) sociaal-demografische en sociaal-economische, en b) politieke variabelen?

Om een beeld te krijgen van de gelijktijdige werking van die structurele determinanten en hun invloed op elkaar, is gebruik gemaakt van een combinatie van factoranalyse en padanalyse, Lisrel. Doelgerichtheid van beleid heeft te maken met de mate waarin de burgers om verantwoording vragen. Als belangrijke verklarende variabelen worden aangevoerd, het vóórkomen van beleidsproblemen en de mate van competitie tussen partijen. Achtereenvolgens is als operationalisatie voor deze elementen gebruikt het inkomen, het aantal woningen per vierkante kilometer, de gemeentegrootte, de stabiliteit van het College alsmede

de steun die het College heeft. Hieraan is nog toegevoegd de politieke aandacht voor een beleidsterrein.

Om na te gaan hoe de gelijktijdige invloed van deze variabelen is, waaraan verder nog is toegevoegd de gemeentegrootte, is een model ontwikkeld met behulp van de Lisrel-techniek. In dat model zijn inkomen, dichtheid (woningen per vierkante kilometer) en gemeentegrootte (aantal inwoners) samengevoegd tot de latente variabele 'Verstedelijking'. Stabiliteit is geoperationaliseerd met behulp van de Herfindahl-index van het College, Steun is gedefinieerd als het percentage van de raadszetels dat gezien de samenstelling van het College geacht wordt steun te verlenen aan het College. Voor de berekening van de Politieke Aandacht per beleidsterrein zij verwezen naar hoofdstuk 5.

Het verband tussen Verstedelijking en Stabiliteit is steeds significant en negatief; hoe meer verstedelijkt een gemeente, hoe instabieler het College. Het verband tussen Verstedelijking en Steun is steeds niet significant. De invloed van Politieke Aandacht voor een beleidsterrein op de mate van doelgerichtheid van beleid is in acht gevallen (Fysieke Omgeving, Wonen, Werken, Gezondheidszorg Algemeen, Verkeersveiligheid, Jeugd, Ouderen, Gehandicapten) significant en negatief: hoe meer aandacht het beleidsterrein, hoe minder het is onderbouwd. Eén en ander is tegengesteld aan wat werd verwacht: hoe meer politieke aandacht voor een beleidsterrein, hoe groter de doelgerichtheid. De invloed van Stabiliteit op de mate van doelgerichtheid van beleid is in één geval (Werken) significant en negatief, hetgeen in lijn is met de literatuur: hoe stabiel, hoe minder responsief, en hoe minder de neiging bestaat om uit te leggen wat men waarom gedaan heeft. De invloed van Steun op de mate van doelgerichtheid van beleid is in drie gevallen (Wonen, Werken en Gehandicapten) significant en positief: hoe meer steun een college heeft, hoe meer het zijn beleid onderbouwt. Dit is op het eerste gezicht tegengesteld aan wat uit de literatuur blijkt: hoe meer steun, hoe minder een bestuursorgaan de behoefte zou gevoelen om zich te verantwoorden.

Afzonderlijk van het bovenbeschreven model is nog onderzocht de invloed van verstedelijking op de mate van doelgerichtheid van het beleid, en van de drie samenstellende delen van verstedelijking afzonderlijk - inkomen, bevolkingsdichtheid, gemeentegrootte - op de mate van doelgerichtheid van het beleid. Al deze verbanden bleken niet significant.

11.2 Discussie

In deze paragraaf wordt achtereenvolgens ingegaan op verschillende aspecten van het meten van de te verklaren variabele en de operationalisatie van verklarende variabelen (11.2.1); daarna wordt de wetenschappelijke betekenis van de verschillende uitkomsten besproken (11.2.2). Tot slot zal worden stil gestaan bij de politieke betekenis van de uitkomsten (11.2.3).

11.2.1 De wijze van meten

In deze paragraaf komen aan de orde de keus van de onderzoekseenheid en het onderzochte materiaal. Daarna wordt ingegaan op het ontwikkelde en gehanteerde meetinstrument en de gevolgde procedure bij het meten.

Eenheid van onderzoek en materiaal

Bij de start van dit onderzoek, in 1996, bestond in het geheel geen empirisch onderbouwd zicht op wat gemeenten op het terrein van het gezondheidsbeleid deden. In het 'collectief-preventieve veld' heerste een breed gedragen overtuiging dat gemeenten niet voldoende actief waren op het terrein van het gezondheidsbeleid. Die overtuiging – die deels uit de GGD'en afkomstig was - had dan betrekking op de activiteiten van de gemeente zonder de activiteiten van diezelfde GGD. Er was wel onderzoek gedaan naar de werkzaamheden van de GGD, onder andere door de Inspectie Volksgezondheid. De breed gedragen overtuiging met betrekking tot de activiteiten van de gemeente was aanleiding voor de vraag, of het juist was, dat gemeenten het gezondheidsbeleid inderdaad verwaarloosden. Eén en ander leidde tot de keus van de gemeente als te onderzoeken eenheid.

De keus voor de gemeente als te onderzoeken eenheid had, gevoegd bij de wens om uitspraken te kunnen doen die voor alle Nederlandse gemeenten geldig zijn, gevolgen voor de opzet van het onderzoek: het moest gaan om een representatieve steekproef. Gekozen is voor een naar grootte-categorie en provincie gestratificeerde steekproef, een en ander om te vermijden dat de steekproef zeer veel kleine gemeenten en zeer weinig grote gemeenten zou bevatten. Het doen van uitspraken over de grote gemeenten zou dan onverantwoord worden. Het gevolg

van deze procedure is een ondervertegenwoordiging van de kleinere gemeenten; het aantal is nog steeds groot genoeg (n=24; 5.4%) om verantwoord uitspraken te kunnen doen.

De gekozen opzet bepaalde vervolgens het materiaal dat geanalyseerd kon worden; het materiaal waarop de resultaten zouden komen te rusten, moest afkomstig zijn uit documenten die in iedere Nederlandse gemeente voorhanden waren, en die betrekking hadden op de gehele breedte van het beleid. Er zijn twee dergelijke documenten, te weten het collegeprogramma en de begroting.

De respons is zeer hoog en geeft, gezien de verdeling van de non-repons over grootte-categorieën en provincies, geen enkele aanleiding om selectiviteit bij de respons te veronderstellen.

Meetinstrument en procedure

Bij onderzoek dat ingaat op de determinanten van de resultaten van overheidsbeleid worden zeer frequent begrotingsmiddelen voor één of een beperkt aantal posten als te verklaren variabele(n) gebruikt. Is men als onderzoeker geïnteresseerd in de vraag of bijvoorbeeld een linkse gemeente een uitgebreider flankerend beleid voert voor bijstandsgerechtigden, dan neemt men de middelen die vermeld staan bij 'bijzondere bijstand', bij 'minimabeleid' en bij 'kwijtscheldingsbeleid gemeentelijke belasting'. Uiteraard kent deze insteek ook een groot aantal problemen, die met name te maken hebben met het feit dat een uitgave niet bij iedere gemeente onder hetzelfde hoofd op dezelfde plaats staat. Niettemin is het de overheersende onderzoeksstijl. Een dergelijke benadering was bij dit onderzoek niet mogelijk, met name vanwege de absolute onbekendheid met de maatregelen die gezamenlijk het 'gezondheidsbeleid' zouden vormen. Die onbekendheid vormde juist de eerste onderzoeksvraag. Gekozen is derhalve voor het ontwikkelen van een nieuw meetinstrument en het gebruik daarvan bij dit onderzoek: het inventariseren of een bepaalde maatregel wel of niet door een gemeente genoemd werd, en het vervolgens gebruiken van de somscore van maatregelen per beleidsterrein als de te verklaren variabele. Aan de hand van een aantal resultaten, zoals het effect van politieke kleur en stabiliteit op deze somscore, lijkt achteraf de stelling goed verdedigbaar, dat de door middel van het ontwikkelde instrument verkregen somscore zich net zo gedraagt als de

begrotingsmiddelen in onderzoek van anderen. Wel dient nader onderzoek te worden verricht naar de validiteit van het instrument.

Om bij het proces waarbij kwalitatieve, tekstuele informatie uit collegeprogramma en begroting wordt omgezet in kwantitatieve, voor statistische doeleinden te hanteren informatie zo weinig mogelijk bloot te stellen aan verschillende soorten denkbare bias zoals politieke vooroordelen of de wens om bepaalde uitkomsten te verkrijgen, is er voor gekozen deze procedure te laten verrichten door drie onderzoekers, en achteraf de resultaten te vergelijken en tot één uiteindelijke score te komen. In eerste instantie is de overeenkomst tussen de drie onderzoekers niet zeer hoog; een deel van deze lage overeenkomst is te wijten aan het ontbreken van een zekere mate van vertrouwdheid met het instrument als ook aan de vrijheid die het te scoren materiaal gaf tijdens het omzettingsproces. Uiteindelijk zijn de verschillen in score geharmoniseerd via een bepaald procédé, dat erop berustte dat de verkregen scores werden vergeleken met elkaar en met de oorspronkelijke tekst van het materiaal. Zodoende is gekomen tot één enkele score, die gezien het procédé de meest juiste was.

11.2.2 Wetenschappelijke betekenis uitkomsten

Het inleidende hoofdstuk over de geschiedenis van het gezondheidsbeleid laat zien, dat gezondheidsbeleid niet een begrip, een construct is dat in 1974 is ontstaan bij het verschijnen van Lalonde's *New Perspective* (Lalonde 1974). Integendeel, een begrip als dit bestond reeds vele eeuwen, althans collectief-preventieve gezondheidsbevorderende maatregelen bestaan reeds zeer lang en in velerlei culturen.

Eenmaal eerder is onderzoek gedaan naar het juridisch instrumentarium dat gemeenten ten dienste staat om een gezondheidsbeleid mee uit te voeren (Dol 1989). De huidige analyse, die niet zoals in 1989 alleen de wetgeving in formele zin betreft, levert hetzelfde beeld als destijds. Gemeenten hebben een redelijk grote hoeveelheid regelgeving tot hun beschikking om gezondheidsbeleid mee vorm te geven, zij het dan, dat op een aantal terreinen waar in potentie een grote gezondheidswinst kan worden geboekt, die regelgeving nagenoeg afwezig is. Er blijkt een nauw verband te bestaan tussen de hoeveelheid regelgeving op een

bepaald beleidsterrein enerzijds, en de hoeveelheid medebewindsmaatregelen anderzijds; dit verband is eveneens aanwezig waar het gaat om de hoeveelheid autonome maatregelen. De conclusie zou kunnen luiden dat hoe meer wetgeving de Rijksoverheid maakt, hoe actiever de gemeente wordt, niet alleen op het medebewindsterrein, maar ook op het autonome terrein. De haaks hierop staande conclusie zou kunnen zijn dat gemeenten op een bepaald terrein actief zijn, en dat na een zekere tijd de Rijksoverheid door middel van wetgeving meer eenheid in het beleid tracht aan te brengen. Met behulp van de huidige data is het niet mogelijk een nader onderscheid tussen beide mogelijke conclusies aan te brengen; daarvoor is een longitudinale opzet vereist.

De hoeveelheid maatregelen, relevant voor het gezondheidsbeleid, bevestigt geenszins het beeld dat de gemeente niet actief zou zijn op dit terrein. Uitsplitst naar beleidsterrein zijn er wel witte vlekken, deze zijn deels gelieerd aan wat traditioneel gezien wordt als 'keuzevrijheid van het individu'. Wellicht is de overheid in zijn algemeenheid en de lagere overheid in het bijzonder terughoudend als het gaat om ingrijpen in dit terrein; ze schrikt daarvoor terug. Voorts kan men zich voorstellen dat een gemeente juist niet zelf taken doet die men overgedragen heeft aan een professionele organisatie als een GGD. Daaronder vallen in dit kader tenminste bewustwording van de effecten van leefwijzen, en de zorg voor verslaafden en thuislozen.

De nieuw ontwikkelde maat voor politieke aandacht voor een individuele beleidsmaatregel geeft een goed inzicht in het 'issue-gehalte' van een bepaalde maatregel. Deze maat berust op de dominantie van het meer politieke en meer selectieve collegeprogramma ten opzichte van de meer ambtelijke en alle uitgaven omvattende begroting. Met behulp van deze maat laten maatregelen zich indelen naar 'zeer veel aandacht', 'veel aandacht' en 'beheer'. Deze maat is niet gevalideerd; verder kan deze maat alleen in een setting worden gebruikt waarbij gegevens uit beide genoemde gegevensbronnen voorhanden zijn.

De invloeden van de latente variabele Verstedelijking op politieke kleur, politieke stabiliteit en politieke participatie gedragen zich conform de literatuur. Hoe groter en dichter bevolkt de gemeente en hoe armer de inwoners van de gemeente, hoe

linkser de raad, hoe instabieler de raad en hoe lager de opkomst. Met betrekking tot de invloed van Verstedelijking op het probleem: deze is afhankelijk van de gekozen probleemvariabele.

De invloed van politieke kleur (links) op het beleid is conform de literatuur: die invloed is ofwel positief – in vier van de elf gevallen - ofwel niet aantoonbaar. Met betrekking tot de invloed van stabiliteit op beleid geldt hetzelfde: deze is ofwel negatief – in twee van de elf gevallen - ofwel niet aantoonbaar. Hoe linkser en hoe instabieler de raad, hoe meer beleid. Anders is het met de invloed van participatie (opkomst) op beleid. Over deze invloed is zeer weinig bekend, en het onderhavige onderzoek laat zien, dat de invloed in drie van de elf gevallen negatief ($p = 0,05$) is, in vier gevallen negatief (bij $p = 0,10$) en in vier gevallen niet aantoonbaar. Deze uitkomst betekent, dat hoe lager de opkomst is, hoe meer beleidsmaatregelen er geformuleerd worden. De invloed van de omvang van het probleem op het beleid is in één van de zeven gevallen positief; in de andere gevallen niet aantoonbaar, hetgeen met betrekking tot deze variabele conform de literatuur is.

Het is evenwel de vraag of de gevonden verbanden zo eenduidig mogen worden geïnterpreteerd als hierboven gesuggereerd. Een alternatieve verklaring zou kunnen zijn, dat de problemen in een verstedelijkte omgeving – met een hoger percentage links, een grotere instabiliteit en een lagere opkomst – groter zijn dan in een plattelandsomgeving en alleen al om die reden een actiever overheidsoptreden vragen. Deze gedachtengang kon niet worden bevestigd. Gebleken is, dat alleen op vijf van de elf terreinen het directe effect van Verstedelijking significant en positief is. Op de zes andere terreinen is dit niet het geval.

Een aanvullende verklaring is het verschil in financiële situatie tussen de verstedelijkte gemeenten en de plattelandsgemeenten. Alleen al door het hebben van een ruimere financiële armslag kan meer beleid gemaakt worden. Het bleek niet mogelijk om de gemeentelijke inkomsten op een zodanige wijze in het gehanteerde model te incorporeren, dat een significant model ontstond.

De doelgerichtheid van beleid is gemeten met behulp van het aantal intersectorale doelen, het aantal sectorale doelen en het percentage maatregelen dat van enigerlei vorm van redengeving was voorzien. Het aantal intersectorale doelen is met gemiddeld ruim anderhalf per gemeente zeer laag; dit duidt niet op een erg

integrale afweging van beleid. Het aantal sectorale doelen met gemiddeld minder dan één doel per beleidsterrein niet hoog, terwijl het percentage maatregelen dat van een redengeving is voorzien uiteraard in het collegeprogramma, maar ook in de begroting hoog genoemd mag worden. De gedachte dat bij beleidsvorming eerst intersectorale doelen worden vastgesteld, dan sectorale en van daaruit subdoelstellingen en de concrete beleidsmaatregelen is waarschijnlijk niet juist. De bevindingen wijzen eerder op een omgekeerd proces. Eerst worden maatregelen geformuleerd als antwoord op een probleem; de redengeving wordt er in een groot aantal gevallen bij vermeld, waarschijnlijk vanuit een politieke communicatie- en overtuigingsbehoefte. Pas als binnen een bepaalde sector zich tegenstrijdigheden voordoen, wordt de behoefte gevoeld om een sectoraal doel te formuleren. Een soortgelijk proces, maar dan bij tegenstrijdigheden tussen sectoren, noodzaakt de politiek verantwoordelijken om te komen tot expliciete intersectorale afstemming. Deze is echter relatief schaars. Het gebrek aan intersectorale afstemming klemt te meer, daar het bepleite gemeentelijke gezondheidsbeleid niet mogelijk is zonder intersectorale afstemming.

De invloeden van de latente variabele verstedelijking op politieke stabiliteit van het College gedraagt zich conform eerder aangehaalde literatuur. Hoe groter en dichter bevolkt de gemeente en hoe armer de inwoners van de gemeente, hoe instabieler de raad en het College. Er lijkt een neiging bij het College om zich tegen deze vergrote instabiliteit te wapenen, door een bredere steun in de raad te zoeken: het verband tussen verstedelijking en de steun van het College in de raad is nergens significant. De invloed van stabiliteit op de mate van doelgerichtheid van beleid is in één geval significant, en negatief, hetgeen in lijn is met de literatuur. Hoe instabieler een Raad is, hoe meer beleid er zal ontstaan; deze bevinding werd ook in dit onderzoek bevestigd. Onderbouwing van beleid is niet een taak van de Raad, maar een taak van het College. Gebleken is, dat hoe instabieler het College is, hoe groter de mate van doelgerichtheid is. De discussies binnen het College, nodig om de partners te overtuigen van beleidsmaatregelen die men wil, komen uiteindelijk als doelgerichtheid naar buiten, en worden gebruikt om ook anderen te overtuigen dan wel argumenten in handen te geven.

De invloed van steun van het College door de raad op de mate van doelgerichtheid van beleid is in drie gevallen significant en positief, hetgeen op het eerste gezicht tegengesteld is aan hetgeen uit de literatuur blijkt: hoe meer steun, hoe minder responsief een bestuursorgaan hoeft te zijn en hoe minder een bestuursorgaan de behoefte zou gevoelen om zich te verantwoorden. Men zou ook de redenering kunnen omdraaien: een College slaagt er pas in een breed gesteund College te zijn, als het in de voorliggende periode de communicatiekanalen naar alle partijen heeft opengehouden; één van die communicatiekanalen is de onderbouwing van het beleid. Veel Colleges zijn breed samengestelde afspiegelingscolleges, en derhalve instabieler dan nodig; ze hebben ook meer steun dan strikt nodig. Een College kan, gezien deze mate van instabiliteit een bewust beleid terzake voeren, om de gevaren van instabiliteit, zoals een confrontatie met een raadsmeerderheid die andere inzichten heeft dan het College, of erger nog, het geheel verliezen van vertrouwen van de raad halverwege de zittingsperiode, mee te compenseren.

De invloed van politieke aandacht voor een beleidsterrein op de mate van doelgerichtheid van beleid is in acht gevallen significant en negatief: hoe meer aandacht voor een beleidsterrein, hoe geringer de doelgerichtheid. Eén en ander is tegengesteld aan wat werd verwacht: hoe meer politieke aandacht voor een beleidsterrein, hoe groter de doelgerichtheid. Het resultaat laat zich niet zonder nader onderzoek en theorievorming verklaren. Elementen die bij een verklaring een rol kunnen spelen zijn enerzijds een zekere latentie tussen politieke aandacht en doelformulering (Van de Peppel et al. 1998, 103-19) en anderzijds de door Verba en Nie geopperde gedachte (Verba and Nie 1972), dat politieke aandacht zich tussen grenzen dient te bewegen: is de aandacht lager dan een kritische grens, dan gebeurt er niets; is de aandacht hoger dan een andere grenswaarde, dan is dat contra-productief. Deze gedachtengang volgend zou naar zijn aard politieke aandacht zich binnen een zekere bandbreedte moeten bewegen.

Afzonderlijk is nog onderzocht de invloed van de verstedelijkingvariabele en de samenstellende onderdelen ervan – inkomen, dichtheid, gemeentegrootte - op de mate van doelgerichtheid van het beleid. Deze invloed bleek, in tegenstelling tot de literatuur, niet aantoonbaar.

11.2.3 Betekenis van de uitkomsten voor het gemeentelijk gezondheidsbeleid

De gezondheid van groepen mensen is vooral afhankelijk van de kwaliteit van de leefomgeving. Voor de kwaliteit van de leefomgeving, waaronder zaken als woongenot, veiligheid, hygiëne etcetera, is de gemeente een belangrijke instantie. Waar overmatige overlast, ordeverstoring, onveiligheid en normovertreding aanwezig is, mag van de gemeente (en de politie) een actief optreden worden verwacht. In de in dit onderzoek gehanteerde ruime definitie van gezondheidsbeleid, komt de kwaliteit van de leefomgeving steeds aan de orde. De gemeentelijke bestuurslaag is van groot belang bij het beïnvloeden hiervan. Het is echter opvallend, dat gemeenten zich zelf nauwelijks zien als een instantie die gezondheidsbeleid voert. Het omgekeerde is ook waar: de mensen en instanties die buiten de gemeente als zodanig betrokken zijn bij gezondheidsbeleid, percipiëren de gemeente niet als een belangrijke speler op het terrein van het gezondheidsbeleid, zo lijkt het althans. Gemeenten zijn wel betrokken op onderdelen van het intersectorale gezondheidsbeleid, maar zien dit zelf als sectoraal beleid (bijvoorbeeld wonen, verkeersveiligheid, gehandicaptenzorg), en niet als beleid dat integraal ten doel heeft de gezondheid van de bevolking te verbeteren. De gemeente kan veel, en doet ook veel, maar deze beleidsinspanningen worden niet gethematiseerd onder de noemer lokaal gezondheidsbeleid.

Wanneer de gezondheidsrelevante, voorwaardenscheppende activiteiten en maatregelen van gemeenten in ogenschouw worden genomen, valt op, dat het vooral de meer verstedelijkte gemeenten zijn met een links georiënteerd bestuur en een lage opkomst die een actief gezondheidsbeleid voeren. Over het algemeen kampen deze gemeenten met grotere maatschappelijke problemen, zodat niet kan worden gesteld dat de gezondheidstoestand van de burgers in deze gemeenten beter is. Het omgekeerde is waar; en dat kan op zich een reden zijn voor een gemeentebestuur om een actief beleid te voeren.

De gemeente heeft een redelijke hoeveelheid wetgeving tot zijn beschikking om op diverse terreinen handelend en regelend op te treden. Uit de analyse van de wetgeving blijkt, dat deze uiteraard gerelateerd is aan de medebewindsactiviteiten, maar ook aan de autonome activiteiten van de gemeente. In de loop van de tijd kan

de wetgeving zijn ontstaan nadat een groot aantal gemeenten al op bepaalde terreinen op autonome basis actief is geweest.

De gemeente kan een substantiele bijdrage aan de gezondheid van de burgers leveren door leefwijzen, en dan met name roken en alcohol, hoger op de agenda te zetten. Op dit moment is er op deze terreinen vooral sprake van een terughoudende houding van de overheid; ook hier zou een meer actieve, optredende houding van de overheid gewenst zijn. Met name het roken is verantwoordelijk voor een groot deel van de sterfte (Gunning-Schepers 1988). Net als bij het lokale beleid met betrekking tot gokken is het ook hier mogelijk om bij het verstrekken van een vergunning nadere – beperkende - voorwaarden te stellen met betrekking tot de verkrijgbaarheid van tabaksartikelen. Wellicht dient de Tabakswet hiertoe worden aangepast; een verzoek hiertoe vanwege de VNG zou dit kunnen bewerkstelligen, of een proefproces naar aanleiding van een door de gemeente verstrekte vestigingsvergunning met als voorwaarde een verbod op het verkopen van tabaksartikelen. Met betrekking tot alcohol doet zich een ander probleem voor. Er bestaan bevoegdheden, maar er zijn maar enkele gemeenten die van een uitgesproken beleid op dit terrein melding maken. De meeste gemeenten maken zonder welk commentaar dan ook gewag van het feit dat er vergunningen in het kader van de Drank- en Horecawet zullen worden verstrekt. Er bestaat op dit terrein ruimte om een meer geprofileerd beleid te voeren.

Een analyse van de betekenis van de onderzochte determinanten voor de praktijk van de omvang van het gezondheidsbeleid laat in eerste instantie zien, dat de gekozen 'determinanten' daadwerkelijk 'determineren'. Het zijn geen variabelen die een gemeente zelf naar believen kan manipuleren. De samenstellende onderdelen van de verstedelijking - gemeentegrootte, bevolkingsdichtheid, en inkomen per huishouden – zijn stuk voor stuk geen variabelen die gemakkelijk te veranderen zijn. Het zijn min of meer gegevenheden. Met betrekking tot de politieke kleur lijkt meer variatie voorhanden: een bevolking zou 'linkser' kunnen stemmen. Hier keert echter uiteindelijk de wal van de vergrote stabiliteit het schip van de politieke kleur: hoe éénkleuriger, in dit geval 'linkser' een gemeenteraad, hoe stabiel. Van stabiele gemeenteraden is aangetoond dat zij een negatief effect op de hoeveelheid (gezondheids-)beleid hebben. Het effect van participatie op de omvang van het beleid is weliswaar negatief, maar een duidelijke verklaring is op dit moment niet

voorhanden. Streven naar een lage opkomst lijkt niet het eerst aangewezen middel om het doel van een omvangrijker gezondheidsbeleid te bereiken.

Het is de vraag of een gemeente die op een nieuw terrein maatregelen wil treffen, of een bestaand maatregelenpakket uit wil breiden, moet beginnen met een diepgaande discussie over de doelen van dergelijke maatregelen. Het materiaal wijst er eerder op, dat sectorale doelen, en a fortiori intersectorale doelen, in een later stadium pas worden geformuleerd.

Voor waar het gaat om de doelgerichtheid van beleid lijkt het erop dat een breed samengesteld College de beleidsmaatregelen vaker onderbouwt dan een College dat een minimale meerderheid heeft. Een breed samengesteld College heeft meer steun in de raad, maar is daardoor tegelijkertijd instabieler; beide variabelen dragen ertoe bij, dat het beleid frequenter wordt onderbouwd.

11.3 Aanbevelingen

Intersectoraal gezondheidsbeleid zou met name gericht moeten zijn op die sectoren die veel gezondheidswinst opleveren. Die gezondheidswinst kan bestaan uit een langere levensverwachting, meer gezonde levensjaren en een hogere kwaliteit van leven. De sterfte onder de 65 jaar is nog steeds hoog (mannen 22%, vrouwen 15% van de totale sterfte), en wordt door VWS sinds het verschijnen van de Nota 2000 als 'vermijdbaar' gezien. Eveneens een vijfde van de totale levensverwachting gaat gepaard met chronische ziekte en handicap; een en ander leidt tot een lagere kwaliteit van leven. De integrale beleidsinspanningen van de gemeentelijke bestuurslaag moeten gericht zijn op een vermindering van de vermijdbare sterfte en van de ongezonde levensjaren, alsmede op een toename van de kwaliteit van leven.

Deze paragraaf is verder opgesplitst in aanbevelingen voor verder onderzoek (11.3.1) en aanbevelingen voor de praktijk van het gezondheidsbeleid (11.3.2).

11.3.1 Aanbevelingen voor verder onderzoek

Min of meer noodzakelijkerwijze is in dit onderzoek de rol van de GGD buiten beeld gebleven. Het is echter van buitengewoon groot belang om de activiteiten van de GGD eveneens te analyseren, en zich af te vragen in hoeverre deze activiteiten

complementair zijn aan die van de gemeente, met name op het terrein van de leefwijzen. Ook om na te gaan of activiteiten van gemeente en GGD elkaar versterken is anderszins een analyse nodig. Naast een dergelijke, wenselijke synergie als onderzoeksuitkomst is het uiteraard mogelijk dat blijkt dat GGD en gemeente ten opzichte van elkaar in een soort isolement verkeren. Op het moment dat alle Nederlandse gemeenten een nota Gezondheidsbeleid hebben, bij de totstandkoming waarvan de GGD een rol gespeeld heeft, is er een document dat zich eveneens voor een grootschalige analyse leent. Daarnaast kan gebruik gemaakt worden van de begroting van de GGD.

Men kan met goede gronden aanvoeren, dat een analyse van de inhoud van het collegeprogramma en de begroting weliswaar een redelijk beeld geeft van de activiteiten ter zake van het gezondheidsbeleid van een gemeente, maar dat dit beeld nog onvolledig is. Binnen gemeenten verschijnen nota's over een grote diversiteit aan onderwerpen, waar zeker ook voor de gezondheid van de burgers relevante maatregelen in worden aangekondigd. Om een meer verantwoord empirisch oordeel over deze per gemeente verschillende verdieping van het gezondheidsbeleid te krijgen is een grootschalig onderzoek als dit, dat zich richt op een tweetal documenten die in alle gemeenten voorhanden zijn, daartoe niet het meest aangewezen middel. Een case study onder een beperkt aantal, bijvoorbeeld acht, gemeenten, twee uit iedere grootte-categorie, is daartoe in eerste instantie het middel waar mee inzicht kan worden verkregen in het bestaan van dergelijke verdere verschillen in gezondheidsbeleid tussen gemeenten. Een dergelijk onderzoek kan een aanvullende verdieping van de kennis opleveren die in het onderhavige onderzoek is verworven.

Het meetinstrument dat ten behoeve van dit onderzoek is geconstrueerd om gezondheidsbeleid mee te meten en in dit onderzoek is gebruikt verdient nadere bestudering en aanscherping. Het uiteindelijke resultaat van die inspanningen zou een schaal moeten zijn die gevalideerd is, en die zo mogelijk gemakkelijk hanteerbaar is en waar verschillende beleidsdocumenten, waaronder naast collegeprogramma's en begrotingen ook nota's, mee onderzocht zouden moeten kunnen worden.

Een onderzoek als het onderhavige is een dwarsdoorsnede van voorgenomen gemeentelijke activiteiten op één moment. Beleid is echter niet statisch, en het is

van belang om na te gaan hoe de voornemens van gemeenten met betrekking tot het gezondheidsbeleid veranderen. Hiertoe is een longitudinaal vervolg het aangewezen middel; men kan een tweede meting onder alle tachtig gemeenten - minus de inmiddels heringedeelde gemeenten - uitvoeren, dan wel kiezen voor een onderzoek onder een kleiner aantal gemeenten. Kiest men het aantal te klein, dan zijn de uitkomsten met behulp van een aantal statistische pakketten niet meer te analyseren en is de uitkomst noodzakelijkerwijs beschrijvend.

Een dergelijk longitudinaal vervolg zou ook antwoord moeten geven op de vraag of gemeenten, zowel autonoom als in medebewind, daar actief zijn waar de rijksoverheid regelgeving heeft uitgevaardigd, dan wel dat gemeenten vanuit hun autonome bevoegdheid op een bepaald terrein regels stellen, waarna de rijksoverheid die verschillende lokale regels enigermate tracht te harmoniseren. De bevindingen met betrekking tot de negatieve invloed van participatie op de hoeveelheid beleid – hoe lager de opkomst, hoe meer beleid – verdienen nader onderzoek. De vraag of hier sprake is van een artefact of een schijnverband of dat er sprake is van een reëel verband, dient te worden beantwoord.

Dit onderzoek is beperkt tot de fase van de beleidsvorming, zoals die was geconcretiseerd in het collegeprogramma, en meer uitgewerkt, met eraan gekoppeld middelen om uit te geven, in de begroting. Een nader onderzoek naar de fase van de beleidsuitvoering lijkt voor de hand te liggen: wat komt er precies terecht van begrotingsplannen op het terrein van de gezondheid? Een onderzoek derhalve naar doelbereiking; dat geeft eveneens antwoord op de vraag of er niet sprake is van de productie van te veel en te vrijblijvend beleid.

Een onderzoek als dit zou, om na te gaan of de resultaten slechts binnen Nederland geldig zijn of niet, ook in het buitenland moeten worden uitgevoerd. In hoofdstuk 4 is ingegaan op de verschillende posities die de gemeentelijke overheid inneemt in het staatsbestel. Om na te gaan in hoeverre deze positie zelf een variabele is, zou kunnen worden nagegaan door dit onderzoek in het buitenland te herhalen. Beschreven is, dat de positie van de gemeentelijke overheid varieert van een soort agentschap van de centrale overheid tot een zeer zelfstandig onderdeel van het staatsbestel. Herhaling in twee landen die exponent van deze uitersten zijn, bijvoorbeeld een Centraal Europees land en een Scandinavisch land, valt aan te bevelen.

11.3.2 Aanbevelingen voor de praktijk

Een van de uitkomsten van dit onderzoek is, dat gemeenten een redelijke hoeveelheid beleidsmaatregelen formuleren, waarvan een effect op de gezondheid van de burgers is te verwachten. Bij het formuleren van een lokaal gezondheidsbeleid zouden de gemeenten zich minder moeten aantrekken van de sectorale indeling van het ambtelijk apparaat. In feite is het nagenoeg ontbrekende 'gezondheidsbeleids'-perspectief de belangrijkste blinde vlek in het gemeentelijk denken over de gezondheid van de burgers. Het moet mogelijk zijn om andere afdelingen dan de afdeling die rechtstreeks voor de volksgezondheid verantwoordelijk is, te overtuigen van het belang van dit perspectief.

Naast deze 'blinde vlek' is er ook sprake van enkele 'witte vlekken'. De belangrijkste betreffen het gebied van de leefwijzen. Meer aandacht voor leefwijzen is van groot belang voor de gezondheid van de inwoners van de gemeente.

Het is de vraag of een gemeente die op een nieuw terrein maatregelen wil treffen moet beginnen met een diepgaande discussie over de doelen van dergelijke maatregelen. Het lijkt er eerder op, dat sectorale doelen, en a fortiori intersectorale doelen, in een later stadium pas worden geformuleerd. Men moet erop bedacht zijn dat discussies over de doelen van nieuw te nemen beleidsmaatregelen en de inpasbaarheid van dergelijke doelen in het geheel van de doelen van de sector, mede ingegeven kunnen zijn om het thema van de agenda verwijderd te houden. Om een gedachte om te zetten in gerealiseerd beleid, dat zijn doel bereikt is niet alleen nodig dat het op de agenda komt, maar dat het een aantal stadia achtereenvolgens succesvol doorloopt. In deze optiek is agendavorming een dynamisch proces; er zijn steeds krachten aan het werk die het thema, bijvoorbeeld gezondheidsbeleid, op de agenda willen houden, en om willen zetten in beleid, en er zijn tegelijkertijd krachten die dat proberen te verhinderen.

Wellicht verdient het overleg tussen GGD en Raad te worden gestructureerd. In dat kader wordt bepleit een soort 'gezondheidsmonitor' continu in de gemeente te laten lopen. De uitkomsten hiervan kunnen een vast onderdeel van het jaarlijks overleg tussen GGD en Raad worden, waar prioriteiten kunnen worden gesteld met betrekking tot de aanpak van problemen. Waar mogelijk dienen die intersectoraal te worden benaderd; een 'community based' aanpak verdient waar mogelijk de

voorkeur. Gemeentelijk gezondheidsbeleid is slechts dan mogelijk als de betrokken partijen intensief samenwerken.

Een breed samengesteld College – dat is instabieler en heeft meer steun in de raad – lijkt de voorkeur te genieten boven een College met een krappe meerderheid.

Beide elementen dragen bij aan een meer frequente onderbouwing van het beleid.

Van VNG en VWS zou een inhoudelijke visie op het gemeentelijk gezondheidsbeleid mogen worden verwacht. Het Nationaal Contract is een eerste stap. Voor VWS is er het grote belang van het gezondheidsbeleid. Een inhoudelijk beleidskader – als bijvoorbeeld de Vijfde Nota – coördineert het beleid op het gemeentelijke niveau, en verschaft eveneens draagvlak voor minder vrijblijvende maatregelen. Uiteindelijk dient een en ander in het teken te staan van het terugdringen van sociaal-economische gezondheidsverschillen.