
Samenvatting

Dit onderzoek richt zich op gezondheidsbeleid bij gemeenten in Nederland. Gezondheidsbeleid is beleid, dat erop gericht is de gezondheidstoestand van (delen van) de bevolking te handhaven of te verbeteren door middel van maatregelen die gericht zijn op de determinanten van gezondheid (Ministerie WVC 1986). Dergelijke beleidsvoornemens werden geëxpliciteerd in de Nota 2000. Deze Nota 2000 onderscheidt als determinanten biologische factoren, de fysieke omgeving, de maatschappelijke omgeving, leefwijzen, en het gezondheidszorgstelsel. Uitgezonderd de biologische factoren is dit brede gezondheidsbegrip in dit proefschrift steeds gehanteerd geweest.

Dit onderzoek kent zes hoofdvraagstellingen, die bij de samenvatting van de hoofdstukken 2, 4, 7, 8, 9 en 10 in extenso worden weergegeven. Allereerst wordt ingegaan op de geschiedenis van het gezondheidsbeleid (vraagstelling 1, hoofdstuk 2) en de beleidsmatige achtergronden waar het gaat om het lokale gezondheidsbeleid (hoofdstuk 3), alsmede de juridische ruimte van een gemeente om gezondheidsbeleid te voeren (vraagstelling 2, hoofdstuk 4). Vervolgens richt dit onderzoek zich op activiteiten die de gemeenten in Nederland ontplooiën, dan wel voornemens zijn om in kader van het gemeentelijke gezondheidsbeleid te ontplooiën. Met opzet is hier geabstraheerd van de activiteiten die GGD'en verrichten. Bij de start van dit onderzoek in 1996 was de vrij algemeen gedeelde mening dat gemeenten zeer weinig aan gezondheidsbeleid deden. Daarmee werd bedoeld de gemeente, zonder de activiteiten van de GGD. Naar de juistheid van deze stelling was nooit empirisch onderzoek gedaan, en dit onderzoek poogt in deze leemte te voorzien (vraagstelling 3, hoofdstuk 7). In hoofdstuk 8 (vraagstelling 4) wordt ingegaan op de determinanten van de verschillen in gezondheidsbeleid per gemeente. Tot slot komt de doelgerichtheid van het gezondheidsbeleid (vraagstelling 5, hoofdstuk 9) aan de orde, alsmede de determinanten van de verschillen in de beschreven doelgerichtheid (vraagstelling 6, hoofdstuk 10).

Hoofdstuk 2 Geschiedenis van het gezondheidsbeleid

De vraagstelling met betrekking tot wat de geschiedenis van het gezondheidsbeleid is geweest luidt: was er binnen de gehanteerde gezondheidsconcepten vanaf de

Griekse oudheid ruimte voor collectief-preventieve maatregelen? 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, Romeinen en Arabieren 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.

Vanuit de Arabische wereld komt de kennis over gezondheid, en daarmee het concept van de evenwichtslaar, rond 1100 in West-Europa. In toenemende mate worden ontdekkingen gedaan die niet passen in het concept van de evenwichtslaar. In de achttiende eeuw vinden 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 de evenwichtslaar naar het huidige concept. Tot de ontdekking van de bacterie als ziekte-oorzaak is er bij sommige wetenschappers sprake van onverholven scepticisme waar het gaat om de rol die sociale omstandigheden hebben op het ontstaan van ziekte. In de visie van anderen 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. 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 van het Healthy Cities Project.

Hoofdstuk 3 Lokaal Gezondheidsbeleid

In dit hoofdstuk worden de beleidsmatige ontwikkelingen en rapporten besproken die vanaf 1980 over het gemeentelijke gezondheidsbeleid zijn verschenen. Een aantal onderzoeksrapporten is somber over het gemeentelijke gezondheidsbeleid. Het rapport van de Commissie Versterking Collectieve Preventie (1996) brengt een discussie op gang, die leidt tot een platform Openbare Gezondheidszorg, en een vernieuwde aandacht van het Ministerie van VWS voor het gemeentelijk gezondheidsbeleid. Uiteindelijk leidt één en ander tot de verplichting voor gemeenten om een Nota Gezondheidsbeleid te schrijven; voorts wordt in februari 2001 een Nationaal Contract Openbare Gezondheidszorg ondertekend door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, het Ministerie van Binnenlandse Zaken, de Vereniging Nederlandse Gemeenten en GGD Nederland. Gezondheidsbeleid is een onderwerp geworden dat zich meer in de politieke belangstelling mag verheugen, en het heeft zich een structurele plaats op de agenda verworven.

Hoofdstuk 4 Juridische speelruimte

De vraagstelling van dit hoofdstuk luidt: Wat is de juridische ruimte in medebewind voor een Nederlandse gemeente om een gezondheidsbeleid te voeren? In Nederland heeft de Franse bezetting er uiteindelijk toe bijgedragen dat de federale Republiek der Zeven Verenigde Nederlanden overging in de gedecentraliseerde eenheidsstaat. De Gemeentewet uit 1851 schiep de huidige bevoegdheidsverdeling.

De algemene trekken van de centraal-locale verhouding zijn daarna geschetst. Het gevaar bestaat immers deze algemene trekken aan te zien voor 'typisch Nederlands', terwijl zij dat niet zijn. Overal in Europa bestaat wel een spanning

tussen de behoefte aan centrale controle enerzijds en het streven naar lokale autonomie anderzijds. Regelgeving en middelen-toedeling zijn de belangrijkste sturingsmechanismen gezien vanuit de centrale overheid.

De in Nederland bestaande wetgeving, zoals die tegenwoordig elektronisch is opgeslagen in de Algemene Databank van Wet- en regelgeving van Kluwer, is geconfronteerd met zoektermen, die enerzijds betrekking hebben op de organen van de gemeente, en anderzijds op het te onderzoeken terrein, het gezondheidsbeleid. 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, anders dan bij Beweging, nauwelijks regelgeving.

Hoofdstuk 5 Beleid en vraagstellingen

Het beleid dat uiteindelijk tot stand komt, heeft het filter van het agendavormingsproces doorstaan. In dit hoofdstuk wordt een beschrijving gegeven van de literatuur over agendavorming; vervolgens wordt ingegaan op de determinanten van beleid. Tot slot wordt een model ontwikkeld waarmee de verschillen in beleid tussen de gemeenten zal worden verklaard. Dit model bevat de variabele verstedelijking, waarin gemeentegrootte, bevolkingsdichtheid en inkomen

samenkomen; deze variabele is een uitdrukking van de algemene probleemdruk in een gemeente. Voorts bevat het model drie politieke variabelen, te weten politieke kleur (percentage links in de Raad), politieke stabiliteit (Herfindahl-index van de Raad [0-1]) en politieke participatie (opkomstpercentage bij de verkiezingen voor de Raad in 1994), alsmede een voor het beleidsterrein specifieke probleemindicator. De afhankelijke variabele is de hoeveelheid autonome beleidsmaatregelen op een bepaald beleidsterrein.

Hoofdstuk 6 Onderzoeksopzet, gebruikt instrument en operationalisatie
Het onderzoek vond plaats onder een steekproef van gemeenten in Nederland die gestratificeerd was naar gemeentegrootte en naar provincie. De steekproefomvang bedroeg met twee gemeenten per groottecategorie (< 20.000, 20.000-50.000, 50.000-100.000, > 100.000) 86 gemeenten. Deze werden verzocht hun Collegeprogramma 94-98 en hun Begroting 96 in te zenden. Van de 86 gemeenten voldeden 80 (93%) op bruikbare wijze aan dit verzoek. Om de algemene en kwalitatieve informatie uit collegeprogramma en begroting om te zetten in rond gezondheid gecentreerde en kwantitatieve informatie, werd een nieuw meetinstrument ontwikkeld. Met behulp van dit instrument werden beleidsmaatregelen, het al dan niet gerelateerd zijn van deze beleidsmaatregelen aan doelen, het voorkomen van sectorale doelen en het voorkomen van intersectorale doelen gemeten. De verschillende beleidsterreinen sluiten aan bij de indeling uit de Nota 2000: Fysieke Omgevingsfactoren; Maatschappelijke Omgevingsfactoren; Leefwijzen en Gezondheidszorg. Het cluster Maatschappelijke Omgevingsfactoren is onderverdeeld in Wonen en Werken. Bij de Leefwijzen is gelet op Voeding, Beweging, Roken, en Alcohol. Gezondheidszorg is onderverdeeld in Algemeen, Grote Gezondheidsproblemen (Kanker, Hart- en Vaatziekten, Verkeersveiligheid, Sociale Veiligheid) en Risicogroepen (Jeugd, Ouderen, Gehandicapten, Vluchtelingen, Minderheden, Verslaafden, Thuislozen).

Hoofdstuk 7 Omvang en inhoud van het gezondheidsbeleid
De vraagstelling voor dit onderdeel luidt: 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.

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. Een vergelijking van het collegeprogramma en de begroting laat zien dat de activiteitsniveau's in het collegeprogramma over alle sectoren lager zijn dan in de begroting. Bij de analyse van de autonome maatregelen komt qua activiteiten hetzelfde beeld naar voren als bij het totaal; 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.

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 de politieke aandacht die een beleidsterrein krijgt gekwantificeerd. Deze varieert, op een schaal van 0 tot 1 van 0,24 (Bewegen) tot 0,64 (Sociale Veiligheid). Met behulp van een 'mate van politieke aandacht per individuele maatregel'-index kunnen maatregelen worden onderverdeeld in maatregelen die 'zeer veel' aandacht krijgen (= 0,75), maatregelen die 'veel' aandacht van een gemeente krijgen (0,25-0,75), en 'beheersmaatregelen', maatregelen die een gemeente uitvoert zonder dat ze enige politieke lading hebben (= 0,25).

Hoofdstuk 8 Determinanten van omvang en inhoud

In dit hoofdstuk is aangegeven 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 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.

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. Daar waar introductie van de data in het model een niet-significant model opleverden (Wonen, Werken, Sociale Veiligheid), is het probleem uit het model verwijderd.

De invloed 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 en 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 autonome 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: hoe groter de sterfte aan hart- en vaatziekten, hoe meer beleid. De relatie tussen verstedelijking en beleid, afwezig in het hoofdmodel, is nog afzonderlijk onderzocht: op de terreinen Wonen, Werken, Gezondheidszorg Algemeen, Ouderen, en Minderheden is de invloed significant positief: hoe meer verstedelijkt, hoe meer beleid op de genoemde terreinen.

Hoofdstuk 9 Doelgerichtheid

De vraagstelling met betrekking tot de doelgerichtheid van het beleid 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?

Het gemiddelde aantal sectorale 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 (in 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.

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%.

Hoofdstuk 10 Determinanten van doelgerichtheid

In hoofdstuk 10 is aangegeven 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 Lisrel. In eerste instantie is hetzelfde model uit hoofdstuk 8 gehanteerd. Toen dat model niet bleek te werken, is een aangepast model ontwikkeld met verstedelijking, de stabiliteit van het college (Herfindahl-index van het College) en steun van het college (percentage van de raadszetels dat gezien de samenstelling van het College geacht wordt steun te verlenen aan het College). Hieraan is nog toegevoegd de politieke aandacht voor een beleidsterrein.

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 onze verwachting. De invloed van stabiliteit op de mate van doelgerichtheid van beleid is in één geval (Werken) significant en negatief: 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 tegengesteld aan wat uit de literatuur blijkt: hoe meer steun, hoe minder een bestuursorgaan de behoefte zou gevoelen om zich te verantwoorden. De relatie tussen verstedelijking en de mate van doelgerichtheid, afwezig in het hoofdmodel, en van de drie samenstellende delen van verstedelijking afzonderlijk - inkomen, bevolkingsdichtheid, gemeentegrootte - op de mate van doelgerichtheid van het beleid zijn nog afzonderlijk onderzocht: al deze verbanden bleken niet significant.

Hoofdstuk 11 Conclusies, discussie en aanbevelingen

Een groot deel van de conclusies is hierboven in de samenvatting weergegeven. Het meetinstrument wijkt af van wat gebruikelijk is: het optellen van gefourneerde begrotingsmiddelen. Gekozen is voor het ontwikkelen van een nieuw meetinstrument: 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.

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. Ook om na te gaan of activiteiten van gemeente en GGD elkaar versterken is anderszins een analyse nodig.

Men kan op 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. Een case study onder een beperkt aantal gemeenten is het middel waarmee een aanvullende verdieping van de kennis kan worden verkregen in het bestaan van dergelijke verdere verschillen in gezondheidsbeleid tussen gemeenten.

Om na te gaan hoe de voornemens van gemeenten met betrekking tot het gezondheidsbeleid in de tijd veranderen is een longitudinaal vervolg het aangewezen middel. 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? Om na te gaan in hoeverre de positie die de gemeentelijke overheid inneemt in het staatsbestel - een soort agentschap van de centrale overheid tot een zeer zelfstandig onderdeel van de staat - zelf een variabele is, zou dit onderzoek in twee andere landen die qua inrichting deze uitersten benaderen zoals een Scandinavisch land en een Centraal Europees land, moeten worden herhaald.

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 'sectorale blinde vlek' is er ook sprake van enkele 'witte vlekken'. De belangrijkste betreffen het gebied van de leefwijzen. Aandacht voor leefwijzen is, vanuit het perspectief van gezondheidswinst, van groot belang voor de gezondheid van de inwoners van de gemeente.

Wellicht verdient het overleg tussen GGD en Raad te worden gestructureerd. In dat kader wordt bepleit continu een soort 'gezondheidsmonitor' in de gemeente uit te voeren. 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.

Van VNG en VWS zou een inhoudelijke visie op het gemeentelijk gezondheidsbeleid mogen worden verwacht. Het Nationaal Contract is een eerste stap. 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.
