

Voorwoord

Deze publicatie bevat achtergrondstudies bij het advies Gezond zonder zorg. Ter voorbereiding van het advies zijn verschillende achtergrondstudies uitgevoerd door het secretariaat van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg en door medewerkers van TNO en de NSPH. Deze publicatie bevat de volgende deelstudies:

- beleidsanalyse facetbeleid. Deze studie heeft primair betrekking op facetbeleid door de centrale overheid. In de analyse wordt het brede terrein van het volksgezondheidsbeleid gezien. Dat houdt in dat ook aandacht wordt besteed aan het gezondheidszorgbeleid en het intersectoraal gezondheidsbeleid. De studie is geschreven door het secretariaat van de RVZ.
- facetbeleid bij gemeenten: Niemand is tegen gezondheid. Deze deelstudie betreft het facetbeleid op gemeentelijk niveau. Facetbeleid op gemeentelijk niveau wordt op verschillende manieren in gang gezet, beïnvloed of gestimuleerd. In de studie is een achttal initiatieven beschreven die telkens een ander aspect van facetbeleid belichten. De studie is geschreven door het secretariaat van de RVZ.
- internationale ontwikkelingen: Health Impact Assessment. In een aantal landen zijn activiteiten gaande, die vergelijkbaar zijn met de ontwikkelingen in Nederland inzake facetbeleid. Die worden in deze deelstudie beschreven. Deze bijdrage is geschreven door de NSPH.

De achtergrondstudie Gezondheid in al facetten die in opdracht van de RVZ door TNO-PG is uitgevoerd, wordt separaat gepubliceerd.

De deelstudies leveren zo veel interessante informatie op dat de Raad een aparte publicatie van de gegevens gerechtvaardigd acht. Zo wordt duidelijk dat facetbeleid met wisselend succes prioriteit heeft in het beleid van de centrale overheid. Verder is door de tijd heen een verschuiving waar te nemen van de importantie van facetbeleid op landelijk niveau richting facetbeleid op lokaal niveau en de rol van gemeenten daarin. Verder wordt samenwerking tussen lokale overheden, bevolking en maatschappelijke organisaties belangrijker. Tegelijkertijd is het moeilijk inzicht te krijgen in het succes van facetbeleid. Het advies Gezond zonder zorg bevat aanbevelingen om daarin verbeteringen te brengen.

Inhoudsopgave

1	Beleidsanalyse facetbeleid	8
1.1	Inleiding	8
1.2	Doel en opzet	8
1.3	Historische ontwikkelingen van facetbeleid	9
1.4	Gezondheidseffectscreening	20
1.5	Sociaal-economische gezondheidsverschillen	22
1.6	Analyse van financiële middelen voor facetbeleid	23
1.7	Samenvatting	26
1.8	Conclusies	29
1.9	Lessen voor de toekomst	31
2	Facetbeleid bij gemeenten: Niemand is tegen gezondheid	39
2.1	Inleiding	39
2.2	Vraagstelling en methode van onderzoek	39
2.3	Volksgezondheidsbeleid een taak voor de overheid	40
2.4	Facetbeleid	42
2.5	Impulsen voor facetbeleid	44
2.6	Onderzoeken waar gemeentelijk facetbeleid aan de orde is	50
2.7	Instrumenten voor facetbeleid	53
2.8	Casussen	58
3	Internationale ontwikkelingen: Health Impact Assessment	81
3.1	Verdere ontwikkelingen rond HIA	82
3.2	HIA op lokaal en regionaal niveau	83
3.3	HIA op nationaal niveau	84
3.4	HIA op Europees niveau	86
3.5	Overige ontwikkelingen	87
	Bijlagen	
1	Literatuur	89
2	Overzicht publicaties RVZ	101

1 Beleidsanalyse facetbeleid

1.1 Inleiding

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) gevraagd te adviseren over facetbeleid vanuit de optiek van volksgezondheid. Facetbeleid is een onderdeel van het volksgezondheidsbeleid, waarbij de verantwoordelijkheid voor de ontwikkeling en uitvoering van dat beleid bij anderen ligt dan de verantwoordelijke voor volksgezondheid (minister of wethouder). Bij facetbeleid ligt het accent op bescherming en bevordering van de volksgezondheid en voor een klein deel op de zorg. Voor de beantwoording van de adviesaanvraag heeft de RVZ een aantal deelstudies laten uitvoeren. Deze beleidsanalyse heeft primair betrekking op facetbeleid door de centrale overheid. Waar nodig wordt kort ingegaan op facetbeleid op gemeentelijk niveau. Dit gebeurt uitgebreid in deelstudie 2. In de beleidsanalyse wordt het brede terrein van het volksgezondheidsbeleid gezien. Dat houdt in dat ook aandacht wordt besteed aan het gezondheidszorgbeleid en het intersectorale gezondheidsbeleid.

1.2 Doel en opzet

Doel van deze notitie is om inzicht te krijgen op de mogelijke succes- en faalfactoren bij het voeren van facetbeleid. De centrale vraag die moet worden beantwoord is of de verwachtingen omtrent het facetbeleid voldoende zijn gerealiseerd. Na een korte historische terugblik naar de tijd voorafgaand aan het uitbrengen van de Nota 2000 in 1986 – waarin het facetbeleid werd geïntroduceerd – gaat in paragraaf 3 de aandacht uit naar de afgelopen 15 jaar. Aan de hand van departementale nota's, de parlementaire behandeling daarvan en artikelen die naar aanleiding van deze nota's zijn verschenen wordt geprobeerd een beeld te construeren van de ontwikkelingen van facetbeleid. De volgende departementale nota's zullen aan de orde komen:

- Nota 2000 (1986);
- ontwerp-Kerndocument gezondheidsbeleid (1987);
- Werken aan Zorgvernieuwing (WAZ-nota) (1990);
- Preventiebeleid voor de volksgezondheid (1992);
- Gezond en Wel (1995).

In paragraaf 4 wordt aandacht geschonken aan de reacties van de minister van Volksgezondheid op een tweetal uitgevoerde gezondheidseffectscreeningen (GES) en de discussies hierover met de leden van de Tweede Kamer. Na een toelichting op het facetbeleid in relatie tot sociaal-economische gezondheidsverschillen in paragraaf 5, volgt in paragraaf 6 een analyse van de financiële middelen voor de ondersteuning en uitvoering van facetbeleid. Na een samenvatting en conclusies staat paragraaf 9 van de beleidsanalyse in het teken van de toekomst. Daarin wordt ingegaan op de vraag aan welke randvoorwaarden moet worden voldaan voor kansrijk facetbeleid.

1.3 Historische ontwikkelingen van facetbeleid

De periode voor 1986

In de loop van de negentiende eeuw is de medische wetenschap in zijn moderne wetenschappelijke betekenis tot ontwikkeling gekomen. De mogelijkheden voor genezing waren op veel terreinen nog beperkt. Mede vanuit die beperking hebben medici in die dagen een grote belangstelling voor preventie: het voorkomen van ziekten. Deze belangstelling werd nog versterkt door het toenemende besef dat met name het proletariaat, in de steden en ook op het platteland, grote gezondheidsrisico's liep. Dit leidde ertoe dat naast de ontwikkeling van de gezondheidszorg - algemene beschikbaarheid en deskundigheidsbevordering van de huisarts en de ontwikkeling van allerlei vormen van gespecialiseerde zorg in speciale voorzieningen, eerst van algemene ziekenhuizen, al snel gevolgd door de psychiatrische inrichtingen - veel aandacht was voor de verbetering van de leefomstandigheden, die rechtstreeks leidde tot vermindering van ziektes. Dit betrof onder andere de watervoorziening, het toezicht op de levensmiddelen en de verbetering van de huisvesting, de aanleg van de riolering en de vuilnisverwijdering. Daarnaast werden ook maatregelen getroffen om de arbeidsomstandigheden in de industrieën te verbeteren: meer aandacht voor de veiligheid en de beperking van de arbeid (kinderen, vrouwen en de arbeidsduur in het algemeen). Kenmerkend voor deze ontwikkelingen van wat achteraf gezien veelal zou kunnen worden aangemerkt als facetbeleid, was de 'natuurlijke' coalitie tussen enerzijds groepen geneeskundigen en anderzijds de politieke stromingen, die ieder vanuit hun eigen doelstellingen opkwamen voor belangen van de arbeiders (de socialisten,

maar ook de verlichte liberalen die pleiten voor instandhouding van voldoende adequate arbeidskrachten) en de christenen, die opkwamen voor de geestelijke belangen. Naast deze natuurlijke samenloop van belangen werd het succes van deze vormen van facetbeleid vooral bepaald door de enorme effecten die tegen relatief geringe kosten en op relatief eenvoudige wijze konden worden bereikt.

De grootste successen van het 'oude facetbeleid' dateren van voor de Tweede Wereldoorlog. Tijdens en na de oorlog volgt een verbetering van geneeskundige technieken. Vooral de beschikbaarheid van vaccins en medicijnen zoals penicilline leidt onder andere tot een verminderde aandacht voor preventie.

De samenhang tussen de geneeskundige gezondheidszorg en de (individuele en collectieve) preventie wordt na 1945 veel minder duidelijk. Er ontstaan meer op zichzelf gerichte sectoren. Dit wordt ook duidelijk in de Volksgezondheidsnota 1969. Deze eerste 'allesomvattende' nota in de sector volksgezondheid besteedt nog veel aandacht aan gezondheidsbescherming. Misschien is het beter om te zeggen hernieuwde aandacht nadat deze aandacht was verminderd. In de Volksgezondheidsnota wordt onderscheid gemaakt tussen een algemeen volksgezondheidsbeleid (het in verschillende andere sectoren van het overheidsbeleid rekening houden met de belangen van de volksgezondheid) en een specifiek volksgezondheidsbeleid. Het grote accent in de nota ligt op dit specifieke volksgezondheidsbeleid en dan nog in het bijzonder op de opbouw van een stelsel van gezondheidszorgvoorzieningen en van een stelsel van ziektekostenverzekeringen. De overheid moest de verantwoordelijkheid nemen voor de ontwikkeling hiervan. Deze lijn werd versterkt voortgezet in de Structuurnota 1974. Daarin werd het accent volledig gelegd op de structuur van de gezondheidszorg: de zorgvoorzieningen, de ziektekostenverzekeringen en de prijzen en tarieven in de gezondheidszorg. In de Structuurnota wordt geen of weinig aandacht besteed aan gezondheidsbescherming en preventie, en al helemaal niet aan de bevordering van de volksgezondheid buiten de gezondheidszorg in bredere zin. Deze ontwikkeling naar een steeds meer in zichzelf gekeerd volksgezondheidsbeleid wordt in 1986 doorbroken met het uitbrengen van de Nota 2000.

Nota 2000

De Nota 2000 gold bij het uitbrengen hiervan als een baanbrekend document op het gebied van gezondheidsbeleid. De inspiratie voor deze nota vond het ministerie van WVC in het gedachtegoed van de Canadese minister Lalonde. Als minister voor volksgezondheid maakte Lalonde duidelijk dat gezondheidszorg niet de enige en bepalende factor is voor een goede volksgezondheid. Medisch-biologische factoren, omgevingsfactoren (fysiek en sociaal) en gedragsfactoren spelen een minstens even belangrijke rol. Met de Nota 2000 doet de term 'facetbeleid' zijn intrede als een belangrijk aspect in het volksgezondheidsbeleid. Facetbeleid wordt beschouwd als een onderdeel van preventie en valt als zodanig onder dat beleidsterrein. Met een zichtbare versterking van facetbeleid poogt het ministerie in alle overheidsmaatregelen de gezondheidscomponent zichtbaar te maken, zodat gezondheid de plaats krijgt die het volgens het ministerie toebehoort. Gezondheidsbescherming en gezondheidsbevordering staan hierbij op de voorgrond. Beleidsaccenten in facetbeleid en preventie worden gelegd bij de gevolgen van vergrijzing, kanker, hart- en vaatziekten en ongevallen.

De overheid neemt zich voor het gezondheidsbeleid van de overheid te baseren op (cijfermatige) gegevens over de toestand van de volksgezondheid. Dit voornemen is later door het RIVM geconcretiseerd in de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV). De VTV vormt voor het volksgezondheidsbeleid een belangrijk vertrekpunt voor het benoemen van prioriteiten.

De Nota 2000 is een eerste aanzet tot nieuw beleid en met deze nota sluit de overheid aan bij de doelstellingen van het WHO-programma 'Health for all by the year 2000'. Voorts besluit de overheid het gezondheidsbeleid in de (grote) steden te ontwikkelen in het kader van het programma 'healthy cities'. Er wordt een verschuiving zichtbaar waarin gemeenten een belangrijke rol wordt toebedacht bij het realiseren van het volksgezondheidsbeleid.

De Nota 2000 wordt in het (preventie)veld met instemming begroet, hoewel sommigen waarschuwen voor te hoge verwachtingen van preventie en GVO (NRV, 1987). Aan de ene kant worden de analyses in de Nota 2000 over de toestand van de volksgezondheid geroemd en aan de andere kant heerst teleurstelling over het ontbreken van concrete (financiële) beleidskeuzen. Daarnaast is er ook in het veld - bij de koepels, de lagere overheden en de politieke partijen - weinig

eensgezindheid over de inhoudelijke keuzen ten aanzien van gezondheidsbeleid (Gunning-Schepers, 1987). Hoewel de impact van de Nota 2000 op het denken van beleidsmakers en preventiewerkers niet mag worden onderschat - ook anno 1999 wordt de nota nog steeds aangehaald - slaagt het ministerie niet in zijn opzet een keerpunt te creëren van gezondheidszorgbeleid naar gezondheidsbeleid.

Ontwerp-Kerndocument gezondheidsbeleid

Een van de beleidsvoornemens van de overheid is dat het ministerie van Volksgezondheid elke vier jaar een nota volksgezondheid zal opstellen. Was de Nota 2000 grotendeels een opsomming van feiten en beschouwingen (TK 19 700, XVI, no. 2, p. 62), met het *ontwerp-Kerndocument gezondheidsbeleid voor de jaren 1990-1995* wil het ministerie van WVC een nota opstellen, waarin de kring van organisaties in het veld nauw wordt betrokken. Immers - zo stelt het ministerie - voor het realiseren van de gestelde gezondheidsdoelen is de steun van maatschappelijke organisaties en lagere overheden onontbeerlijk. Bij het ontwerp-Kerndocument wordt een basisdocument gevoegd en 8 categorale discussienota's:

- *discussienota Veroudering en preventie;*
- *nota Reumabeleid;*
- *discussienota Suïcidepreventie;*
- *discussienota Preventie geestelijke volksgezondheid;*
- *discussienota Kankerbestrijding;*
- *discussienota Ongevallen en traumatologie;*
- *discussienota Epidemiologie en informatica;*
- *discussienota Wettelijke informatievoorziening in de gezondheidszorg.*

In 1989 beginnen de discussies met het veld. Er worden bijeenkomsten georganiseerd en er komen schriftelijke reacties binnen. De Nationale Raad voor de Volksgezondheid en de Ziekenfondsraad worden om advies gevraagd. Inmiddels is de wind vanuit andere hoeken gaan waaien. Mede onder invloed van het rapport *Bereidheid tot verandering* van de Commissie Dekker (1987) worden nieuwe prioriteiten gesteld. In de nota *Verandering verzekerd* geeft de minister een reactie op het rapport van de Commissie Dekker, waarbij de overheid met betrekking tot volksgezondheidsbeleid de rol van gemeenten opnieuw benadrukt. Om deze rol daadwerkelijk vorm te kunnen geven, krijgen gemeenten een instrument in handen, de Wet collectieve preventie volksgezondheid (WCPV). Deze

wet geeft een opsomming van taken van het gemeentebestuur, waaronder - zoals in artikel 2 lid 2 sub b WCPV staat vermeld - “*Het bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen met gevolgen voor het leefmilieu*”. Gemeenten moeten bovendien basisgezondheidsdiensten in stand houden. De financiering van deze diensten wordt gedecentraliseerd via het Gemeentefonds. Na het plan Dekker treedt een fase in waarin termen als terugtrekkende overheid, deregulering en marktwerking op de voorgrond treden. Inhoudelijk zorgbeleid en aandacht voor kwaliteit en zorgvernieuwing hangen volgens het kabinet nauw samen met de vorm van structuur en financiering. Omdat het kabinet in de plaats hiervan met een nieuwe nota komt, blijft het ontwerp-Kerndocument een ontwerp.

Werken aan Zorgvernieuwing (WAZ-nota)

Aan het begin van de jaren negentig staat, wat betreft de volksgezondheid, vooral de kostenbesparing, marktwerking, stelselherziening en werkgelegenheid op de politieke agenda. Het ontwerp-Kerndocument verdwijnt op de achtergrond. Daarvoor in de plaats brengt het ministerie van WVC in 1990 de *nota Werken aan zorgvernieuwing (WAZ-nota)* uit, waarin zij een actieprogramma presenteert voor de door haar gewenste zorgvernieuwingen.

Aan de WAZ-nota is een notitie toegevoegd inzake de stelselwijziging zorgsector. Deze notitie wekt de meeste beroering en het leeuwendeel van de kamerdebatten over de WAZ-nota gaat dan ook over de voorstellen voor de stelselwijziging, die overigens uiteindelijk de instemming van de Kamer niet zullen krijgen.

In de aanbiedingsbrief aan de Tweede Kamer schrijven de bewindslieden dat de WAZ-nota een “actieprogramma bevat voor vernieuwing van de zorg” (TK, 21 545, no. 1). In de nota is een verschuiving zichtbaar in de aandacht van specifiek volksgezondheidsbeleid naar het grensvlak tussen preventie en zorg, met name gericht op de chronisch zieken. De overheid streeft naar de bevordering van de integratie tussen preventie, curatie en zorg. Verder benadrukt de nota de samenwerking van lokale overheden, bevolking en maatschappelijke organisaties. Beleidsaccenten worden gelegd bij het alcohol- en tabaksbeleid, gezonde voeding en veiligheid in de privésfeer.

Zoals eerder is geconstateerd, spitsen de discussies rond de WAZ-nota zich vooral toe op de voorgenomen stelselherzieningen. Ten opzichte van voorgaande nota's

wordt met betrekking tot facetbeleid geen vernieuwing ingezet. Facetbeleid wordt weliswaar genoemd als instrument, maar vervolgens wordt er geen nieuwe uitwerking gegeven aan instrumenten voor facetbeleid en ook niet op welke manier of op welke gebieden facetbeleid zou kunnen worden ingezet.

Preventiebeleid voor de volksgezondheid

Naar aanleiding van toezeggingen aan de Tweede Kamer om met een vernieuwde notitie over preventiebeleid te komen, biedt de staatssecretaris eind 1992 de *nota Preventiebeleid voor de volksgezondheid: praktische keuzen voor de jaren 90* aan. De nota Preventiebeleid is een minder omvangrijke nota dan zijn voorgangers. In de begeleidende brief schrijft de staatssecretaris: “*ik heb gemeend er goed aan te doen het vigerende preventiebeleid niet uitvoerig te beschrijven. Het betreft hier immers bekende materie.*” De staatssecretaris beschouwt deze nota als het opmaken van een ‘tussenbalans’ (p. 7). De nota Preventiebeleid is gebaseerd op een aantal adviezen, voorstellen en studies van de Gezondheidsraad, de Nationale Raad voor de Volksgezondheid, de LHV-NHG, het Landelijk Centrum GVO en de Stichting Toekomstscenario Gezondheidszorg (STG). Het belang van preventie wordt breed onderkend en aldus beperkt de nota zich tot voorstellen voor vernieuwing en versterking van het beleid. Volgens de nota moet onderzoek naar effectiviteit en doelmatigheid meer worden ondersteund. De eerder ingezette koppeling tussen preventie en zorg wordt ook in het nieuwe beleid voortgezet, waarbij voor het eerst wordt erkend dat de curatieve zorg ook taken heeft in de collectieve preventie (RVZ, 1999).

De overheid schenkt hernieuwde aandacht aan facetbeleid. Dit blijkt onder meer uit het feit dat in een apart hoofdstuk de prioriteiten voor facetbeleid worden aangegeven. De prioriteiten zijn geclusterd in drie actuele thema’s, namelijk: arbeid, milieu en (facet)beleid om de sociaal-economische gezondheidsverschillen terug te dringen. Verder wordt het facetbeleid op het gebied van alcohol-, drugs- en tabaksbeleid en voeding en veiligheid voortgezet.

De nota Preventiebeleid bepleit versterking van facetbeleid. De nota concludeert dat er met betrekking tot facetbeleid nog een aantal lacunes zijn, onder andere “een onderbelichting in de beleidsontwikkeling waardoor ook de regievoering achterblijft”. De voorgenomen versterking van beleid moet zowel op landelijk als op lokaal niveau gebeuren (p. 9). Het antwoord op hoe deze versterking er precies uit zou moeten

zien blijft in deze nota vooralsnog in het midden liggen. Wel wordt er een aantal concrete acties geformuleerd op de eerder genoemde prioriteiten buiten het zorgterrein. In het benoemen van prioriteiten laat het ministerie zich sturen door de (nogal ruime) beleidsoverweging: “het al of niet parallel lopen van belangen van de betrokken beleidssectoren” (TK, 1992, 22 894, no. 3,

p. 13). Het doel van facetbeleid als onlosmakelijk deel van preventie is er – volgens de nota – op gericht een te grote belasting vanuit de omgeving te verlagen en een verminderde belastbaarheid van individuen te verhogen.

Typerend is dat de staatssecretaris in deze nota kanttekeningen plaatst bij het effect van facetbeleid. Hier past volgens hem enige bescheidenheid. Geen acties voor wereld- of maatschappijverbetering, maar overleg en bescheiden acties buiten het zorgterrein (TK, 1992, 22 894, no. 1, p. 17). In een tijd waarin stelselherziening en kostenbeheersing de politieke agenda domineren, kiest het ministerie eerder voor realisme door aan te haken bij maatschappelijke problemen zoals arbeid, milieu en SEGV, dan aan te sluiten bij de ambitieuze plannen van de Nota 2000 (Dekker, 1992).

Gedurende de kamerbehandeling van de nota Preventiebeleid wordt het ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur omgezet in het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), een wisseling van bewindslieden en voor volksgezondheid komt een minister in plaats van een staatssecretaris. In de behandeling van de nota Preventiebeleid in de Vaste Commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport in 1994 geeft de minister aan dat er hernieuwde aandacht zal zijn voor facetbeleid. Zij geeft aan dat zij – overtuigd van het belang van facetbeleid – in overleg zal gaan met haar collega-ministers: “ik zal proberen ze enthousiast te krijgen, veel andere middelen heb ik niet, maar dat kan soms een uitstekend middel zijn voor het gezamenlijk daaraan werken”. Als instrument voor de toetsing van beleidsvoornemens op gezondheidseffecten heeft de minister bijzondere interesse in de gezondheidseffectrapportage. De minister zet voorts in op een harder en actiever tabaksbeleid (TK, 22 894, no. 7).

De Nota 2000 stelt dat voor het slagen van facetbeleid essentieel is dat facetbeleid én door de centrale overheid moet worden uitgedragen én dat ook lokale overheden (met name gemeenten) hierin een voortrekkersrol moeten vervullen. Hoewel in alle latere volksgezondheidsnota's dit beleid wordt

doorgetrokken, was niet bekend hoe het volksgezondheidsbeleid op lokaal niveau gestalte kreeg. In 1995 houdt de Inspectie voor de Gezondheidszorg op verzoek van de Tweede Kamer een (enquête)onderzoek naar de wijze waarop gemeenten inhoud geven aan de hun - krachtens de WCPV - toegedeelde bestuurlijke verantwoordelijkheid op het gebied van collectieve preventie (Inspectie van de Volksgezondheid, 1995). Het onderzoek geeft geen positief beeld. De inspectie concludeert dat onderzochte gemeenten weinig visie hebben op gezondheidsbeleid en dat in de meeste gemeenten facetbeleid niet van de grond is gekomen. Dit geldt met name voor facetbeleid in relatie tot openbare werken, economische zaken, industriebeleid en cultuur en recreatie. Gezondheidsaspecten van deze beleidsvoornemens worden te weinig meegenomen bij de uiteindelijke beslissingen. Naar aanleiding van dit rapport besluit de minister een onderzoekscommissie in te stellen naar gemeentelijk gezondheidsbeleid, de Commissie Lemstra. Ook deze commissie besteedt aandacht aan (de grenzen van) lokaal facetbeleid. Om duidelijkheid te krijgen over de deeltaken binnen de WCPV stelt het ministerie vervolgens onder leiding van de Stuurgroep Basistaken collectieve preventie ('Commissie Verloove-Vanhorick') vier werkgroepen in, waarbij vanuit het oogpunt van facetbeleid de zienswijze van de werkgroep Bevorderingstaken het meest interessant is.

Gezond en Wel

In het debat met de Vaste Commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de 'oude' nota *Preventiebeleid* zegt de minister toe weldra met een nieuwe geïntegreerde vervolgnota over het gezondheidsbeleid te komen. In maart 1995 wordt de nota *Gezond en Wel, kader van het gezondheidsbeleid 1995 – 1998* (TK, 24 126, no. 1-2) aan de Tweede Kamer aangeboden. Met enige trots wordt vermeld dat de beleidsvoornemens in *Gezond en Wel* tot stand zijn gekomen na een analyse van relevante ontwikkelingen binnen en buiten de gezondheidszorg. Zo zijn de resultaten van de VTV 1993 meegenomen in de analyse. Hiermee komt het ministerie tegemoet aan het oude voornemen het gezondheidsbeleid voortaan te baseren op (cijfermatige) gegevens over de gezondheidstoestand van de bevolking. De staat van de gezondheid is goed, zo meldt de minister. Het streven is dan ook om het hoge niveau te handhaven en zelfs te verbeteren (Gezond en Wel, p. 4). Het volksgezondheidsbeleid gaat zich richten op die gebieden waar nog winst te behalen valt. Er worden vijf uitgangspunten

geformuleerd. Twee daarvan hebben betrekking op facetbeleid:

- schadelijke omgevingsfactoren moeten worden tegengegaan en gezond gedrag moet worden gestimuleerd;
- het beleid van het ministerie van VWS moet worden gecoördineerd met dat van andere departementen.

De nota meldt dat er (maatschappelijk) een brede overeenstemming bestaat over het uitgangspunt dat de overheid zich voortaan meer gaat beperken tot haar kerntaken. Uitvoerende taken komen zo veel mogelijk bij de maatschappelijke organisaties en partijen buiten de overheid te liggen. In tegenstelling tot alle voorgaande nota's is in *Gezond en Wel* geen apart hoofdstuk over facetbeleid opgenomen. Facetbeleid is geïncorporeerd in het hoofdstuk over preventie 'bevorderen van gezondheid en het voorkomen van ziekte'. De mogelijkheid tot het bevorderen van de gezondheid en het voorkomen van ziekte beperkt zich niet tot de terreinen waarvoor de minister van VWS de eerste verantwoordelijke is, zo stelt de nota. Het kabinetsbeleid is gericht op een gezamenlijke inspanning van een groot aantal ministeries (p. 19). *Gezond en Wel* geeft een overzicht bij welke ziekten of gezondheidsbedreigingen interdepartementaal beleid aan de orde is en wat de kansen zijn op succes. Opvallend is dat het woord facetbeleid nog maar sporadisch wordt gebruikt. De voor facetbeleid relevante accenten worden gelegd bij tabak, voeding, lichamelijke activiteit en veiligheid. Prioriteitstelling van facetbeleid blijkt ook uit het beschikbaar stellen van financiële middelen voor interdepartementaal veiligheidsbeleid en preventie op het terrein van sociale zaken en werkgelegenheid. Voorts stelt het ministerie geld beschikbaar voor de tweede fase van de programmacommissie SEGV (1995 – 1999). Terugdringing van sociaal-economische gezondheidsverschillen heeft prioriteit in het VWS-beleid. Bovendien wordt terugdringing van SEGV in grote steden een van de speerpunten in het Grotestedenbeleid (GSB). GSB valt onder verantwoording van het ministerie van Binnenlandse Zaken. VWS levert samen met andere ministeries een (financiële) bijdrage. Hier is overigens sprake van interdepartementaal beleid.

In discussies over het volksgezondheidsbeleid was het instrument gezondheidseffectscreening (GES) al eerder aan de orde geweest. In *Gezond en Wel* wordt opnieuw ruimte gegeven aan de gezondheidseffectrapportage en voordelen van dit instrument in het opsporen van gezondheidsrelevant beleid

(p. 21). In mei 1995 stuurt de minister een brief naar de Tweede Kamer (TK, 24 126, no. 3) waarin zij de Kamer de resultaten aanbiedt van een rapport over de gezondheidseffectrapportage en de door VWS georganiseerde workshop hierover (Roscam Abbing, 1995). Dat het ministerie grote interesse heeft in het instrument blijkt uit het feit dat met ingang van 1995 er f 500.000 wordt gereserveerd voor de verdere ontwikkeling van de GES (TK, 1994-1995, 24 126, no. 3, p. 2). Later wordt in een aparte beleidsbrief aan de Tweede Kamer de GES nader geëxpliciteerd en aangekondigd dat een aantal beleidsvoornemens wordt getoetst op gezondheidseffecten en dat ook vier grote steden bezig zijn een project te ontwikkelen om ook op lokaal niveau de GES toe te passen (TK, 1996, 22 894, no. 14, p. 21).

Een van de uitgangspunten voor het toepassen van de GES is, dat op deze wijze in een vroeg stadium mogelijke gezondheidseffecten van beleidsvoornemens bekend zijn, zodat het kan leiden tot bijstelling van deze beleidsvoornemens of het formuleren van alternatieven in samenwerking met de andere beleidssector. Omdat theoretisch gewenste of ongewenste oorzaak - gevolgrelaties (technische rationaliteit) zeker niet altijd doorslaggevend zijn als het gaat om gezondheidsbelangen, is een belangrijke vraag hoe het verloop van het beleidsproces zodanig kan worden beïnvloedt dat gezondheidsbelangen wel zo goed mogelijk uit de verf komen. Dit proces heet de bestuurlijke rationaliteit, ook wel de politiek-maatschappelijke factor genoemd (Putters en Van der Grinten, 1998).

Om het besluitvormingsproces niet onnodig te vertragen, wil het ministerie voorkomen dat de invoering van de gezondheidseffectscreening leidt tot geformaliseerde procedures zoals die van de milieueffectrapportage (TK, 1996, 22 894, no. 14, p. 21). Tenslotte meldt de minister dat zij geld ter beschikking stelt voor technische ondersteuning van facetbeleid. Zij geeft de Netherlands School of Public Health (NSPH) daarin een taak.

Bij het uitbrengen van de Nota 2000 nam de overheid zich voor om elke vier jaar met een departementale nota richting te geven aan het volksgezondheidsbeleid. Buiten een aantal beleidsbrieven en het Jaar Overzicht Zorg (JOZ) waarin het ministerie het voorgaande beleid evalueert en nieuwe beleidsvoornemens uitspreekt, is de *nota Gezond en Wel, kader van het gezondheidsbeleid 1995 - 1998* de laatste in de rij integrale

nota's over volksgezondheidsbeleid. Volgens het 'oude' voornemen uit de Nota 2000 zou er in 1999 een nieuwe volksgezondheidsnota moeten zijn verschenen. Dat is om onbekende redenen niet gebeurd.

In opdracht van het ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (WVC) brengt de Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO) in april 1996 het *advies Prioriteiten voor Preventieonderzoek* uit. In het advies worden voorstellen gedaan voor het opzetten van drie deelprogramma's voor preventieonderzoek. In de optiek van de RGO zou vanuit deze deelprogramma's het door de overheid gesubsidieerde preventieonderzoek moeten worden aangestuurd. Op verzoek van het ministerie blijft het advies van de RGO beperkt tot primaire en secundaire preventie. Onderzoek naar facetbeleid maakt derhalve geen onderdeel uit van dat advies. Echter, in een brief aan de voorzitter van de Tweede Kamer over de implementatie van het advies, geeft de minister niet alleen haar standpunt op het RGO-advies, maar geeft ze ook haar visie op facetbeleid (4 december 1996, GZB/GZ 964650). Ze vindt dat facetbeleid (samen met gezondheidsbescherming) geïntegreerd zou moeten worden in een van de deelprogramma's zoals de RGO dat voorstelt. Op basis van de resultaten van de analyses kunnen prioriteiten worden gesteld en vervolgens, zo schrijft de minister, kan een aanvullende opdracht worden verleend en kunnen aanvullende gelden worden verstrekt aan ZorgOnderzoek Nederland (ZON).

Door onderzoek naar facetbeleid als afzonderlijk terrein te integreren in het deelprogramma, wil de minister de kans vergroten dat specifiek voor onderzoek naar facetbeleid ook daadwerkelijk gelden beschikbaar komen.

Naar aanleiding van de brief van de minister zijn er gesprekken geweest tussen ZON en het ministerie over verruiming van de financiële middelen om het deelprogramma preventie te kunnen uitbreiden ten behoeve van facetbeleid. ZON zag weinig mogelijkheden tot uitbreiding binnen de bestaande middelen. De uitkomst van het overleg is dat het ministerie geen extra geld aan ZON toekent. Het overleg tussen ZON en het ministerie over inpassing van onderzoek naar facetbeleid in het preventieprogramma is tot nader order opgeschort. Hoewel onderzoek met betrekking tot facetbeleid door ZON wordt toegejuicht, er is geen extra stimuleringsprogramma voor facetbeleid ontwikkeld. De financiering van onderzoek is nu ondergebracht bij een van de drie deelprogramma's Preventie.

1.4 Gezondheidseffectscreening

Aan het einde van deze analyse van de nota's over volksgezondheidsbeleid, volgt een schets van de rol die gezondheidseffectscreeningen (GES) hebben gehad in de discussie over wetswijzigingen op deze onderwerpen. De aandacht gaat hier uit naar de GES over alcoholmatigingsbeleid en de GES over het tabaksontmoedigingsbeleid. Zowel het alcoholmatigingsbeleid en het tabaksontmoedigingsbeleid hebben een lange geschiedenis en bovendien zijn er op beide gebieden wetswijzigingen onder parlementaire behandeling. Facetbeleid met betrekking tot het alcohol- en tabaksbeleid is al eerder geanalyseerd (Dekker en Van der Grinten, 1995). Uit deze analyse kwam onder andere naar voren dat het ontbreekt aan een permanente (overleg)structuur van waaruit facetbeleid vorm kan krijgen. Die structuur is er ooit overigens wel geweest, namelijk de voormalige Stuurgroep Alcohol en Drugs. Verder constateerden de schrijvers dat het volksgezondheidsbelang weliswaar minder zwaar weegt dan de economische belangen, maar dat VWS het belang van de volksgezondheid kan versterken door direct met het bedrijfsleven afspraken te maken over beperkende maatregelen.

De GES en GER over het tabaksontmoedigingsbeleid zijn uitgevoerd in opdracht van het ministerie van VWS. De opdrachtgever bepaalt of de resultaten openbaar zijn. De GES en GER zijn naar de Kamer gestuurd en nu ook voor anderen toegankelijk.

De GES *Tabaksontmoedigingsbeleid* is afgerond in 1997 en gebaseerd op het reeds bestaande tabaksontmoedigingsbeleid van de ministeries van VWS en Economische Zaken. Naar aanleiding van de uitkomsten is het tabaksontmoedigingsbeleid verder geanalyseerd en is een gezondheidseffectrapportage (GER) uitgebracht. Deze rapportage is in juli 1998 aangeboden aan de minister VWS. Het ministerie heeft de GER op zijn beurt toegezonden aan de Tweede Kamer.

In de Memorie van Toelichting (MvT) bij de wijziging van de Tabakswet (TK, 1998-1999, 26 472, no. 3) gaat de minister nader in op de resultaten van de GES en de GER. Zowel in de GES als in de GER wordt benadrukt dat het effect van het

tabaksontmoedigingsbeleid kan worden gemaximaliseerd door een combinatie van maatregelen. Echter, in bespreking van de resultaten van de GER bij de behandeling van het wetsvoorstel wordt voornamelijk ingegaan op de economische gevolgen van een stringenter tabaksbeleid. Er wordt niet beargumenteerd waarom de regering afwijkt van de voorstellen uit de GES en de GER.

Bij de behandeling van het wetsvoorstel in juli 1999 spreken de fracties van de politieke partijen hun waardering uit over de GER en de GES. De PvdA, CDA en SP vragen zich af waarom de regering afwijkt van de voorstellen uit de GES en de GER. Bovendien, zo vragen de vertegenwoordigers van CDA en SP zich af, is er in het voorstel weinig aandacht voor voorlichting en preventie, terwijl dat een van de pijlers is van het tabaksontmoedigingsbeleid. De leden van de Tweede Kamer scharen zich achter de combinatie van maatregelen zoals deze in de GER worden voorgesteld.

De GES *Drank en Horeca Wet* (DHW) is uitgevoerd omdat het kabinet het voornemen had in het kader van het alcoholmatigingsbeleid de Drank en Horeca Wet te wijzigen. De rapportage is aangeboden aan het ministerie en verwerkt in de brief van de minister van VWS aan de ministeriële Commissie Marktwerking, Deregulering en Wetgevingskwaliteit (Commissie Kuypers). De GES vormde het tegenwicht voor de 'Effecttoetsing voornemens alcoholwetgeving' (EVA), waarbij vooral bedrijfsmatige gevolgen zijn onderzocht.

De GES Wijzigingen Drank- en Horecawet is in opdracht van de NSPH door het Trimbos-instituut uitgevoerd. Het is een snelle en globale screening van de nationale en internationale literatuur (GES, p. 11). Belangrijke beperkingen in het verkrijgen van alcohol die in het wetsvoorstel worden gedaan zijn: de verhoging van de leeftijdsgrens, verbod op verkoop bij benzinestations, verbod op verkoop in personeelskantines en verbod op verkoop in snackbars. In de GES worden mogelijke gunstige gezondheidseffecten, die het gevolg zijn van de aanscherping van het beleid, op een rij gezet. Naast een toetsing op gezondheidseffecten is het wetsvoorstel inzake de wijziging van de Drank- en Horecawet (TK, 1997-1998, 25 969, no. 3) ook getoetst op mogelijke economische effecten. In de MvT bij het wetsvoorstel wordt aan beide effecttoetsingen gerefereerd, onder de noemer *bedrijfseffecten en gezondheidswinst*. In de MvT staat dat zowel de GES als de toetsing in het licht van het traject 'marktwerking,

deregulering en wetgevingskwaliteit' noodzakelijkerwijs veel aannames bevatten over de reacties van consument en markt op de voorgenomen wijzigingen. Kortom, er wordt erkend dat het ook met effectmetingen moeilijk is om de harde feiten over economische effecten en gezondheidseffecten boven tafel te krijgen. In het debat met de Tweede Kamer blijkt dat de politieke partijen zich kunnen vinden in de doelstellingen van het alcoholmatigingsbeleid, hoewel een aantal partijen meent dat de beperkingen niet ver genoeg gaan: economische belangen zouden nog te veel prevaleren boven maatschappelijke en gezondheidsbelangen. De SP meent dat facetbeleid en intersectoraal beleid alleen kans hebben bij het maken van duidelijke keuzen en dat gebeurt nu niet, aldus de SP (TK, 1998-1999, 25 969, no. 5, p. 4). De minister meent dat, hoewel economisch gewin en gezondheid niet altijd in elkaars verlengde liggen, dit wetsvoorstel een goed compromis is.

1.5 Sociaal-economische gezondheidsverschillen

In de Nota 2000 wordt de aandacht onder meer gericht op het bestaan van sociaal-economische gezondheidsverschillen (SEGV). Nederland heeft in 1984 in het kader van Health for All van de WHO de Targets for Health for All onderschreven, waarin is bepaald dat de bestaande verschillen in gezondheidstoestand tussen landen en groepen binnen landen in het jaar 2000 met tenminste 25% zouden moeten zijn teruggebracht. De SEGV zijn weliswaar van alle tijden en ook hebben zich in de loop der tijd in aard en omvang verschillen voorgedaan. Dit neemt niet weg dat verkleinen van de SEGV een speerpunt wordt in het beleid dat met de Nota 2000 wordt ingezet. Volgens de nota zou facetbeleid ingezet moeten worden met als doel de SEGV te verkleinen. Ook in de navolgende beleidsnota's komt facetbeleid in relatie tot het verkleinen van de SEGV telkens aan de orde.

In 1987 wordt, mede naar aanleiding van een conferentie onder auspiciën van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, de Programmacommissie Sociaal-economische gezondheidsverschillen onder leiding van L. Ginjaar ingesteld. Van 1989 tot 1993 vindt een vijfjarig onderzoeksprogramma naar SEGV plaats onder leiding van J. Mackenbach. Naar aanleiding van de resultaten wordt besloten de Programmacommissie Sociaal-economische gezondheidsverschillen 'tweede fase' in te stellen. De programmacommissie heeft drie taken:

- het op systematische wijze evalueren van de effectiviteit van interventies gericht op het terugdringen van SEGV;
- het monitoren van het voorkomen van SEGV in Nederland;
- het nader analyseren van de achtergronden van SEGV.

Voor de uitvoering van het programma is jaarlijks 1 miljoen gulden beschikbaar. De opdracht aan de programmacommissie loopt 31 december 1999 af (VWS, 1996).

Zowel in de VTV 1993 als in de VTV 1997 wordt ruime aandacht geschonken aan de sociaal-economische gezondheidsverschillen in Nederland. Ondanks de inspanningen sinds 1986 concludeert de VTV 1997 dat de sociaal-economische verschillen in de gezondheidstoestand (gemeten naar opleiding, inkomen en beroepsstatus) in de afgelopen decennia te lijken zijn toegenomen. De relatieve inkomensverschillen zijn toegenomen. Het wordt niet uitgesloten dat bevolkingsgroepen met een lage sociaal-economische status en een slechte gezondheidstoestand, zoals dak- en thuislozen, daardoor zijn toegenomen (RIVM, 1997).

1.6 Analyse van financiële middelen voor facetbeleid

Bij de analyse van financiële middelen voor facetbeleid worden een tweetal onderwerpen onderscheiden:

1. mate waarin beleidsvoornemens om facetbeleid te stimuleren door VWS ook worden ondersteund door de beschikbaarstelling van financiële middelen;
2. mate waarin beleid van andere departementen leidt tot een daling c.q. stijging van de kosten voor de volksgezondheid.

Financiële middelen voor facetbeleid

In tabel 1 zijn de kosten van preventie ten opzichte van de totale kosten van de gezondheidszorg weergegeven Tweede Kamer der Staten Generaal. Openbare Gezondheidszorg. Den Haag: SDU, vergadering 1998-1999. No. 26 598.
en. In 1986 wordt 810 miljoen gulden van de totale uitgaven van de gezondheidszorg uitgegeven aan collectief preventieve zorg (Nota 2000, p. 296).

Tabel 1 Uitgaven gezondheidszorg

	1986	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Preventieve zorg	810	797	818	899	1.046	1.053	1.196

Curatieve zorg		25.742	26.424	25.571	25.888	26.925	27.277
Farm. Gen. en hulpmiddelen		6.017	6.092	6.537	6.743	6.793	6.757
Geest. Gezondheid		4.092	4.208	4.319	4.489	4.780	4.932
Gehandicaptenzorg		4.839	5.120	5.336	5.579	5.857	6.085
Ouderenzorg		10.445	10.696	10.990	11.295	11.715	11.977
Thuiszorg		2.780	2.913	2.967	3.106	3.256	3.287
Beleid en beheer en admin.	2.450	2.765	2.816	3.072	3.165	3.545	5.011
Totale uitgaven	35.150	57.477	59.087	59.691	61.311	63.924	66.522
Aandeel preventie t.o.v. totale uitgaven	2,30%	1,39%	1,38%	1,51%	1,71%	1,65%	1,80%

Bron: JOZ 1998

De nota Preventiebeleid maakt voor het eerst duidelijk op welke wijze en aan welke onderdelen van preventiebeleid specifiek financiële middelen worden toegekend ter bevordering van facetbeleid (tabel 2).

Tabel 2 Financiering beleidsvoornemens Nota preventiebeleid

Facetbeleid (in mln. guldens)	1992	1993	1994
a. gezondheid en arbeid	0,45	0,65	0,65
b. milieu en gezondheid			
Integrale milieuzonering		0,2	0,4
Onderzoeksprogramma mens en lucht		0,5	0,5
c. SEGV			
Doelgroeppreventie		0,2	0,3
Coördinatie andere ministeries		0,1	0,1
Programmacommissie			
1 ^e fase		1	1
2 ^e fase			1
Facetbeleid totaal	0,45	2,65	3,95
Preventie totaal	0,73	3,65	7,58

Bron: Nota preventiebeleid 1992 (TK 22 894, no. 1)

Voor nieuwe beleidsvoornemens in het preventiebeleid over de jaren 1992, 1993 en 1994 is voor 1992 0,73 miljoen gulden begroot voor preventie, waarvan 0,45 miljoen voor facetbeleid. Voor 1994 werd een stijging begroot van 7,58 miljoen gulden, waarvan 3,35 miljoen voor facetbeleid beschikbaar is.

In de nota Gezond en Wel is het aandeel van de kosten voor preventieve zorg 1,5% van de totale kosten, 879 miljoen gulden op een totale uitgaven van 59,3 miljard gulden. De beleidsvoornemens die betrekking hebben op facetbeleid worden expliciet genoemd en per onderdeel wordt een financiële bijdrage begroot. Bijvoorbeeld bevordering coördinatiefunctie bij de NSPH, *f.* 0,5 miljoen per jaar, terugdringen SEGV, tweede fase programmacommissie SEGV, *f.* 1 miljoen per jaar, gezondheidseffectschatting van beleidsmaatregelen, *f.* 0,5 miljoen per jaar.

In tabel 3 wordt een overzicht gegeven van het percentage dat de beleidssector preventie ontvangt ten opzichte van de totale zorguitgaven. Dit percentage bedroeg op grond van andere aannames en criteria die in het JOZ werden gehanteerd voor Nederland 3% in 1995. Daarmee bevindt Nederland zich in de middenmoot van genoemde Europese landen.

Tabel 3 Aandeel sectoren in totale uitgaven gezondheidszorg in 1995

	Totaal (%)	Intramuraal	Extramuraal	Preventie	Overige sectoren
Nederland	100	59	17	3	21
België	100	52	21	2	25
Denemarken	100	65	17	4	14
Duitsland ¹⁾	100	46	31	4	19
Frankrijk	100	51	23	2	24
Zwitserland	100	51	28	2	19
Gemiddeld	100	54	23	3	20

¹⁾ gegevens voor Duitsland uit 1994.

Bron: CBS, 1998

Kosteneffecten door het beleid van andere departementen

Door een ministerie kunnen maatregelen worden genomen die voor het eigen ministerie financieel voordelig zijn, maar

dezelfde maatregel kan voor het ministerie van VWS een stijging van de kosten inhouden. VWS zou zich actiever kunnen opstellen deze kosten zichtbaar te maken en proberen mogelijkheden te verkennen om de te verwachten kosten op andere departementen te verhalen. Tabak is hier een goed voorbeeld van. De opbrengsten van tabaksaccijnzen komen bij Economische Zaken terecht en VWS moet de gezondheidsschade als gevolg van tabakgebruik betalen. Ook voor nieuwe risico's zou meer rekening kunnen worden gehouden met het zichtbaar maken van de kosten.

Het ministerie van VWS zou een actiever beleid kunnen ontwikkelen om financiële consequenties van beleid van andere departementen voor VWS zichtbaar te maken.

1.7 Samenvatting

In de Nota 2000 wordt de term facetbeleid geïntroduceerd. Versterking van facetbeleid is een van de speerpunten in deze nota. Deze versterking wil men concretiseren door in alle relevante beleidsvoornemens de gezondheidscomponent zichtbaar te maken. Accenten worden gelegd bij de gevolgen van vergrijzing, kanker, hart- en vaatziekten en ongevallen. De overheid neemt zich voor om gezondheidsbeleid meer te baseren op kwantitatieve gegevens over de gezondheidstoestand van de bevolking. De kritiek op de nota spitst zich toe op de weinig concrete beleidskeuzen. Bij het veld, koepels, lagere overheden en politieke partijen is geen eensgezindheid over inhoudelijke keuzen met betrekking tot facetbeleid. De nota heeft wel effect gehad op het denken van beleidsmakers en preventiewerkers.

Met het ontwerp-Kerndocument wordt onderkend, dat voor het realiseren van gezondheidsdoelen de steun van maatschappelijke organisaties en lagere overheden nodig is. De rol van gemeenten in het volksgezondheidsbeleid wordt groter mede door invoering van de WCPV. Ook internationale ontwikkelingen zoals het Healthy Cities-concept van de WHO zijn op deze rol van invloed. Terugtrekken van de overheid, deregulering en marktwerking in de gezondheidszorg beheersen de politieke agenda en dat betekent dat de voorgenomen discussies over preventie en facetbeleid op de achtergrond raken.

In de nota WAZ staat begin jaren negentig vooral de financiering van de gezondheidszorg op de voorgrond. Tevens treedt een verschuiving op in aandacht van volksgezondheidsbeleid naar het grensvlak tussen preventie en zorg, met name voor chronisch zieken. In de nota wordt samenwerking tussen lokale overheden, bevolking en maatschappelijke organisaties benadrukt. Facetbeleid wordt onvoldoende geconcretiseerd. Zo is er geen inhoudelijke evaluatie van beleidsvoornemens uit eerdere nota's en daarmee is niet duidelijk op welke rationele gronden facetbeleid moet worden ingezet of gecontinueerd. Een concrete uitwerking van instrumenten om facetbeleid te bevorderen, ontbreekt.

De koppeling tussen preventie en zorg wordt voortgezet in de nota Preventiebeleid voor de volksgezondheid. Voor zowel landelijk als lokaal niveau wordt versterking van facetbeleid bepleit. In een apart hoofdstuk over facetbeleid worden prioriteiten genoemd als: arbeid, milieu en facetbeleid gericht op het terugdringen van SEGV. Daarnaast worden de thema's alcohol-, drugs- en tabaksbeleid genoemd, voeding en veiligheid.

De inspectie concludeert inmiddels op basis van een onderzoek dat de ervaringen met facetbeleid op gemeentelijk niveau tot op heden geen positief beeld geven over de bereikte resultaten. Facetbeleid komt in veel gemeenten niet van de grond en het ontbreekt gemeenten aan een visie over gezondheidsbeleid. Door de GES op tabaksbeleid wordt harder ingezet op verbetering van het beleid op tabaksgebruik. In de nota Gezond en Wel neemt de overheid zich voor zich steeds meer als terugtrekkende overheid te gedragen.

Uitvoerende taken worden zoveel mogelijk bij maatschappelijke organisaties en partijen buiten de overheid gelegd.

Een tweetal uitgangspunten met betrekking tot facetbeleid die in de nota worden genoemd zijn:

- schadelijke omgevingsfactoren moeten worden tegengegaan en gezond gedrag moet worden gestimuleerd;
- het beleid van het ministerie van VWS moet worden gecoördineerd met dat van andere departementen.

Integraal kabinetsbeleid moet tot uiting komen in beleid van meerdere ministeries. In de nota worden voornemens geformuleerd ten aanzien van te ontwikkelen activiteiten met de departementen SZW, Verkeer en Waterstaat, Binnenlandse Zaken en Justitie.

Accenten worden gelegd op facetbeleid bij tabak, voeding, lichamelijke activiteit en veiligheid.

In 1996 verzoekt het ministerie van VWS de NSPH ondersteuning te bieden bij het ontwikkelen van facetbeleid. Enerzijds voert de NSPH gezondheidseffectscreeningen en rapportages uit op verzoek van VWS (of laat deze in opdracht uitvoeren), anderzijds helpt de NSPH bij het ontwikkelen van deskundigheid ten aanzien van de ondersteuning op het gebied van facetbeleid. Zo is men betrokken bij het ontwikkelen en uitvoeren van lesmodules.

GES

Er is gekeken naar de rol van twee in opdracht van het ministerie van VWS uitgevoerde gezondheidseffectscreeningen (tabaksontmoedigingsbeleid en wijziging drank- en horecawet) op de kamerdebatten rond deze wetsvoorstellen. Een GES wordt uitgevoerd in opdracht van het ministerie van VWS en de resultaten staan ter beschikking van de Tweede Kamer en de Senaat.

Het blijkt dat de uitkomsten van beide GES'en in de debatten met de Kamer worden besproken. Het ministerie geeft aan dat de gezondheidseffectscreeningen van invloed zijn geweest op het formuleren van wetsvoorstellen. In hoeverre dat het geval is, valt louter op grond van de kamerstukken niet vast te stellen. Wel kan worden geconstateerd, dat concrete aanbevelingen in een GES leiden tot inhoudelijke discussies over mogelijke gezondheidseffecten van de beleidsvoornemens, waarbij het ministerie op zijn beurt inzicht geeft in a) de stand van zaken op een bepaald gebied, bijvoorbeeld lopende preventieprogramma's, b) de actuele kennis die het ministerie heeft in de toestand van de volksgezondheid en c) de inhoudelijke keuzes die ten grondslag liggen aan het wetsvoorstel. Afgemeten aan discussies in vaktijdschriften spelen GES en GER (nog) geen rol in de meningsvorming in het publieke debat over het tabaksontmoedigingsbeleid. Dit is verklaarbaar omdat de resultaten van een GES of GER aan VWS worden gerapporteerd. Het ministerie heeft vooralsnog gekozen voor een beperkte verspreiding van de rapporten.

Programmacommissie SEGV

In de Nota 2000 wordt aandacht geschonken aan terugdringing van de SEGV. Facetbeleid dient hiertoe te worden ingezet. Ook in de navolgende nota's over het volksgezondheidsbeleid wordt het belang van terugdringing

van SEGV benadrukt. In 1987 wordt door het ministerie van WVC de Programmacommissie Sociaal-economische gezondheidsverschillen geïnstalleerd. De commissie brengt in 1993 rapport uit. In 1995 wordt de Programmacommissie ‘tweede fase’ ingesteld. De termijn voor de tweede fase duurt tot eind 1999. De VTV 1997 concludeert dat in de laatste decennia de SEGV lijken te zijn toegenomen. De inkomensverschillen zijn gegroeid en mensen met een lage sociaal-economische status lijken minder goed af dan jaren geleden. Met betrekking tot vermindering van de SEGV kan worden geconcludeerd dat de inzet van facetbeleid – voor zover dat is gebeurd – er niet toe heeft geleid dat de verschillen zijn verminderd. De overheid heeft niet de doelstelling bereikt om voor het jaar 2000 de SEGV met tenminste 25% te doen dalen.

1.8 Conclusies

In de onderzochte periode wordt facetbeleid met wisselend succes als prioriteit opgevoerd in beleidsnota's van het toenmalige ministerie van WVC, later het ministerie van VWS. De belangrijkste kritiekpunten zijn dat met name in de eerste periode rond de Nota 2000 facetbeleid te weinig wordt vertaald naar concrete beleidskeuzen, dat het ontbreekt aan specifieke wet- en regelgeving om facetbeleid te entameren en vooral ook dat het ontbreekt aan goed gereguleerd wetenschappelijk onderzoek en evaluaties die de keuzes met betrekking tot facetbeleid toetsen. Waarschijnlijk mede vanwege het ontbreken van een stimulans is bij lagere overheden en vooral verzekeraars weinig animo om facetbeleid te stimuleren. De nota WAZ kan worden beschouwd als een keerpunt. De aandacht van de overheid voor preventie en public health bereikt haar dieptepunt en beide onderwerpen verdwijnen langzamerhand van de politieke agenda. Een lichtpunt is de invoering van de WCPV in 1991 die ervoor moet zorgen dat de lokale overheden taken op zich nemen met betrekking tot collectieve preventie, waarvan ook facetbeleid een onderdeel is. In 1995 constateert de Inspectie voor de Volksgezondheid dat de verwachtingen omtrent de WCPV niet bewaarheid zijn geworden. Met betrekking tot facetbeleid blijkt het invoeren van een wet alleen onvoldoende. Pas met het aantreden van een nieuwe minister voor volksgezondheid wordt het belang van preventie en public health opnieuw onderkend.

De overheid geeft aan voortaan prioriteiten vast te stellen op basis van de gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking. In 1993 verschijnt de eerste Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV). In 1997 verschijnt een vervolg hierop. De VTV oogst veel waardering zowel aan de kant van de overheid als het veld. Het is echter de vraag in hoeverre beleid zich laat sturen door gegevens over de toestand van de volksgezondheid. Dit gaat voorbij aan de mate waarin een gegeven als probleem wordt beschouwd en de mate waarin de politiek bereid en in staat is het vermeende probleem aan te pakken.

Door de tijd heen kan een verschuiving worden waargenomen van de importantie van facetbeleid op landelijk niveau richting facetbeleid op lokaal niveau en de rol van gemeenten daarin (bijvoorbeeld met de invoering van de WCPV). Samenwerking tussen lokale overheden, bevolking en maatschappelijke organisaties wordt belangrijker. Tegelijkertijd is het heel moeilijk inzicht te krijgen in het succes van facetbeleid. Dit wordt in de hand gewerkt door het ontbreken van systematische evaluaties. Evaluaties die wel aandacht hebben besteed aan facetbeleid, zoals bijvoorbeeld gedaan door de Inspectie voor de Volksgezondheid in 1995 op het gebied van lokaal facetbeleid, wijzen in de richting van een falend lokaal facetbeleid. Desondanks worden zowel op landelijk als op lokaal niveau beleidsvoornemens opgesteld en projecten uitgevoerd of gefinancierd die een zeker positief effect zullen hebben. Het probleem is ook hier weer dat een mogelijk effect moeilijk aantoonbaar is, juist vanwege het ontbreken van goede en systematische (beleids)evaluaties.

In de loop van jaren worden de prioriteiten voor facetbeleid meer gevarieerd. Enkele 'klassieke' prioriteiten van facetbeleid keren telkens terug, waaronder bijvoorbeeld tabaksbeleid, SEGV en veiligheidsbeleid. 'Nieuwe' prioriteiten liggen op het raakvlak van beleid met andere departementen zoals arbeid en milieu. De motivatie hiervoor is dat arbeid en milieu ook prioriteit hebben bij andere departementen. Gezondheid is een van de facetten en derhalve is inbreng gewenst van het ministerie van Volksgezondheid. Op elk van deze keuzes valt niets af te dingen. Echter, wanneer de afgelopen 15 jaar in ogenschouw worden genomen, dan ontbreekt het niet zozeer aan de argumenten waarmee men de keuze voor bepaalde prioriteiten ondersteunt, maar wel aan de concrete uitwerking van beleidsdoelen, het afsluiten en evalueren van 'oude' prioriteiten en het aangeven van een heldere, rode draad in facetbeleid. Het ontbreekt vooralsnog aan een uitgewerkt

langetermijnbeleid, waarin beleidsdoelen worden geformuleerd voor de duur van 10 tot 15 jaar. De Nota 2000 - indirect ook de 'Health for All' van de WHO - gaf concrete aanzetten voor de ontwikkeling van een langetermijnbeleid, mede door het noemen van streefgetallen. Vervolgens ontbreekt het aan evaluaties waarin de overheid inzicht geeft of de doelstellingen zijn gehaald en welke beleidsmatige consequenties hieraan worden verbonden. Voorts is de conclusie, dat facetbeleid niet gebaat is met een grondige vernieuwing tijdens elke kabinetsperiode of zittingsperiode van een College van B & W. Facetbeleid is wel gebaat met systematische bijstellingen op grond van opgedane ervaringen gedurende langere perioden. Facetbeleid moet de kans krijgen om te rijpen.

Pas in 1992 en volgende jaren gaat het ministerie over tot het beschikbaar stellen van gelden om facetbeleid financieel te ondersteunen en vindt oormerking plaats van deze gelden in de begroting. Daarmee wordt voor een deel tegemoet gekomen aan de kritiek over het gebrek aan middelen voor facetbeleid.

1.9 Lessen voor de toekomst

Inhoudelijk, instrumenteel en politiek/maatschappelijk

De kans dat facetbeleid succesvol is, of beter gezegd concrete maatregelen met het doel dat anderen buiten de gezondheidszorg zich inspannen om de volksgezondheid te bevorderen c.q. gezondheidsbedreigingen afwenden, hangt af van een groot aantal factoren. Verschillende auteurs, waaronder Dekker, Van der Grinten, Roscam Abbing, Putters en Van Herten, hebben vele van deze factoren beschreven en inzichtelijk gemaakt. Zij clusteren succes- en faalfactoren op de inhoudelijkheid of probleemkenmerken van een (gezondheids)probleem. Daaronder wordt verstaan wat het oorzakelijk verband is tussen een (schadelijk) fenomeen en het ervaren gezondheidsprobleem. Een tweede cluster is de instrumentele context welke betrekking heeft op het feit of er technische en beleidsmatige instrumenten voorhanden zijn om problemen te voorkomen of zodanig te sturen dat het schadelijk effect tot het minimum wordt beperkt. Tenslotte is er het politiek/maat-schappelijk belang van de gezondheidstoestand. In de maatschappij moet veelal een afweging worden gemaakt tussen concurrerende belangen. De vraag is aan welke belangen door de overheden en burgers de voorkeur wordt gegeven en waarom?

Samengevat zijn er drie clusters, namelijk:

1. de inhoudelijke context;

2. de instrumentele context van het probleem en;
3. het politiek/maatschappelijk belang van de gezondheidstoestand.

De inhoudelijke context

In een aantal gevallen zal de causaliteit tussen een oorzaak en gevolg evident zijn en in de meerderheid van deze gevallen zullen beschermende wettelijke maatregelen zijn genomen om de schadelijke gevolgen uit te sluiten of tot een minimum te beperken, zoals bijvoorbeeld het geval is in het gebruik van toxische stoffen, met beschermende maatregelen in de voedingsindustrie of in het verkeer.

Buiten die gevallen waarin het gezondheidsbelang voorop staat, is er een 'grijs gebied' waarin een verschijnsel of gewoonte met negatieve effecten op de volksgezondheid niet als een probleem wordt ervaren. Om meer duidelijkheid te krijgen waarom en hoe iets als een gezondheidsprobleem wordt ervaren, worden 7 kenmerken onderscheiden. Deze kenmerken zijn overigens niet in volgorde van belangrijkheid gezet.

- *De omvang:* het aantal mensen dat met het desbetreffende gezondheidsprobleem wordt geconfronteerd. Hoe groter de omvang des te groter kan de bereidheid zijn het probleem aan te pakken. Ook de mogelijke groei in de omvang van het probleem in de (nabije) toekomst zal invloed hebben op de bereidheid het probleem aan te pakken.
- *De ernst van het gezondheidsprobleem:* ongemak, invaliditeit, sterfte. Des te ernstiger het probleem des te groter de bereidheid het probleem aan te pakken.
- *De spreiding:* hierbij is de vraag welke doelgroepen door het probleem getroffen worden. Naar mate het probleem zich meer concentreert in duidelijk herkenbare groepen, des te groter is de bereidheid het probleem aan te pakken. Naar mate het probleem zich meer of juist specifiek voordoet in sociaal en economisch zwakkere groepen, des te eerder zal de overheid zich geroepen voelen iets aan het probleem te doen.
- *De duur van het probleem:* naarmate het gezondheidsprobleem zich langer voordoet, des te groter wordt de bereidheid het probleem aan te pakken.
- *De onomkeerbaarheid van de problematiek:* naarmate een eenmaal opgetreden gezondheidsprobleem niet meer te herstellen is, neemt de bereidheid toe dit probleem te voorkomen. Deze laatste drie factoren houden ook in dat gezondheidsproblemen, die zich reeds op jeugdige leeftijd

voordoen en die onomkeerbaar zijn, een hoge prioriteit genieten.

- *Het inzicht in de oorzaak - gevolgrelaties:* de kennis van de oorzaak van ziekten en aandoeningen stelt de samenleving in staat om daarvoor oplossingen proberen te vinden. Kennis over oorzaak en gevolg houdt niet in dat oplossingen voor het probleem direct worden omarmd.

De instrumentele context

- *De effectiviteit van maatregelen:* van tevoren moet worden afgewogen in hoeverre beoogde maatregelen ook daadwerkelijk het beoogde effect hebben. Effectschattingen vooraf kunnen een licht werpen. De betrouwbaarheid van dergelijke effectschattingen varieert echter nogal eens. Effectiviteit is sterk gerelateerd aan de doelmatigheid van regelingen.
- *De doelmatigheid van regelingen:* werkt een maatregel voor een grote groep burgers of slechts voor een klein aantal en wat zijn de kosten per hoofd die hieraan zijn verbonden.
- *De ingrijpendheid:* de afwijking van het bestaande c.q. de afwijking van het beleid dat het andere departement eigenlijk voorstaat.

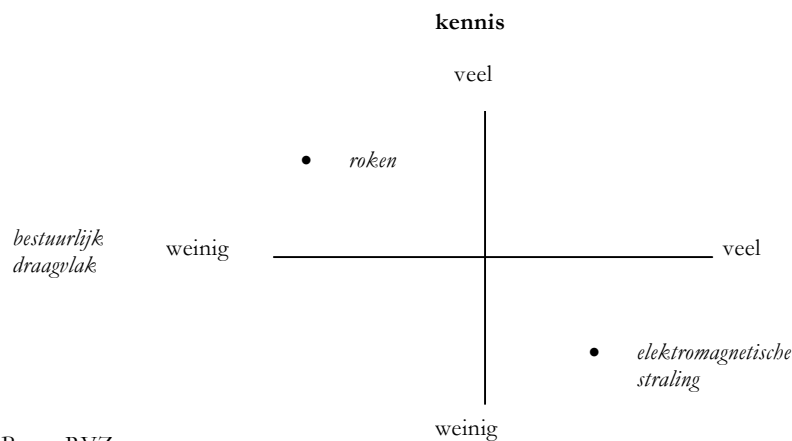
Het politiek/ maatschappelijk belang

- *Het probleem-eigenaarschap:* wie 'veroorzaakt' negatieve gezondheidseffecten? De veroorzaker van bepaalde problemen is veelal niet bereid de directe en indirecte onkosten die daardoor zijn ontstaan bij te springen. Met betrekking tot het aspect gezondheidbescherming is de vraag is in hoeverre VWS invloed heeft bij andere ministeries, lagere overheden, bedrijfsleven of maatschappelijke organisaties om deze aan te kunnen spreken op hun verantwoordelijkheid met betrekking tot de volksgezondheid. Zowel op beleidsmatige verantwoordelijkheid als op financiële verantwoordelijkheid. Enkelen zijn van mening dat het ministerie weinig invloed heeft bij anderen, terwijl anderen daarentegen het tegendeel beweren.
- *De mate waarin VWS i.c. de gezondheidszorg wat te bieden heeft* ten opzichte van andere departementen. Het creëren van win - winsituaties zou hierbij op de voorgrond moeten staan. De baten voor andere departementen dan VWS moeten in het beleid dan ook zichtbaar zijn. In deze

situatie is het van belang dat andere departementen volksgezondheid juist positief benaderen. Als het ministerie van VWS in staat is duidelijk te maken wat de positieve bijdrage kan zijn van andere ministeries aan het huidige niveau van de volksgezondheid en welke bijdragen in de toekomst kunnen leiden tot meer gezondheidswinst.

- *De mate van publiciteit* die aan een gezondheidsprobleem wordt gegeven zal van invloed zijn op de druk die door de politiek wordt uitgeoefend om dit probleem op te lossen.
- *Kennis versus bestuurlijk draagvlak*: veel kennis over de schadelijke effecten van een verschijnsel of gedraging wil niet zeggen dat er ook daadwerkelijk bestuurlijk draagvlak te vinden is om deze gedragingen te verbieden of sterk in te perken. Daarentegen wil het feit dat er weinig kennis is over een causale relatie niet zeggen dat er geen bestuurlijk draagvlak is om een en ander te reguleren of eventueel aan banden te leggen. De relatie tussen elektromagnetische straling en gezondheidseffecten is nog onvoldoende bewezen, maar dat neemt niet weg dat bijvoorbeeld het plaatsen van GSM-antennes aan gevels van huizen in veel gemeenten een gevoelig en veelbesproken onderwerp is geworden, waarbij voldoende bestuurlijk draagvlak is om de plaatsing van antennes sterk aan banden te leggen. Schematisch is dit voor te stellen zoals in figuur 1.

Figuur 1: schematische weergave relatie kennis versus bestuurlijk draagvlak



Bron: RVZ

Wat is er van de verwachtingen terecht gekomen

1. De probleemkenmerken:
De te behalen gezondheidswinst neemt af. Konden in het begin van deze eeuw nog grote gezondheidswinsten worden behaald met relatief gezien geringe maatregelen, nu moet aan het einde van de eeuw worden gezocht naar gebieden waar nog gezondheidswinst valt te behalen. Veelal ligt de beoogde gezondheidswinst relatief ver in de toekomst en is vaak ook nog eens afhankelijk van persoonlijke keuzes van burgers: wil ik nu stoppen met roken om straks langer gezond te zijn?
2. De instrumentele context. Een gebrek aan inzicht in de causaliteit geeft onvoldoende aangrijpingspunten voor instrumenten. Het is meestal niet mogelijk om een kosten-batenanalyse van facetbeleid te maken, c.q. dergelijke analyses zijn niet uitgevoerd. Het voornemen om facetbeleid te stimuleren wordt door VWS te weinig ondersteund in de vorm van subsidiering van activiteiten op het gebied van onderzoek en ontwikkeling van facetbeleid. Het aandeel van de preventiekosten (waaronder kosten voor facetbeleid) binnen de begroting van VWS blijft relatief klein, zij het dat het iets is toegenomen in de laatste jaren (van 1,4% in 1993 naar 1,8% in 1998).
3. De politiek/maatschappelijke haalbaarheid van de oplossing. Geconcludeerd kan worden dat het ministerie van VWS weinig (doorslaggevende) invloed heeft op het beleid van andere departementen. Wanneer een afweging van belangen plaats vindt, wegen financiële en economische belangen vaak zwaarder dan het volksgezondheidsbelang. VWS is tot nu toe onvoldoende bereid geweest om te onderzoeken hoe de gezondheidszorg ook ingezet kan worden om andere doelen te realiseren dan de bevordering van individuele gezondheid. Daarmee kan heel moeilijk een 'voor-wat-hoort-wat-strategie' worden ontwikkeld. Het ontbreekt VWS om met de huidige wet- en regelgeving gemeenten aan te sporen en in de laatste fase te verplichten lokaal gezondheidsbeleid te voeren en dat beleid ook te controleren. Een tweede oorzaak voor mislukken ligt soms in het feit dat er veelal onvoldoende inzicht bestaat in de causaliteit (oorzaak - gevolg) van bepaalde problemen. Dit kan problemen opleveren bij het verdedigen van gezondheidsbelangen. Het niet

voorhanden zijn van ‘uitsluitende bewijsstukken’ wil niet altijd zeggen dat er dan geen politiek maatschappelijk draagvlak voor zou kunnen bestaan. Een voorbeeld hiervan is de invloed van elektromagnetische straling op het menselijk lichaam. Er zijn wetenschappelijke studies die negatieve effecten aantonen op de gezondheid en er zijn wetenschappelijke studies die geen relatie vinden tussen elektromagnetische straling en gezondheidsproblemen. Op de vraag of het wenselijk is om zendmasten te plaatsen op of in de nabijheid van woningen kan moeilijk een antwoord worden gegeven. Als men besluit af te zien van de plaatsing van masten, dan wordt de (juridische) onderbouwing van het besluit al snel gezocht in termen van welstand zoals: ‘zendmasten bederven het straatbeeld’. Het moeilijk kunnen hard maken van mogelijke schadelijke gezondheidseffecten op langere termijn, maakt de onderhandelingspositie politiek/maatschappelijk gezien niet altijd zwakker.

Formuleren van uitkomsten van beleid in meetbare grootheden

Het verdient de voorkeur dat uitkomsten van beleid vooraf nader worden geconcretiseerd en in meetbare grootheden worden uitgedrukt, bijvoorbeeld de betrokken partijen, de tijdsduur van het beleid, de benodigde hoeveelheid geld, de toetsingsmomenten en de toetsingsinstrumenten en mogelijk ook de te verwachten resultaten van het beleidsvoornemen. Ook op internationaal niveau valt hier veel kennis te delen. Het wiel hoeft niet telkens opnieuw te worden uitgevonden, mits de aanwezige kennis maar aan anderen kan worden overgedragen. Zo zou een internationale database kunnen worden aangelegd met kennis over determinanten. Onderzoekers en instituten uit deelnemende landen zouden zo op betrekkelijk eenvoudige en gecoördineerde wijze van elkaar kunnen profiteren.

VWS zal aan eigen gezondheidsbeleid (inclusief het gezondheidszorgbeleid) dezelfde eisen moeten stellen als aan facetbeleid gesteld moet worden. In het bijzonder moet er naar gestreefd worden om de effecten op de volksgezondheid op een systematische, objectieve en onderling vergelijkbare wijze te ramen en te meten.

Vroegtijdige signalering en onderkenning

Het gebruiken en verder ontwikkelen van de gezondheidseffectscreening. De GES is bij uitstek een instrument om in een vroeg stadium inzicht te krijgen in positieve en negatieve effecten van beleidsvoornemens. Op

basis van het overzicht van effecten kunnen voorstellen tot wijzigingen worden geformuleerd. Vooral bij gecompliceerde beslissingen is een GES een manier om de discussie omtrent gezondheidseffecten te structureren en te onderbouwen ook al is de oorzaak-gevolg-relatie nog niet altijd even hard te maken. Om voornemens te kunnen beïnvloeden moeten de resultaten van een GES vroegtijdig worden toegepast in het besluitvormingsproces. Dit vereist dat ook het uitvoeren van een GES vroegtijdig moet worden gestart.

Naast het gebruik van een GES, die zich specifiek richt op gezondheidseffecten, valt te overwegen om via verdere studie te bekijken hoe, ingeval een milieueffectrapportage (MER) wordt uitgevoerd, de zogenaamde 'gezondheidsparagraaf' gegevens kan opleveren die anders ook via een GES boven tafel zouden komen. Dit kan overlap in het gebruik van toetsingsinstrumenten voorkomen. Hierbij moet worden aangetekend dat GES en MER twee specifiek voor hun doel ontworpen instrumenten zijn en derhalve elkaar niet simpelweg kunnen vervangen.

Om het lokaal gezondheidsbeleid te stimuleren moet de GES ook op lokaal niveau worden toegepast. Om het besluitvormingsproces open te houden zullen de resultaten van een uitgevoerde GES ter beschikking moeten staan van gemeenteraadsleden. Gemeenten die ervaring hebben met het toepassen van de GES zouden deze ervaringen moeten overdragen naar andere gemeenten. Voor de verdere ontwikkeling van de GES op gemeentelijk niveau zou VWS kunnen stimuleren dat de GGD'en op dat vlak samenwerking zoeken met de NSPH.

'Go or no go'

Het verdient aanbeveling om een systematiek te ontwerpen, waarmee kan worden bepaald in hoeverre facetbeleid kans van slagen heeft. Als kan worden aangetoond dat gezondheidsaspecten van ondergeschikt belang zijn en dat geen reden is om aan te nemen dat steun kan worden verwacht voor gezondheidsaspecten, dan moet op grond van deze bepalingen de beslissing worden genomen geen facetbeleid in te zetten. Omgekeerd kan natuurlijk ook worden bepaald wanneer het juist zinvol is om facetbeleid in te zetten. Beleidsevaluatie van 'oud' beleid geeft helderheid of en in welke mate de prioriteiten voor facetbeleid zijn gerealiseerd en geeft een belangrijke input voor de 'go-no-go' beslissing voor nieuwe prioriteiten.

Stimuleren van facetbeleid door middel van subsidies

Het belang van facetbeleid zou VWS kunnen ondersteunen door binnen de begroting het aandeel van de financiële ondersteuning voor facetbeleid te vergroten. Om facetbeleid en het noodzakelijke onderzoek naar facetbeleid verder te stimuleren zou VWS in zijn begroting duidelijke financiële prikkels moeten inbouwen. In de nota Gezond en Wel is hiermee wel een begin gemaakt, maar het is onduidelijk wat de intenties zijn en welke bedragen hiermee zijn gemoeid. Opnieuw zou kunnen worden gekeken in hoeverre het onderzoek met betrekking tot facetbeleid verder kan worden gestimuleerd via subsidiëring door ZorgOnderzoek Nederland (ZON).

Een betere en vooral meer geregleerde financiering speelt ook een rol in facetbeleid op lokaal niveau. Vanuit de rijksoverheid is er stimulans geweest om het gemeentelijk gezondheidsbeleid nader te onderzoeken, maar er zouden ook meer financiële tegenover moeten staan. Mogelijk zou een en ander in een bestuursconvenant kunnen worden geregeld.

2 Facetbeleid bij gemeenten: Niemand is tegen gezondheid

2.1 Inleiding

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) gevraagd te adviseren over het gezondheidsfacetbeleid. Facetbeleid is een onderdeel van het volksgezondheidsbeleid, waarbij de verantwoordelijkheid voor de ontwikkeling en uitvoering van dat beleid bij anderen ligt, dan de verantwoordelijke voor volksgezondheid (minister of wethouder). Bij facetbeleid ligt het accent op bescherming en bevordering van de volksgezondheid en voor een klein deel op de zorg. Voor de beantwoording van de adviesvraag heeft de RVZ een aantal deelstudies laten uitvoeren. Deze deelstudie betreft het facetbeleid op gemeentelijk niveau

In par. 2 twee van deze deelstudie worden de ontwikkelingen met betrekking tot facetbeleid kort beschreven, waarbij aandacht wordt besteed aan de uitgangspunten van facetbeleid. Vervolgens wordt in verschillende paragrafen ontwikkelingen en onderzoeken beschreven die hun weerslag hebben (gehad) op de uitvoering van facetbeleid op gemeentelijk niveau. In paragraaf 8 worden casussen over gemeentelijk facetbeleid nader belicht. In par. 9 volgen conclusies.

2.2 Vraagstelling en methode van onderzoek

Het doel van deze studie is om inzicht te krijgen in de ontwikkelingen van het facetbeleid tot heden en tevens om een aantal interessante projecten en initiatieven op het spoor te komen. De vraagstellingen voor deze studie zijn:

- Wat wordt verstaan onder gemeentelijk facetbeleid?
- Welke (beleidsmatige) ontwikkelingen zijn daarbij te signaleren?
- Welke interessante projecten en initiatieven zijn er in gemeenten te signaleren?;
- Bieden succesfactoren en knelpunten mogelijkheden voor verbeteringen in het beleid?

Het onderzoek is uitgevoerd aan de hand van een literatuurstudie van beleidsstukken, een screening van

vaktijdschriften en open interviews met een aantal deskundigen en sleutelfiguren aan de hand van een semi-gestructureerde vragenlijst. Gezien de beperkte tijd is ervoor gekozen om een achttal initiatieven te beschrijven. Deze initiatieven zijn zo gekozen dat ze telkens een ander aspect van facetbeleid belichten met als doel om de vraagstellingen in deze studie te beantwoorden.

2.3 Volksgezondheidsbeleid een taak voor de overheid

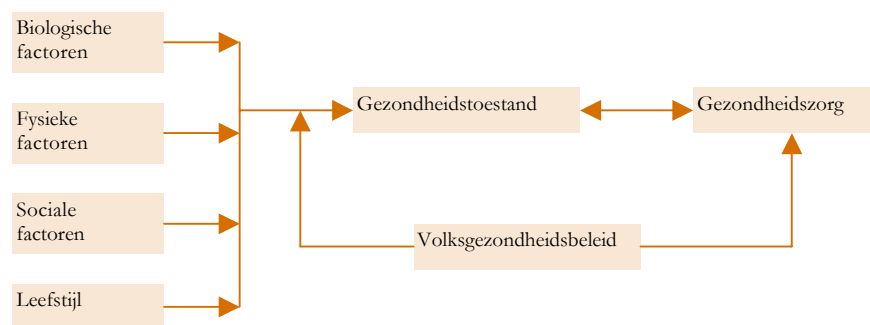
Artikel 22 lid 1 van de Grondwet (1983) vermeldt dat de overheid maatregelen treft ter bevordering van de volksgezondheid. Het begrip 'maatregelen' omvat meer dan wetgeving. Het voeren van beleid en het beheren van instellingen wordt eveneens onder maatregelen begrepen. Hoewel de Grondwet allereerst doelt op de centrale overheid is hier ook een taak weggelegd voor provinciale en gemeentelijke overheden. Ingevolge artikel 108 lid 1 Gemeentewet hebben gemeenten een ruime mate van beleidsvrijheid. De taakstelling van de gemeente op het gebied van volksgezondheid is verankerd in de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV). Om deze taken te kunnen uitvoeren, ontvangen gemeenten niet gelabelde gelden in het gemeentefonds.

De centrale en lagere overheid zijn er wisselend in geslaagd om de gezondheid van zijn burgers te beschermen en te bevorderen. In de 19e eeuw drong bij de burgers en overheid langzaam het besef door dat waterleiding, riolering, volkshuisvesting, bedrijfshygiëne, voeding en persoonlijke hygiëne een belangrijk effect hebben op de volksgezondheid. Hoewel wetten en landelijk afgekondigde maatregelen niet allemaal even effectief waren en ook gemeenten niet altijd geneigd waren te investeren in (sanitaire) verbeteringen, verbeterde de gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking (Houwaart, 1991).

De 20e eeuw wordt gekenmerkt door grote vooruitgang in cure en care en minder nadruk op hygiëne en preventie. In de zestiger en zeventiger jaren blijken er grenzen te zijn aan de groei van cure en care (Groot, 1994). In 1974 presenteert de Canadese minister van volksgezondheid - Lalonde - zijn 'New perspective on the health of Canadians'. Een baanbrekend document, dat een nieuwe impuls geeft aan het

volksgezondheidsbeleid, niet alleen in Canada maar ook in vele andere landen waaronder Nederland (Dekker, 1995). In 'New perspective' wordt een model gepresenteerd waarin cure en care - samengevat onder de noemer gezondheidszorg - een onderdeel zijn van een systeem waarin biologische factoren, de omgeving en leefstijl eveneens van invloed zijn op de gezondheid (figuur 1). Het 'Health field' concept van Lalonde is een revolutie in de manier waarop althans in de westerse wereld naar volksgezondheid wordt gekeken. Het model kent inmiddels verschillende gecompliceerde en minder gecompliceerde varianten, zoals bijvoorbeeld het model dat in de VTV 1997 wordt gebruikt. In deze voorstudie volstaat het gebruik van het licht aangepaste oorspronkelijke model (Schaapveld, 1990)

Figuur 1 Health field concept



Bron: Schaapveld, 1990

Uitgaande van het bewerkte model van Lalonde wordt de gezondheidstoestand van burgers beïnvloed door vier factoren namelijk: biologische factoren, leefstijl en gedrag van mensen, fysieke en sociale factoren en het niveau van de gezondheidszorg. Gezondheidsbescherming en -bevordering houden rekening met elk van de vier factoren. Echter, elk van de vier factoren bestaat op zijn beurt weer uit een gecompliceerd samenspel van elementen, waardoor de mogelijkheden om alle factoren of determinanten te beïnvloeden ook met de huidige technologische ontwikkelingen beperkt zijn. De noodzaak van facetbeleid wordt juist onderstreept door het feit dat de gezondheidstoestand van de bevolking wordt beïnvloed door dat ingewikkelde samenspel. Voor het bewaren van een goede gezondheidstoestand of juist het verbeteren van de

gezondheidstoestand is het van belang om de invloed van de factoren te verhelderen om de andere beleidsterreinen ervan te kunnen overtuigen dat ook zij een belangrijke bijdrage leveren aan gezondheid.

Het model laat zien dat de meeste determinanten van volksgezondheid grotendeels buiten het bereik van de gezondheidszorg zelf liggen. Dat wil zeggen dat het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) in hoge mate afhankelijk is van de medewerking van anderen om de doelstellingen van het volksgezondheidsbeleid te realiseren.

De belangrijkste doelstellingen van het volksgezondheidsbeleid (Gezond en Wel, 1995) zijn:

- verlenging van de gezonde levensverwachting;
- verbetering van de kwaliteit van het leven;
- het voorkomen van vermijdbare sterfte;
- het verminderen van de gezondheidsverschillen in de bevolking.

De Wereld Gezondheid Organisatie (WHO), ontwikkelde - mede op basis van het model van Lalonde - eigen methodieken en begrippenkaders om de lidstaten ertoe te bewegen de gezondheidstoestand van hun burgers te verbeteren. Met het formuleren van gezondheidsdoelen, het ontwikkelen van actiestrategieën zoals *Health for All by the Year 2000* en het stimuleren van internationale netwerken van personen en organisaties gaat van de WHO een stimulans uit, waarbij de nadruk ligt bij gemeentelijke en lokale initiatieven.

Gezondheid wordt door de WHO omschreven als een toestand van algeheel lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden en niet alleen de afwezigheid van ziekte of gebrek.

2.4 Facetbeleid

In de Nederlandse politiek gaan de eerste verwijzingen naar 'facetbeleid' dan wel intersectoraal beleid zover terug als begin jaren zeventig. Algemeen wordt aangenomen dat de grondslag voor facetbeleid - zoals ook in deze studie wordt bedoeld - ligt in de Nota 2000 uit 1986. De Nota 2000 is opgesteld in het licht van internationale afspraken met de WHO en daarmee geeft de nota een eerste aanzet voor een heroriëntatie binnen het huidige beleid, namelijk van gezondheidsvoorzieningenbeleid naar gezondheidsbeleid (WVC, 1986).

In de Nota 2000 wordt gezondheidsbeleid gedefinieerd als: “beleid dat erop is gericht de gezondheidstoestand van (delen van) de bevolking te handhaven of te verbeteren door middel van maatregelen die gericht zijn op de determinanten van gezondheid”. Een belangrijk uitgangspunt voor het volksgezondheidsbeleid is dat dit beleid wordt gefundeerd op gegevens over de gezondheidstoestand van de bevolking. De Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) is de concretisering van dit uitgangspunt.

Facetbeleid en preventie worden in de Nota 2000 in een adem genoemd als bestanddeel van het volksgezondheidsbeleid. In bestuurlijk opzicht kan facetbeleid worden onderscheiden in nationaal, regionaal en lokaal (=gemeentelijk) facetbeleid. In de kern kent het beleid dezelfde uitgangspunten, maar de strategieën en de schaal waarop verschillen. Facetbeleid is primair gericht op het voorkomen van gezondheidsschade. Mogelijke verbeteringen van de volksgezondheid kunnen daarbij een gunstig uitvloeisel zijn. Bij facetbeleid worden een tweetal hoofdlijnen onderscheiden, namelijk a) stimulerend facetbeleid en b) reactief/repressief facetbeleid. Mogelijk schadelijke gezondheidseffecten moeten in een zo vroeg mogelijk stadium worden onderkend zodat het beter mogelijk is om ze mee te laten wegen in het beleidsproces.

Er zijn verschillende analyses uitgevoerd naar de aard en inhoud van facetbeleid en wat, onder welke omstandigheden, het falen en slagen van facetbeleid bepaald. De ervaring wijst uit dat in het politieke besluitvormingsproces volksgezondheidsbelangen nogal eens ondergeschikt zijn aan bijvoorbeeld economische motieven en werkgelegenheid (Roscam Abbing, 1992; Dekker, 1995; Putters en Van der Grinten, 1998). Om inzichtelijk te maken welke factoren bepalen of facetbeleid succes heeft of dat het faalt, maken veel auteurs in navolging van Roscam Abbing een onderscheid in drie clusters, namelijk:

- De inhoudelijkheid of probleemkenmerken (wordt het door de burgers en de politiek als probleem ervaren).
- De instrumentele context van het probleem (wat valt er in technisch zin te zeggen over het gesignaleerde probleem en de mogelijke oplossingsrichtingen).
- Het politiek en maatschappelijk belang dat men op dat moment hecht aan gezondheid.

Facetbeleid heeft sterke raakvlakken met vele andere vormen van gemeentelijk sociaal beleid, zoals intersectoraal en lokaal

sociaal beleid. In de praktijk is er nogal eens sprake van begripsverwarring. Facetbeleid heeft zowel betrekking op het beleid van de overheid als dat van maatschappelijke organisaties.

In 1993 opent de Netherlands School of Public Health (NSPH) in Utrecht haar deuren. Met de oprichting van de NSPH wordt er een nieuwe (internationale) bovenbouw-studie voor public health-medewerkers gerealiseerd, met als doel preventie en facetbeleid te bevorderen. Het ministerie van VWS verzoekt de NSPH om het ministerie te ondersteunen bij de ontwikkeling van facetbeleid. Sinds 1996 is de functie operationeel en de financiering wordt gecontinueerd tot 2000. Er is een begeleidingsgroep die de ondersteuningsfunctie op hoofdlijnen aanstuurt. Het werk van de ondersteuningsfunctie bestaat enerzijds uit rapportages op verzoek van de minister en anderzijds uit het ontwikkelen van deskundigheid ten aanzien van (de ondersteuning op het gebied van) facetbeleid. Facetbeleid is - gezien vanuit de optiek van de ondersteuningsfunctie - erop gericht om vanuit het belang en de optiek van de volksgezondheid na te gaan of beleidsvoornemens van andere ministeries dan VWS de (volks)gezondheid beïnvloeden. Als er sprake is van gezondheidsrelevante beleidsvoornemens en met name wanneer negatieve gezondheidseffecten verwacht worden, kan de ondersteuningsfunctie een gezondheidseffectscreening (GES) of een uitgebreidere gezondheidseffectrapportage (GER) laten uitvoeren. Het ministerie kan de uitkomsten van de GES of de GER gebruiken om het beleid ten gunste van de volksgezondheid te beïnvloeden of te laten wijzigen. De ondersteuningsfunctie heeft inmiddels een 15-tal screenings uitgevoerd, onder meer op het terrein van de (regulerende) energieheffing (Ecotax), het tabaksbeleid, en de huisvesting en ruimtelijke ordening.

2.5 Impulsen voor facetbeleid

Facetbeleid op gemeentelijk niveau wordt op verschillende manieren in gang gezet, beïnvloed of gestimuleerd. Facetbeleid kan voortkomen uit landelijke regelgeving of richtlijnen, of gestimuleerd worden via overheidssubsidies of subsidies van maatschappelijke organisaties. Tenslotte blijken ook internationale ontwikkelingen, zoals ingezet door de WHO, een belangrijke stimulans. In deze paragraaf worden

ontwikkelingen beschreven die belangrijk zijn voor facetbeleid in gemeenten.

Healthy Cities/Gezonde Steden

Eind 1985 is de WHO een internationaal langetermijnontwikkelingsprogramma gestart, met als doel nieuwe inzichten in gezondheid en gezondheidsbeleid op lokaal niveau in praktijk te brengen. Het project kreeg de naam 'healthy cities'. De WHO kiest voor het lokale niveau (Gooskens, 1997):

- omdat de nadelige gevolgen van maatschappelijke processen en ontwikkelingen zoals lawaai, verkeer en vervuiling, sociale desintegratie, economische recessie en concentraties van etnische en culturele minderheden vooral op lokaal niveau zichtbaar en voelbaar zijn;
- omdat de bevolking zich meer en meer concentreert in stedelijke en verstedelijkte gebieden;
- omdat participatie van de bevolking, de politieke betrokkenheid en intersectoraal beleid op lokaal niveau meer mogelijkheden bieden en gemakkelijker te realiseren zijn.

Het programma Healthy Cities berust op het zogenaamde determinantenmodel van gezondheid ook wel health field-concept genoemd (par. 2; Schaapveld, 1990). Een gezonde stad moet worden gezien als een metafoor die een structuur biedt voor ecologische en sociale activiteiten voor gezondheid. Het Healthy Cities-project breekt met het traditionele gezondheidsbeleid - door Kickbush (1989) 'demedicalisering' genoemd - en het project probeert een vernieuwende aanpak te bieden om de gezondheid in steden te bevorderen door de verantwoordelijkheid voor gezondheid op lokaal niveau te leggen (new public health). Een onlosmakelijk element binnen het concept Healthy Cities is de continue benadrukking van samenwerking tussen groepen, organisaties en overheden met als doel de gezondheid van burgers (in de zin van de WHO-definitie) te verbeteren. Healthy Cities wordt na dertien jaar door velen nog steeds beschouwd als een succesvol internationaal netwerk.

Een uitvloeisel van het concept Healthy Cities in Nederland is het Netwerk Gezonde Steden. Het Netwerk Gezonde Steden is opgericht in 1987 als gezamenlijk initiatief van enkele geïnteresseerde steden en het ministerie van WVC. Het ondersteuningsbureau voor dit netwerk was ondergebracht bij de GGD Eindhoven, vervolgens bij de GGD Rotterdam, waarna het project is overgegaan naar de Vereniging voor

Nederlandse Gemeenten (VNG). Op dit moment zijn er 23 gemeenten lid van het Netwerk Gezonde Steden (ook de 4 grote steden) en daardoor omvat het netwerk ongeveer 25% van de Nederlandse bevolking.

De vier uitgangspunten die als leidraad worden gehanteerd in het Nederlandse Gezonde Stedenbeleid zijn:

- gegevens als basis van beleid;
- intersectorale samenwerking;
- politieke betrokkenheid;
- participatie van de bevolking.

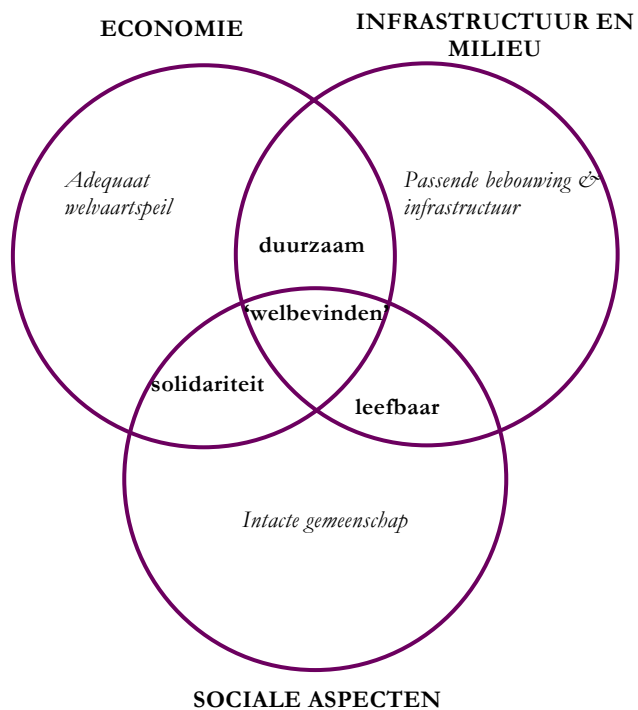
Het Netwerk Gezonde Steden is te beschouwen als een communicatienetwerk van personen, organisaties, steden of gemeenten met belangstelling voor het Gezonde Stedenproject en zijn filosofie. Van het Netwerk Gezonde Steden wordt verwacht dat het in staat is het project te verduidelijken via praktische en concrete invulling (Cosijn, 1992).

Beleidssterreinen zoals milieu, arbeidsomstandigheden, verkeer(sveiligheid), sociale zekerheid, werkgelegenheid, woningbouw, ruimtelijke ordening dragen bij aan gezondheid. Het netwerk biedt mogelijkheden voor intersectoraal samenwerken en biedt aanknopingspunten voor facetbeleid.

In de Nota 2000 werd het verkleinen van de sociaal-economische gezondheidsverschillen als een van de doelstellingen van facetbeleid beschouwd. Een methode die aanhaakt bij deze doelstelling is de integrale wijkaanpak. Deze aanpak berust op drie pijlers (ruimtelijk, economisch en sociaal investeren) die elkaar onderling versterken (zie figuur 2). Om duurzaam te kunnen investeren in buurten met achterstandsproblematieken moet elk van deze drie pijlers in beleidsvoornemens worden meegenomen. Nieuwbouw bijvoorbeeld heeft weinig zin als sociale investering ontbreekt: graffiti, rotzooi en vernielingen tasten de nieuwbouw aan en maken de woonomgeving onprettig. Zo zal ook het investeren in de lokale economie, bijvoorbeeld door het stimuleren van kleine ondernemingen, bijdragen aan het in stand houden van een gemeenschap. Evenwichtige en samenhangende investeringen dragen bij tot het welbevinden van bewoners, waardoor de sociale cohesie versterkt, sociale netwerken gaan functioneren en de marginalisatie wordt verminderd. Trevor Hancock, mede-initiatiefnemer van Healthy Cities, heeft het model in figuur 2 ontworpen waarin de samenhang van de doelstellingen van gemeenten op het gebied van leefbaarheid,

duurzaamheid, eerlijke verdeling en gezondheid duidelijk wordt.

Figuur 2 Een visie op de samenhang tussen de drie pijlers van de wijkaanpak



Bron: Gezond in de wijk, 1998

Tijdelijke Wet Stimulering Sociale Vernieuwing

Bij zijn aantreden in 1989 heeft het eerste Paarse kabinet, (Kok 1), zijn aandacht gericht op een financieel-economisch

herstelbeleid en tegelijkertijd ook op verbetering van de kwaliteit van de samenleving (TK, 1992-1993, 23 052, no. 3). Het kabinet signaleert dat er ondanks de groeiende economie groepen in samenleving meer op achterstand raakten en dat met name in de grote steden bepaalde wijken aan het verloederen zijn. Een van de doelstellingen van het kabinet was het inzetten op, zoals zij zelf noemde: 'sociale vernieuwing'. Om het proces van sociale vernieuwing op gang te brengen is de *Nota Sociale Vernieuwing, Opdracht en handreiking* (TK, 1989- 1990, 21 455, no. 4) aan de Tweede Kamer aangeboden. In de nota wordt de reikwijdte van sociale vernieuwing geschetst in de vorm van drie op elkaar inwerkende cirkels. De eerste cirkel betreft arbeid, scholing en inkomen. De tweede heeft betrekking op vraagstukken verbonden met de dagelijkse leefomgeving van mensen, zoals voorkomen van vandalisme en criminaliteit en het verbeteren van de kwaliteit van wonen. De derde cirkel tenslotte betreft de verbetering van de doelmatigheid en de kwaliteit van zorg- en sociaal-culturele voorzieningen. Om het beleid meer 'handen en voeten' te geven, heeft het rijk met een groot aantal gemeenten - 500 in 1993 - convenanten afgesloten, waarin precieze afspraken en onderlinge verplichtingen zijn vastgelegd. Met de convenanten, het Besluit sociale vernieuwing (1991) en vervolgens de Wet op de sociale vernieuwing (1993) probeert de overheid een groeimodel te maken waarbij via nieuwe geldstromen, decentralisatie van taken en bevoegdheden en vereenvoudiging en deregulering van relevante wetgeving, de gemeenten in samenspraak én in samenwerking met de maatschappelijke organisaties op maat gesneden inhoud wordt gegeven aan sociale vernieuwing. Het belangrijkste uitgangspunt van sociale vernieuwing is het bestrijden van (dreigende) maatschappelijke achterstanden onder de bevolking.

Om het beleid te kunnen bekostigen, heeft de overheid tijdelijk het fonds sociale vernieuwing in het leven geroepen. Het fonds wordt jaarlijks gevoed door de verschillende ministeries, waaronder die van Binnenlandse Zaken, Justitie en Volksgezondheid, Welzijn en Sport. De minister van Binnenlandse Zaken draagt vervolgens zorg voor de verdeling van de financiën over de gemeenten.

Grote Steden en Integratiebeleid

Sinds 1994 is er sprake van specifieke aandacht voor stadsproblemen via het Grotestedenbeleid onder verantwoording van het ministerie van Binnenlandse Zaken en

Koninkrijkrelaties. Met het aantreden van het tweede Kabinet Kok in 1998 is er een minister voor Grote Steden en Integratiebeleid (GSI) aangesteld, wederom ondergebracht bij Binnenlandse Zaken. Een van de doelstellingen is het voorkomen dat in steden een tweedeling ontstaat langs sociaal-economische, langs maatschappelijke of langs etnische lijnen (Ministerie van BiZa, 1995).

Het Grotestedenbeleid is gericht op het aanpakken van de leefomgeving, veiligheids- en overlastproblemen. Voorts treft men maatregelen met betrekking tot de stadseconomie, arbeid, scholing en inkomen, vooral voor bewoners met een lage opleiding, met weinig of geen werkervaring en voor langdurig werklozen. Daarnaast wordt er een algemeen economisch stimuleringsbeleid gevoerd met als uitgangspunt dat verbeteringen hun weerslag moeten krijgen in kansen voor de hele stadsbevolking.

De afspraken voor dit beleid zijn neergelegd in convenanten tussen de centrale overheid en gemeenten. Belangrijke uitgangspunten voor facetbeleid zijn daarbij, ten eerste dat de regiefunctie van het stedelijk bestuur wordt versterkt ter bevordering van de samenhang tussen (gedecentraliseerde) beleidssectoren en - ten tweede - dat door herschikking van gelden de financiële draagkracht van steden wordt vergroot. Gezondheid, welzijn en sport nemen een belangrijke plaats in het Grotestedenbeleid. Het zwaartepunt in het Grotestedenbeleid ligt bij meer onderlinge samenwerking.

De Commissie-Etty heeft voorgerekend dat voor investeringen in de sociale infrastructuur in zogenaamde 'speerpuntwijken' een bedrag van 1 miljard per jaar nodig zal zijn. Dit overtreft de financiële middelen die de overheid voor het Grotestedenbeleid beschikbaar heeft. Echter, voor de investeringen in de vitaliteit van de steden is in de periode 1999 - 2000 930 miljoen beschikbaar (waaronder 145 miljoen voor bedrijfsterreinen, 435 miljoen voor stedelijke vernieuwing en 95 miljoen voor het Fonds Leefbaarheid grote steden) (Grotestedenbeleid, 1998).

Hoewel het Sociaal Cultureel Planbureau voorzichtig positief is over het Grotestedenbeleid, zijn er kritische geluiden te horen vanuit de praktijk. Bureaucratie, te sterke rijkssturing op lokale projectplannen en verkokering van financieringsstromen zouden obstakels vormen voor de effectiviteit op lokaal niveau. De rijksoverheid zou op doelen moeten sturen en de invulling en aanpak over moeten laten aan de gemeenten (RMO, 1997).

2.6 Onderzoeken waar gemeentelijk facetbeleid aan de orde is

Rapport Inspectie voor de Gezondheidszorg: gemeentelijke betrokkenheid bij collectieve preventie, oktober 1995

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft op verzoek van de Tweede Kamer in 1995 een (enquête-)onderzoek gehouden naar de wijze waarop gemeenten inhoud geven aan de hun krachtens de WCPV toegedeelde bestuurlijke verantwoordelijkheid op het gebied van de collectieve preventie. Het onderzoek wijst uit dat er grote verschillen bestaan in de mate waarin gemeentebesturen bij collectieve preventie betrokken zijn. Deze diversiteit komt onder meer tot uiting in de contacten met de GGD op verschillende bestuurlijke niveaus, in de onderbouwing van de keuzes voor beleidsdoelstellingen, in de gelden die aan collectieve preventie worden besteed en in het gezondheidsfacetbeleid. De verschillen kunnen niet simpelweg worden verklaard uit structurele kenmerken, zoals grootte van de GGD of het aantal gemeenten in het verzorgingsgebied van een GGD. Veelal ontbreekt bij gemeenten een visie op gezondheidsbeleid en zijn geen duidelijke afspraken gemaakt met GGD'en over producten en diensten. Er is vaak een eenzijdige kijk op gezondheidsproblemen.

In de meeste gemeenten is facetbeleid nauwelijks van de grond gekomen. Volgens het rapport van de Inspectie geldt dit in het bijzonder facetbeleid met betrekking tot de gebieden: openbare werken, economische zaken en industriebeleid en cultuur en recreatie. Portefeuillehouders volksgezondheid beklagen zich over het feit dat ze weinig gehoor vinden voor volksgezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen op andere terreinen. Wel zijn er tal van voorschriften waarin gezondheidsbescherming is verdisconteerd, bijvoorbeeld op het gebied van volkshuisvesting, verkeer en milieubeheer. Dat neemt niet weg dat er nog genoeg gebieden zijn waarop toetsing op gezondheidseffecten op zijn plaats zou zijn, zo constateert de Inspectie.

Over de hele linie hebben de GGD'en een negatiever beeld over facetbeleid dan de gemeenten. Vijfenzeventig procent van de geënquêteerde gemeenten betreft de GGD niet expliciet bij de gezondheidskundige afweging van beleidsvoornemens. Gemeenten bezuinigen doorgaans op de kosten van de GGD'en.

Commissie Versterking Collectieve Preventie (Commissie-Lemstra): Gemeentelijk Gezondheidsbeleid; Beter op zijn plaats, 1996

Naar aanleiding van het rapport van de Inspectie heeft de minister van VWS de Commissie-Lemstra ingesteld, welke in 1996 advies heeft uitgebracht. De commissie neemt in grote lijnen de conclusies uit het rapport van de IGZ als uitgangspunt en voegt er enkele aan toe, waaronder de relatie overheid en gemeente en de onderlinge samenwerking. De commissie constateert onder meer dat de relatie tussen beleid en uitvoering soms problematisch is. Gesteld wordt dat de overheid moeite kan hebben om verantwoording te dragen voor uitvoerende werkzaamheden die niet op korte termijn tot zichtbaar resultaat leiden en voor het formuleren van beleid dat direct raakt aan de individuele verantwoordelijkheid van burgers. Tevens constateert de commissie dat de relatie tussen het (politieke) bestuur en de (ambtelijke) professional niet altijd even helder is. Ook voor de gemeentelijke overheid geldt dat men niet altijd over voldoende vaardigheden beschikt voor het managen van hooggekwalificeerde professionals. Een specifiek probleem geldt de onduidelijke relatie tussen sectoraal beleid en facetbeleid.

De commissie is van mening dat gemeenten beter kunnen streven naar integraal beleid waaraan vanuit de sector gezondheidsbeleid een bijdrage kan worden geleverd. Gezondheidsbeleid, zo stelt de commissie, heeft raakvlakken met tal van andere gemeentelijke beleidsterreinen. Dan blijkt het niet zo adequaat te zijn om van de gemeentelijke sector voor volksgezondheid te vragen, dat ze inhoud geeft aan facetbeleid door het bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen. Die bewaking vindt vaker plaats dan afgelezen kan worden aan het aantal keren dat expliciet een oordeel van de sector volksgezondheid wordt gevraagd. Inmiddels heeft de minister van VWS in een notitie aan de Tweede Kamer haar reactie gegeven over de activiteiten die sinds de rapportage van de Commissie-Lemstra zijn uitgevoerd (VWS, 1999). Een van de hoofdpunten uit deze notitie is dat de minister pleit voor het stimuleren en ondersteunen van gemeenten bij het ontwikkelen van een gemeentelijke nota gezondheidsbeleid. De VNG en de NSPH zijn hier bij ingeschakeld. Het doel is om gezondheidsbeleid weer op de politiek agenda van gemeenten te krijgen.

Uit een onderzoek onder 80 gemeenten dat momenteel wordt uitgevoerd bij de universiteit Groningen (Van Dijk 1999) blijkt dat gemeenten redelijk veel maatregelen treffen die van belang

zijn voor de gezondheid van burgers. Het lijkt echter alsof in de beleving van de onderzochte gemeenten, de uitkomsten van het beleid vooral per sector worden gerangschikt en niet onder de noemer gezondheidsbeleid. Intersectorale afstemming zou verder ontwikkeld moeten worden. Inmiddels heeft het naar aanleiding van de Commissie-Lemstra ingestelde Platform Openbare Gezondheidszorg haar eindrapportage uitgebracht, waarin het belang van facetbeleid opnieuw wordt benadrukt (Platform OGZ 2000).

Stuurgroep Basistaken collectieve preventie ('Commissie-Verloove-Vanborick')

Naar aanleiding van het rapport van de Commissie-Lemstra over de WCPV heeft de minister van VWS in haar advies haar zorgen geuit over de invulling van de rol van gemeenten op deelgebieden van de collectieve preventie, waartoe ook facetbeleid wordt gerekend. De minister gaf te kennen de gemeenten op hun verantwoordelijkheden te zullen aanspreken, maar erkende dat het voor gemeenten helder moet zijn wat de taken zijn op het gebied van de collectieve preventie. Onder leiding van de Stuurgroep Basistaken heeft de minister vier werkgroepen ingesteld (project Basistaken) die tot doel hadden de deeltaken binnen de WCPV nader te omschrijven. De vier werkgroepen zijn:

Infectieziektenbestrijding, Jeugdgezondheidszorg, Openbare Geestelijke Gezondheidszorg en Bevorderingstaken. Daarnaast zijn er twee workshops georganiseerd, waarvan een rond Technische Hygiënische Zorg en de andere rond Medische Milieukunde.

Vanuit het oogpunt van facetbeleid is vooral de zienswijze van de werkgroep Bevorderingstaken interessant. Gezien de opdracht heeft de werkgroep zich toegelegd op uitwerking van de artikelen 2, lid 1 en 2 en artikel 5, lid 1 en 2 WCPV. Met de uitwerking van deze artikelen ontstaat meer helderheid over de (wenselijke) basistaken die uit de wet voortvloeien. De werkgroep bepleit dat de gemeenten werken aan een nota Gezondheidsbeleid, die tenminste éénmaal per vier jaar wordt vastgesteld. De (inter)gemeentelijke nota gezondheidsbeleid is gebaseerd op tenminste de volgende bouwstenen:

- een periodiek en kwantitatief overzicht van de belangrijkste vraagstukken en problemen op het terrein van de volksgezondheid (vierjaarlijks);
- een inventarisatie van belangrijke thema's voor de volksgezondheid in het collegeprogramma of het geheel van beleidsvoornemens van een gemeente;

- een inventarisatie van de plannen van zorgaanbieders, relevante instellingen en zorgverzekeraars in de regio. Deze inventarisatie richt zich op keuzen die relevant zijn voor het gemeentelijk gezondheidsbeleid;
- een terugblik op het gemeentelijk gezondheidsbeleid dat voorgenomen en gerealiseerd is in de voorgaande vier jaren.

Belangrijk in het advies van de werkgroep is de constatering dat de gemeente de GGD actief betreft bij zowel het uitvoeren van het beleid als bij het opstellen en toetsen van het gemeentelijk gezondheidsbeleid. Daarvoor heeft de gemeente wel de taak de GGD in stand te houden. Hierbij sluit de werkgroep aan bij de eerder genoemde adviezen (IGZ en Commissie-Lemstra) en de wet.

2.7 Instrumenten voor facetbeleid

Milieueffectrapportage (MER)

Beleidsmaatregelen kunnen bedoelde, maar ook onbedoelde effecten hebben. Voordat nieuwe beleidsmaatregelen in werking treden, zou het goed zijn om te weten wat de bedoelde en onbedoelde effecten zullen zijn (ex-ante toetsen) en dan vooral op gebieden waar maatschappelijk belang aan wordt gehecht. Een van die gebieden is het milieu. Een groot aantal landen introduceerde in de afgelopen decennia een zogenaamde Milieueffectrapportage (MER). Nederland nam in 1986 de MER op in de Wet Algemene Bepalingen Milieuhygiëne (WAMB). Het primaire doel van een MER is het verwerven van een volwaardige en herkenbare plaats van de kwaliteit van het milieu in de beleidsvorming. De MER brengt de milieu-effecten systematisch in kaart. Op lange termijn wordt ook een andere milieuattitude bij beleidmakers beoogd. De inhoud van de MER is gestandaardiseerd. De MER beschrijft de te verwachten belangrijke milieugevolgen van een bepaalde activiteit en geeft de diverse alternatieven in onderlinge samenhang. Ook de gevolgen voor de gezondheid en het welzijn van mensen worden meegenomen. Dit wordt ook wel de gezondheidsparagraaf genoemd. In de gezondheidsparagraaf wordt louter gekeken naar fysieke en psychische gevolgen. In de MER ligt sterk de nadruk op gekwantificeerde gegevens. Daarbij speelt mee dat het vaak moeilijk is om causale relaties te leggen tussen oorzaak en

gevolg en dat de mate van kwantificering moeilijk aan te geven is. Mede daardoor zijn de (milieu)effecten van beleidsmaatregelen niet altijd hard te maken en soms discutabel (Putters, 1996). Sociale, econo-mische en maatschappelijke gevolgen worden niet meege-nomen. Echter, ze kunnen bij de selectie van het beleid en de weergave van alternatieven wel aan de orde komen.

De wet geeft aan wanneer de overheid verplicht is een MER te laten uitvoeren. Wanneer een MER wordt uitgevoerd wordt deze aangemeld bij de Commissie MER (CMER) te Utrecht en deze benoemt vervolgens een commissie die de uitvoering van de MER gaat begeleiden. Er is een bepaalde ondergrens ten aanzien van de verplichting voor het uitvoeren van een MER, desondanks kan de verantwoordelijke overheid toch besluiten een MER uit te voeren. Er is geen formele verplichting tot het laten wegen van de resultaten in de beleidsvorming. Er is wel zoiets als een morele druk om een MER te laten meewegen. Er is weinig garantie dat de morele druk ook daadwerkelijk aanleiding geeft het beleidsvoornemen te wijzigen. Een MER bestaat uit verschillende fasen met verslaglegging, besluitvorming, inspraak en advisering. Het opstellen van een MER is tijdrovend en de kosten zijn aanzienlijk. Desondanks beschouwen betrokkenen de MER wel als zeer waardevol (Putters, 1996).

In een MER is specifiek aandacht voor aspecten op het gebied van de gezondheid en welzijn, de fysieke en psychische gevolgen van een beleidsmaatregel. Een MER geeft al enig inzicht waar de verantwoordelijken voor volksgezondheid en welzijn hun aandacht op moeten richten en dat is voor facetbeleid van groot belang. Echter, omdat de MER groots opgezet en duur is zal een MER veelal alleen uitgevoerd worden wanneer deze verplicht is. Dat maakt dat als er geen MER wordt uitgevoerd een ander toetsingssysteem moet worden ingezet, bijvoorbeeld de gezondheidseffectscreening.

Gezondheidseffectrapportage en -screening (GER/GES)

Naar analogie van de MER is de gedachte ontstaan om ook gezondheidseffectrapportages (GER) uit te gaan voeren (TK 1994-1995, 24 126, no. 3). In een GER zou in navolging van de MER systematisch moeten worden getoetst en beoordeeld wat de gevolgen van beleidsbeslissingen zijn op de gezondheid van mensen. Evenals de MER zou de GER beleidsalternatieven kunnen aandragen. Het is niet haalbaar om alle belangrijke beleidsbeslissingen aan een

gezondheidseffectrapportage te onderwerpen. Daarnaast wilde men vooral voorkomen dat gezondheidseffectrapportages een log toetsingsinstrument zou worden, omgeven door regels en procedures (Roscam Abbing, 1995). In de praktijk is er op dit moment (nog) geen eenduidige terminologie voor de instrumenten. Veel gebruikte termen zijn: gezondheidseffectschatting, gezondheidseffectscreening, gezondheidseffectrapportage en -toetsing (Jansen, 1997). In de Technology Assessment is 'screening' een onderdeel van de assessment, namelijk het eerste (voorbereidende) onderzoek. Omdat in Nederland GER als term politiek gevoelig lag vanwege de vergelijking met de wettelijk zwaarder opgetuigde MER-procedure is destijds de voorkeur gegeven het gehele instrumentarium gezondheidseffectscreening (GES) te noemen. In de praktijk is de door VWS bedoelde GES veelal niet anders dan een GER. Desondanks valt iets te zeggen voor een meer eenduidige naamgeving, omdat spraakverwarring over de terminologie een negatieve factor kan zijn in de toepassing van GES op lokaal niveau. De resultaten die voortkomen uit een GES kunnen aanleiding zijn om de meer uitgebreide GER uit te laten voeren. GES en GER passen in de wens van de overheid voor een integrale effectschattingsmethode om het beleid te toetsen (TK 1992-1993, 22 894, no. 1). In Nederland zijn Roscam Abbing en Putters belangrijke grondleggers in de ontwikkeling van de GES.

In principe kan een GES op zowel bestaand beleid worden uitgevoerd als op beleidsvoornemens (Putters, 1996). Een GES of GER is geschikt voor zowel toetsing van overheidsbeleid als gemeentelijk beleid. Ten aanzien van het landelijk beleid heeft de minister van VWS uitgesproken dat, ter bevordering van de samenhang van het kabinetsbeleid, reeds in de beginfase rekening moet worden gehouden met eventuele neveneffecten van de voorgenomen maatregelen op de gezondheid (TK, 1996-1997, 25 253, no. 1).

Een gezondheidseffectscreening of -rapportage is een belangrijk hulpmiddel bij het ondersteunen van facetbeleid, omdat het gezondheidseffecten van beleid signaleert en waar nodig analyseert. Een belangrijke stap in de verdere ontwikkeling en uitvoering van GES/GER ook op lokaal niveau, is het in 1996 faciliteren van een ondersteuningsbureau facetbeleid, ondergebracht bij de NSPH (zie hiervoor paragraaf 2.2). Het huidige kabinet hecht belang aan een toetsingsinstrument zoals de GES en de minister van VWS

heeft toegezegd dat kamerleden kunnen beschikken over de resultaten van de GES'en die reeds zijn uitgevoerd (TK, 1998-1999, 26 200, no. 5). Daarnaast is de ondersteuningsfunctie facetbeleid bezig met het verder ontwikkelen van een 'Checklist voor GES' voor gemeenten, zodat gemeentelijke beleidsvoornemens kunnen worden gescreend op beleid dat mogelijke gezondheidseffecten heeft. Op basis van deze korte screening kan worden beslist of al dan niet een GES moet worden uitgevoerd. Tevens kan de checklist handig zijn bij het opzetten van de gemeentelijke notitie gezondheidsbeleid.

Project Stad & Milieu

Een ontwikkeling die overigens geen wortels heeft in het volksgezondheidsbeleid maar wel van belang is voor facetbeleid op lokaal niveau, zijn de experimenten in het kader van het Project Stad & Milieu. Dit is een samenwerkingsproject tussen het van ministerie van VROM, de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG), het Interprovinciaal Overleg (IPO) en een aantal andere ministeries en belangenorganisaties. Ook het ministerie van VWS is hierbij betrokken. Voor het project zijn 25 gemeenten geselecteerd.

De algemene doelstelling van het VROM-project Stad & Milieu is de koppeling van een optimaal leefklimaat aan intensief en zuinig ruimtegebruik, de zogenaamde compacte stad (VROM, 1999). In een aantal steden zijn er ruimten die niet optimaal worden benut of leeg staan. Het gaat hier bijvoorbeeld om oude fabrieksterreinen in afwachting van een bodemsanering, oudere woonwijken die niet worden heringericht vanwege de aanwezigheid van bijvoorbeeld een stadion of een fabriek of om terreinen die vanwege externe veiligheid, geluidshinder of luchtkwaliteitseisen niet worden bebouwd. De wens van veel gemeenten is om - ondanks de onaantrekkelijkheid - deze terreinen wel te benutten. In het project Stad & Milieu is een stappenplan ontwikkeld waarin belemmeringen worden weggenomen of worden gecompenseerd. Bijvoorbeeld wanneer, ondanks overleg en vroegtijdige afstemming tussen de verschillende gemeentelijke diensten, de bestaande milieuwetgeving de stadsvernieuwing in de weg staat, kan worden overwogen de milieunormen te flexibiliseren, het zogenaamde 'fase 3-besluit'. Het juridisch kader hiervoor ligt in de Wet Experimenten Stad & Milieu. Een eventueel verhoogde blootstelling moet worden gecompenseerd bijvoorbeeld door het vergroten van het woongenot en een bevordering van de leefbaarheid. De wet verplicht gemeenten om in geval van het afwijken van

milieunormen de GGD te raadplegen. Omdat het hier gaat om beleidsvoornemens werd de GES gezien als een geschikt toetsingsinstrument. Vervolgens heeft VROM het project Stad & Milieu opgestart.

De Landelijke Vereniging voor GGD'en (LVGGD, thans GGD Nederland) is eind 1997 in het kader van dit project gestart met op basis van het door Roscam Abbing en Putters ontwikkelde instrument een lokaal toepasbare GES te ontwikkelen en te pré-testen. Vervolgens zijn er diverse deskundigen uitgenodigd om aan een 'invitational conference' deel te nemen, waaronder medewerkers van het RIVM, NSPH en de universiteiten Maastricht en Rotterdam (LVGGD, 1998). Het project duurt nog voort en de eerste toetsingen zijn gedaan. De ontwikkelde lokale GES bestaat uit het 'framework' of het 'skelet' van de GES en dit skelet wordt per onderwerp ingevuld met items die van belang zijn om voor dat specifieke onderwerp waarop de GES gericht is, te toetsen. Een belangrijke voorwaarde voor een lokale GES is dat het instrument gebruikt kan worden door de GGD in samenwerking met andere gemeentelijke diensten. Dat is immers één van de basisvoorwaarden voor facetbeleid. Een GES is specifiek gericht op gezondheidseffecten van beleidsmaatregelen uit andere sectoren dan volksgezondheid, terwijl in de MER gezondheid een onderdeel is van het milieuspectrum dat wordt getoetst. Beide instrumenten bestrijken andere beleidsterreinen. Dat wil niet zeggen dat de een het ander hoeft uit te sluiten. Aan de andere kant moet worden voorkomen dat er doublures ontstaan in het toetsen van gezondheidseffecten. In de praktijktesten valt onder andere op dat gemeentelijke diensten niet altijd de meerwaarde inzien van het betrekken van de GGD bij milieu- en ruimtelijke vraagstukken. (LVGGD, 1998). Het aansluiten of uitbouwen van de MER kan soms op meer draagvlak rekenen dan een aparte GES. In de afweging moet wel rekening worden gehouden met een proces dat een GES wel zichtbaar maakt en een MER in veel mindere mate, namelijk a) de lage/hoge mate van kennis over een onderwerp in combinatie met b) de lage/hoge mate van het politiek-bestuurlijk draagvlak. Bijvoorbeeld over het causale verband tussen elektromagnetische straling en gezondheidsschade is geen eensluidend antwoord te geven. Desondanks is er een groot politiek-bestuurlijk draagvlak om mogelijke gezondheidsschade of in ieder geval de ongerustheid bij burgers zoveel mogelijk weg te nemen door beleidsmaatregelen te nemen zoals vergunningen voor het

installeren van radiozendmasten. Door systematisch de combinatie van de elementen kennis en politiek-bestuurlijk draagvlak te onderzoeken, komen strategieën voor gezondheidsbevordering in zicht, die ofwel gericht zijn op het creëren van draagvlak/bewustwording ofwel gericht zijn op een meer technisch-inhoudelijke discussie (Putters, 1996). Een meerwaarde van het project Stad & Milieu is dat er een onderzoekssetting is waar onder 'experimentele' omstandigheden verschillende diensten en actoren met elkaar moeten samenwerken. De praktijkervaringen met het uitvoeren van lokale GES'en en de onderlinge samenwerking kunnen ideeën opleveren die toegepast kunnen worden buiten het project Stad & Milieu.

2.8 Casussen

Om inzicht te krijgen in de ervaringen met facetbeleid op lokaal niveau, zijn in een vijftal gemeenten deskundigen benaderd om te vertellen over hun ervaringen, project of beleid. De projecten zijn niet geselecteerd omdat zij hét model zijn voor de uitvoering van facetbeleid. De keuze voor deze projecten is tot op zekere hoogte arbitrair, omdat aan sleutelfiguren is gevraagd een aantal - volgens hen - interessante ontwikkelingen of projecten te noemen. Hieruit zijn vervolgens in overleg 7 gemeenten gekozen die nader worden beschreven. In de beschrijving is de aandacht niet gericht op een beleidsanalyse, maar telkens gericht op één of enkele opmerkelijke ontwikkelingen die van belang zijn bij de beantwoording van de vraagstelling. De gemeenten die benaderd zijn, zijn respectievelijk:

- Eindhoven: GGD, afdeling gezondheidsbevordering;
- Haarlem: GGD, afdeling gezondheidsprojecten;
- Rotterdam: GGD, afdeling Medische Milieukunde (MMK);
- 's-Hertogenbosch: gezondheidscentrum Samen Beter;
- Utrecht: GGD Utrecht en de SOLGU;
- Alkmaar: dienst Welzijn gemeente Alkmaar;
- Arnhem: GGD, dienst brandweer en volksgezondheid.

Aan het einde van iedere beschrijving van ieder project of ontwikkeling in deze gemeenten volgt een korte analyse waarin ter sprake komt welke vorm van facetbeleid hier kan worden onderscheiden, hoe initiatieven tot stand zijn gekomen, de implementatie en mogelijke resultaten.

Eindhoven

Eindhoven was de eerste Nederlandse stad die zich heeft aangesloten bij het internationale netwerk Healthy Cities. Onlangs heeft Eindhoven zich teruggetrokken uit dit netwerk, omdat naar hun mening de meerwaarde van deelname te laag bleek te zijn. De GGD Eindhoven heeft aan de wieg gestaan van het Nederlandse Netwerk Gezonde Steden. Het eerste ondersteuningsbureau van dit project was ondergebracht bij de GGD. In Eindhoven heeft men er destijds voor gekozen om - mede in het kader van deelname aan het Gezonde Stedenproject - de aandacht te richten op het gemeentelijke (gezondheids)beleid, dat wil zeggen zich te richten op veranderingen in de perceptie van en werken aan gezondheid. De GGD Eindhoven is een vakdienst van de gemeente Eindhoven, daardoor is er sprake van slechts één 'werkgever'. Als gemeentelijke vakdienst is de GGD verantwoordelijk voor de beleidsvoorbereiding inzake volksgezondheidsbeleid. Daarbij wordt vanuit deze dienst zoveel mogelijk samengewerkt met andere gemeentelijke diensten en maatschappelijke organisaties.

Voorbeelden van activiteiten zijn:

- Het beleid ten aanzien van informele zorg, waaronder het ondersteunen van patiënten- en zelfhulpgroepen. De gemeente Eindhoven erkent informele zorg sinds 1985 als een belangrijk element van het volksgezondheidsbeleid. De gemeente biedt via de GGD deze organisaties inhoudelijke, maar ook praktische ondersteuning. De gemeente Eindhoven heeft een subsidie beschikbaar gesteld voor de huur van een kantoorpand waar al deze organisaties bij elkaar gebracht worden: het Pand Informele Zorg (Bo-manshof 6). Dit pand heeft een aantal faciliteiten, waaronder kantoorruimte voor vrijwilligersorganisaties, algemene ruimten, een kantine en een bibliotheek. Het doel van het pand is om de samenwerking te bevorderen van mensen die hun ervaringsdeskundigheid op vrijwillige basis inzetten om een gezonde samenleving te bevorderen. Met het structureel ondersteunen van de informele zorg heeft het vrijwilligerswerk in Eindhoven een duidelijk gezicht gekregen. De GGD heeft op zijn beurt contacten met organisaties en hun netwerken. Met dit beleid heeft de gemeente meegedaan aan de door de NCCZ georganiseerde Zorgstadverkiezingen van 1996.
- De oprichting van de 'Gezondheidswijzer', het publieksinformatiecentrum dat in 1984 als eerste

Gezondheids-wijzer in Nederland samen met de Vrouwenraad Eindhoven is opgericht. Inmiddels zijn er elders in het land ongeveer 25 gezondheidswijzers bij GGD'en en Thuiszorginstellingen.

- Verder draagt de GGD bij aan de ontwikkeling van zorg in de nieuwbouwwijk 'Meerhoven', een groot nieuwbouwproject in Eindhoven. Daartoe is door alle betrokken zorgverleners (o.a. eerstelijnszorg, thuiszorg, verpleeghuiszorg, patiënten/consumentenorganisaties, Zorgkantoor) de Zorgvisie Meerhoven ontwikkeld. Deze zorgvisie is o.a. richtinggevend voor de plaats en het bouwen van het gezondheidscentrum in deze wijk.
- Sinds kort heeft de GGD het programma wijkgezondheidswerk opgesteld. Dit programma is een onderdeel van het Grotestedenbeleid in Eindhoven. Samen met relevante organisaties en in nauw overleg met de bewoners worden in twee wijken van Eindhoven projecten, gericht op gezondheidsbevordering in de meest brede betekenis, ontwikkeld en uitgevoerd. ZorgOnderzoek Nederland (ZON) heeft een subsidie verleend om dit programma in samenwerking met de Erasmus Universiteit, de Landbouw Universiteit Wageningen en de Katholieke Universiteit Brabant te evalueren.

Analyse: In Eindhoven is zowel sprake van stimulerend als reactief facetbeleid. Aan de een kant is de GGD een partner in de samenwerking met de andere actoren in het veld - ook de organisaties buiten de gezondheidszorg - waar gezondheid als het ware 'op de kaart' wordt gezet. Een bijzondere rol speelt de GGD in het (helpen) toerusten van maatschappelijke groeperingen (zoals patiëntenorganisaties), zodat deze beter in staat zijn hun rol te vervullen om het belang van de (volks)gezondheid te benadrukken of - in sommige gevallen - te verdedigen. Dat zou men kunnen scharen onder stimulerend stimulerend facetbeleid. Vanuit de traditionele taakstelling heeft de GGD een rol in reactief facetbeleid waar het neerkomt op gezondheidsbescherming. Bijvoorbeeld ingeval er sprake is van vervuilde grond wordt de GGD automatisch betrokken bij het onderzoek. De projecten van de GGD wekken eerder de indruk top-down te zijn dan bottom up. Een aantal van de genoemde voorbeeldactiviteiten zijn ontstaan op basis van actie en initiatieven van burgers (in casu de Gezondheidswijzer: Vrouwenraad, informele zorg: zelfhulpgroepen en patiëntenorganisaties). Coalitievorming met maatschappelijke partners is beschreven in de missie van

de afdeling gezondheidsbevordering. De GGD participeert in vele lokale, regionale en landelijke netwerken die inmiddels rond doelgroepen zijn ontstaan. In het 'concept-programma Gezondheidsbevordering' noemt de GGD de doelgroepen: jeugd, volwassenen, algemeen publiek en specifieke doelgroepen zoals allochtonen, verslaafden, patiënten en chronisch zieken.

In dit programma wordt een productenoverzicht gegeven. Bij 27 van de 93 producten is er geen of onvoldoende financiering. Bij het product 'facetbeleid' staat dat daar reeds op de kosten is bezuinigd. Wel wordt gestreefd naar extra financiering buiten de gebruikelijke gemeentelijke financiering van de GGD om. De uitkomsten van de initiatieven van de GGD worden neergelegd in verslagen en beleidsnotities.

Haarlem

De GGD Zuid-Kennemerland is opgericht in 1989 en bedient de gemeenten Haarlem, Heemstede, Zandvoort, Haarlemmerliede, Bennebroek en Bloemendaal. De GGD is onderdeel van de sector Welzijn, Sociale Zaken en Gezondheid van de gemeente Haarlem. Bij de oprichting van de GGD is een bestuurscommissie ingesteld, waarin portefeuillehouders volksgezondheid uit alle deelnemende gemeenten vertegenwoordigers zijn. De afdeling Gezondheidsprojecten is een van de vijf afdelingen van de GGD. Twee projecten die zijn aangedragen zijn: 'Geweld in het gezin' en het 'Raaksproject' een project in kader van het project Stad & Milieu.

Het Haarlemse project 'Geweld in het gezin' is een koepelproject dat verschillende deelprojecten omvat, gerangschikt in: het verzamelen van cijfermateriaal, voorlichting/signalering, hulpverlening en strafrechtelijk optreden. Het project is opgezet nadat er in 1996 een voor dit probleem opgerichte denktank daartoe een aanbeveling had geformuleerd. In 1997 is een start gemaakt met de oprichting en uitvoering van dit project en is een projectgroep opgericht waarin vertegenwoordigers zitten van instellingen die op een of andere wijze te maken hebben met het probleem geweld in het gezin. De projectgroep heeft een stappenplan opgesteld waarin per werkgroep een nauwkeurig overzicht wordt gegeven van het doel, de doelgroep, de participanten, de meedenkers, de dwarsverbanden, de te ondernemen verrichtingen, een tijdsplanning, de evaluatie, een communicatieplan en de financiering. De gemeente Haarlem heeft in het project de regiefunctie op zich genomen, dat wil zeggen dat deze reeds ontwikkelde en te ontwikkelen

activiteiten coördineert en verschillende actoren bij elkaar brengt.

Het 'Raaksproject' is een stadsvernieuwingsproject dat als experiment is ondergebracht in het project Stad & Milieu. 'Raaks' is een wijk in Haarlem waar de gemeente wil overgaan tot de bouw van winkels, kantoren en 200 woningen. Tevens is een ondergrondse parkeergarage gepland van 1400 plaatsen. Het Gewestelijk Milieubureau Zuid-Kennemerland heeft in opdracht van de gemeente het rapport 'Ra(a)k(s)e doelen in beeld: ontwikkeling doel-middelenhiërarchie voor het Raaksgebied' opgesteld. Het is een beoordelingskader om advies uit te brengen omtrent de keuze van een ontwikkelingsrichting voor het Raaksgebied. In het huidige Raaksgebied is sprake van geluidsoverlast en luchtverontreiniging door met name het weg-verkeer. Voorts is er sprake van bodemverontreiniging door een voormalige gasfabriek. De doelstelling is het Raaksgebied wederom geschikt te maken voor werk en huisvesting door een project waarin volkshuisvestings-, economische en milieudoelstellingen en instrumenten elkaar versterken. Omdat sprake is van geluidsoverlast, stankhinder, bodem- en luchtvervuiling is de gemeente in het kader van de Experimentenwet verplicht de GGD om advies te vragen. De GGD heeft een basale meting gedaan om de gezondheidsbelasting te kunnen inschatten en doet op grond daarvan een aantal gerichte aanbevelingen om verdere gezondheidsbelastingen te voorkomen of weg te nemen. Gezien de problematiek ziet de GGD voor zichzelf een rol weggelegd in de projectgroep die zich bezighoudt met de ontwikkelingen van het Raaksgebied.

Analyse: In Haarlem zijn aan de orde: het regieproject 'Geweld in het gezin' en participatie in het project Stad & Milieu. Ingeval van het laatste kan worden gesproken van een top-downbenadering. Stad & Milieu is een initiatief van VROM en gemeenten hebben hun project kunnen aanmelden. Hier is sprake van een afgebakend project. Financiering vindt plaats door de gemeente en VROM. Om het project te ondersteunen is een stuurgroep en een klankbordgroep in het leven geroepen. Zowel bewoners, bedrijfsleven (onder andere winkeliers) en belanggroepen zijn vertegenwoordigd in beide groepen. In een analyse van de rol van de GGD in de projectgroep wordt benadrukt dat de GGD met haar medische en milieukundige expertise een belangrijke rol speelt bij benadrukken van gezondheidsaspecten en bij het uitvoeren

van (epidemiologische) metingen. De GGD heeft in het Raaksproject dus zowel taken op het gebied van stimulerend als reactief facetbeleid. In het project wordt ervaring opgedaan met een GES die speciaal voor dit doel wordt opgezet. Mogelijk heeft dit effect op het verder gebruik van de GES bij toetsing van het beleid. Omdat het Raaksproject nog in de beginfase verkeert, is er weinig te zeggen over de uitkomsten.

Het tweede initiatief 'Geweld in het gezin' is van belang omdat de gemeente, via de GGD, zich als neutrale partij inspannt om verschillende maatschappelijke groepen bij elkaar te brengen (regiefunctie). Mede vanwege de complexe problematiek is er een groot aantal groepen betrokken bij de verschillende deelprojecten waarbij een onderscheid wordt gemaakt in participanten en meedenkers al naar gelang hun inbreng in het proces. Interessant is dat naast de naam van de organisatie ook de naam van de betreffende persoon wordt genoemd, waardoor het duidelijk is dat er in de organisatie een aanspreekpunt is. Actoren zijn bijvoorbeeld: Gemeente Haarlem (sector welzijn), Raad voor de Kinderbescherming, Bureau Vertrouwensartsen, Openbaar ministerie, ministerie van Justitie, RIAGG, Stichting Slachtofferhulp Kennemerland. De eerste uitkomsten van het project zijn neergelegd in een stappenplan. Verdere uitkomsten worden neergelegd in verschillende rapportages. Er zijn verschillende vormen van financiering waaruit de verschillende deelprojecten worden betaald: Grootstedenbeleid, eigen gemeentelijke budgetten (O&O Welzijn). De kosten voor deelname aan een netwerk worden betaald uit de reguliere budgetten van de instellingen. Voor een aantal deelprojecten wordt nog gezocht naar aanvullende financiering.

Alkmaar

Sinds enkele jaren is de gemeente Alkmaar - dienst Welzijn - bezig met het opzetten van een gemeentelijk gezondheidsbeleid. Alkmaar heeft ervoor gekozen om het beleidsproces in een aantal van tevoren vastgestelde stappen te voltooien. In totaal zijn de eerste drie stappen voltooid en moeten deze resulteren in een concept-beleidsplan. Sinds enige jaren is Alkmaar lid van het Netwerk Gezonde Steden. Hieruit hoopt men ervaring te putten voor het opzetten van een eigen beleid.

De wortels van het opzetten van het gemeentelijk gezondheidsbeleid liggen bij de GGD Noord-Kennemerland. De GGD-regio omvat de gemeente Alkmaar en een aantal naburige gemeenten. De GGD Noord-Kennemerland heeft in

1995 een zogenaamd 'gezondheidsprofiel' opgesteld dat inzicht gaf in toestand van de volksgezondheid in de regio. Naar aanleiding van de presentatie van het gezondheidsprofiel is het idee ontstaan om een regionaal gezondheidsbeleid op te gaan stellen, dat wil zeggen een gezondheidsbeleid dat gedragen zou worden door alle gemeenten van de GGD-regio en dat prioriteiten zou stellen naar aanleiding van concrete gegevens over de gezondheid van de burgers. Mede vanwege de kosten die verbonden zijn aan het ontwikkelen van beleid (ambtenaren moeten worden vrijgemaakt) haakten na verloop van tijd de andere gemeenten af zodat de gemeente Alkmaar als enige het initiatief voortzet om een gezondheidsbeleid op te stellen, nu beperkt tot de eigen gemeente. De gemeente heeft wel de hoop dat er ooit samen met de naburige gemeenten alsnog een regionaal gezondheidsbeleid wordt opgesteld. De gemeente Alkmaar heeft incidenteel een bedrag van f 100.000,- vrijgemaakt ten behoeve van het opstellen van het beleidsplan.

De eerste fase in de ontwikkeling van het gezondheidsbeleid was het inventariseren van relevante beleidsterreinen en preventiegebieden. Verschillende betrokkenen, waaronder de wethouder volksgezondheid en de GGD, hebben de gemeentebegroting en de conceptgemeentebegroting gescreend. Op basis van deze screening is een eerste notitie 'gemeentelijke beleidsterreinen en volksgezondheidsaspecten' opgesteld. Deze notitie is voor commentaar voorgelegd aan verschillende gemeentelijke sectoren. De tweede stap in de totstandkoming van het gezondheidsbeleid was het vaststellen van een tweede inventarisatienota waarin is beschreven:

- welke conclusies getrokken kunnen worden uit het in 1995 gepresenteerde 'Gezondheidsprofiel Noord-Kennemerland';
- de inventarisatie van de huidige preventieactiviteiten in Alkmaar;
- de inventarisatie van de groepen van chronisch zieken in Alkmaar en de knelpunten die deze groepen constateren;
- de signalen van Alkmaarse huisartsen over gezondheidsproblematieken in de verschillende wijken.

Dit tweede document 'Inventarisatie ten behoeve van de ontwikkeling van lokaal gezondheidsbeleid in Alkmaar' wordt gezien als een belangrijke onderbouwing van het (toekomstige) gezondheidsbeleid in Alkmaar. Vervolgens is de gemeente in contact getreden met partijen uit het veld en is een werkconferentie georganiseerd waarin de documenten uit de

eerste twee fasen zijn besproken en becommentarieerd. De meningen van de partijen in het veld wegen zwaar bij het formuleren van het beleid.

Analyse: In de Alkmaarse situatie is sprake van stimulerend facetbeleid. De gemeente nodigt partijen uit om rond de tafel te gaan zitten en actief mee te werken aan het realiseren van gezondheidsbeleid. Door partijen erbij te betrekken, hoopt de gemeente dat deze partijen zich verantwoordelijk voelen voor de uitvoering daarvan. De actoren die bij het beleidsvormingsproces betrokken zijn, zijn de wethouders en ambtenaren van dienst Welzijn, de bestuursdienst en de dienst SOB (onder andere ruimtelijke ordening), de raadsleden, GGD, zorg- en welzijnsinstellingen en de zorgverzekeraar. De gemeente Alkmaar heeft de keuze gemaakt om het proces stapsgewijs uit te voeren en de resultaten van elk van deze stappen in documenten neer te leggen. Het beleidsvormingsproces is nog niet in de eindfase, maar het bij elkaar brengen van partijen en het gezamenlijk formuleren van uitgangspunten en stellen van prioriteiten is al wel gebeurd. Gezondheid staat ook buiten de gezondheidszorg op de agenda. Het onderling contact dat gedurende het beleidsvormingsproces tussen de betrokkenen ontstaat, is moeilijker te meten, maar er wordt verondersteld dat van dat contact positieve werking uitgaat. Hierin gaat juist een belangrijk deel van het (positieve) facetbeleid schuil omdat overlegd kan worden over het realiseren van gezondheid in de doelstellingen van organisaties buiten de gezondheidszorg.

Rotterdam

De GGD Rotterdam heeft in april 1997 de 'Aanbevelingen Gezond Bouwen en Wonen vanuit het gezichtspunt van de GGD' uitgebracht en daarmee - ook landelijk - een bijdrage geleverd aan de voortgaande discussies over de invloed van gebouwde omgeving op de gezondheid en over de concepten Gezond Bouwen en/of Duurzaam Bouwen. De aanbevelingen bevatten een lijst van 147 aandachtspunten verdeeld over 15 thema's met de bedoeling om een schematisch overzicht te geven over wat gezond bouwen en wonen kan inhouden. Bouwen en wonen, aldus de aanbevelingen, is van oudsher een van de aandachtsterreinen in de volksgezondheid. De aanbevelingen zijn feitelijk bedoeld voor discussie en verdere verdieping. Naast de aanbevelingen is er een aparte uitgave 'Toelichting bij aanbevelingen Gezond Bouwen en Wonen' gemaakt, waarin dieper wordt ingegaan op gezondheidseffecten en mogelijke maatregelen. De aanbevelingen en ook de toelichting zijn voortgevloeid uit het

feit dat de GGD bij verschillende projecten op het gebied van bouwen en beheren betrokken is geweest en heeft geleerd dat een GGD een wezenlijke bijdrage kan leveren.

Blijkens de grote belangstelling voor de aanbevelingen heeft de GGD Rotterdam een belangrijk thema aangeroerd. Omdat de Aanbevelingen als discussiestuk zijn opgesteld en discussies moeten doorgaan, worden de aanbevelingen niet meer uitgegeven. De (hernieuwde) aandacht van de GGD Rotterdam voor bouwen en wonen heeft zijn effect niet gemist, want begin 1998 heeft de gemeenteraad een motie aangenomen die zegt dat de GGD betrokken moet worden bij alle bestemmingsplannen en andere ruimtelijke plannen in de stad. Met de Dienst Stedebouw en Volkshuisvesting maakt de GGD afspraken welke inzet van de GGD van belang wordt geacht. Het project Gezond Bouwen en Wonen kent drie werklijnen, namelijk Beleid en Communicatie (overleg, beleidsbeïnvloeding, voorlichting geven en dergelijke), Onderzoek en Advies op locatie.

De vijftien thema's van Gezond Bouwen en Wonen zijn:

wonen	buitenlucht	infrastructuur en mobiliteit
recreatie	geluid	differentiatie en aanpasbaarheid
voorzieningen	bodem	sociale en culturele waarden
groen	water	afval en vervuiling
veiligheid	binnenlucht	licht en zicht

De GGD Rotterdam heeft inmiddels een aantal bijdragen geleverd aan het thema Gezond Bouwen en Wonen. Een belangrijk deel van de ervaringen is neergelegd in publicaties voor derden. De GGD heeft extra aandacht voor het onderzoek en het ontwikkelen van een realisatieplan voor allergeenarme woningen.

Analyse: De GGD Rotterdam heeft er voor gekozen om prioriteit te geven aan gezondheid in relatie tot wonen. Voor een deel valt dit onder de noemer reactief facetbeleid, omdat een belangrijk deel van de energie zit in het volgen van en betrokken zijn bij de activiteiten van woningbouwers, architecten, corporaties en dergelijke. Aan de andere kant wordt daarmee gewerkt aan het realiseren van stimulerend facetbeleid als deze organisaties uit eigen beweging de GGD uitnodigen om mee te werken. Voorts steekt de GGD energie in het ontwikkelen en uitdragen van kennis op het gebied van duurzaam bouwen en allergeenarme woningen. Tot de betrokkenen in dit proces horen naast de eerder genoemde architecten, bouwbedrijven en woningcorporaties ook de wethouder en ambtenaren van de Dienst Stedebouw en Volkshuisvesting. Ook de raadsleden en politieke partijen in Rotterdam zijn inmiddels betrokken en deze hebben een belangrijke stap gezet door het aannemen van een motie die de GGD legitimeert als onderhandelingspartner op het gebied van ruimtelijke ordening.

Utrecht

In Leidsche Rijn (een VINEX-gebied) ten westen van de stad Utrecht wordt een nieuw stadsdeel gebouwd. Hier verrijzen tot het jaar 2015 in totaal 30.000 woningen, compleet met alle openbare en commerciële voorzieningen, groen en infrastructuur. Leidsche Rijn ligt voor een derde op het gebied van Vleuten/De Meern en voor tweederde op het gebied van de gemeente Utrecht. Bij de planning wil de gemeente integraal en innovatief te werk gaan. Voor Leidsche Rijn als geheel is een Masterplan opgesteld. In de uitwerking hiervan gaan beide gemeenten gescheiden te werk. De inbreng voor deze deelstudie blijft beperkt tot Utrecht. Sinds het uitbrengen van het Masterplan zijn er diverse studies gedaan, plannen opgesteld en - soms radicaal - weer veranderd.

De Stichting Overleg Lichamelijk Gehandicapten Utrecht (SOLGU) biedt - als participant - onderdak aan het Project Leidsche Rijn, een tweejarig project waarin de SOLGU samen met het Centraal Overleg Samenwerkende Bonden voor Ouderen (COSBO) en het Provinciaal Patiënten/Consumenten Platform (PP/CP) zich hebben verenigd om de belangen van ouderen, consumenten, gehandicapten en chronisch zieken te behartigen in nieuwbouwproject Leidsche Rijn en de achterban te informeren over de plannen rond het nieuwbouwproject. Het project heeft een stuurgroep met

vertegenwoordigers uit de deelnemende partijen, een werkgroep voor de uitvoering en een (betaalde) coördinator. Het project heeft een duur van twee jaar (1997 - 1999) en wordt gefinancierd door de gemeente Utrecht. Er is geen vervolg gepland, deels omdat verdere financiering door bijvoorbeeld de gemeente ontbreekt en de deelnemende partijen onvoldoende financiële middelen hebben om het project voort te zetten. Daarnaast is het project opgezet als tweejarig project en moet het daarom worden afgerond, om - als er geld voorhanden zou zijn - vernieuwd van start te kunnen gaan. Voor het project waren de volgende partijen van belang:

- de gemeente Utrecht in het algemeen en in het bijzonder de Dienst Stadsontwikkeling;
- de GGD Utrecht;
- het projectenbureau Leidsche Rijn (in casu het door de gemeente Utrecht ingestelde bureau dat de coördinatie van het nieuwbouwproject doet).

De stad Utrecht doet sinds 1995 mee aan Netwerk Gezonde Steden. De GG&GD functioneert in zeer diverse netwerken. Regionaal en stedelijk zijn het vooral sectorale netwerken, regiovisies, stedelijke adviescommissies. In de wijken zijn de netwerken meer doelgroepgericht, waaronder jeugd, ouderen, allochtonen en integraal gebiedsgericht (wijk, buurt). Dat laatste is sterk gericht op communicatie met bewoners. De gemeente Utrecht kent geen deelraden zoals bijvoorbeeld in Amsterdam en in Rotterdam. Wel is Utrecht verdeeld in wijken en elke wijk heeft zogenaamde wijkbureaus. Deze wijkbureaus zijn gedecentraliseerde voorzieningen waar ambtenaren en belangrijke gemeentelijke diensten aanwezig zijn. De GG&GD is direct vertegenwoordigd in twee wijken. De wijken zijn geselecteerd vanwege de gezondheidsproblemen in deze wijken. In deze wijken heeft de GG&GD de afgelopen twee jaar ervaring kunnen opdoen met samenwerking met gemeentelijke diensten en (maatschappelijke) organisaties.

De wijkbureaus zijn belangrijke voorzieningen. Als er problemen zijn in de wijk, dan is het wijkbureau de eerste ingang voor mensen. In de wijkbureaus komen zo ongeveer alle problemen over tafel en geven derhalve een goed overzicht van wat er zoal speelt in de wijk. De twee wijken waarin de GG&GD vertegenwoordigd is, zijn wijken met een hoge achterstandsscore. In deze wijken heeft de GG&GD een medewerker als accountmanager aangesteld. Een belangrijke taak van de accountmanager is om de verschillende netwerken

en organisaties met elkaar te laten communiceren. De accountmanager heeft met name invloed op het voorwaardenscheppend beleid, en niet op de inhoud van de zorg of gezondheidsbevordering. Accountmanager is een intermediaire functie, waarbij deze aan de ene kant iets vraagt (bijvoorbeeld deelname aan een project), maar aan de andere kant iets daarvoor terug geeft (bijvoorbeeld een netwerk, collectieve informatie). De inhoud van de zorg en gezondheidsbevordering wordt door de GG&GD wel meebepaald op het moment dat de GG&GD zelf middelen heeft voor de uitvoering, zoals het aanstellen van praktijkverpleegkundigen met gelden uit het Grotestedenbeleid, activiteiten voor chronisch zieken en een zorgconsulent voor Marokkanen.

Er zijn verschillende wijkgerichte projecten. Het project psychosociale gezondheidszorg is het grootste project in de wijk dat de GG&GD Utrecht momenteel onder handen heeft. Dit project wordt voor een periode van vier jaar met f 600.000,-- gefinancierd uit het leefbaarheidfonds Zuilen (Grotestedenbeleid). Een van de problemen is - met het project psychosociale zorg wordt getracht dat te ondervangen - dat allerlei organisaties zich inzetten voor psychosociale zorg voor bewoners, maar dat men slecht op de hoogte is van wat andere ('medeverantwoordelijke') organisaties op dit vlak te bieden hebben. Daardoor is het van belang dat er een keten ontstaat zodat de deelnemers aan het netwerk op de hoogte zijn van wat er door anderen wordt gedaan en - vooral - dat er gezamenlijke verantwoordelijkheid wordt genomen voor de uitvoering. De GG&GD vervult in dit project eerder een schakelfunctie - onderhouden van het netwerk - dan een regiefunctie.

Analyse: In deze twee beschrijvingen in de stad Utrecht is in het geval van de SOLGU sprake van een bottom up-benadering vanuit overwegend reactief facetbeleid. Bottom up wil zeggen dat de ideeën voor aanpassing van de nieuwbouwplannen Leidsche Rijn vooral worden ingegeven door praktijkervaringen van chronisch zieken en gehandicapten. Op basis van eigen ervaringen worden de groepsbelangen geformuleerd en ingebracht in de onderhandelingen over de nieuwbouw. Het reactieve zit in het feit dat de SOLGU, als belangenbehartiger van chronisch zieken en gehandicapten, voortdurend bezig is om plannen die door de gemeente en projectontwikkelaars op tafel worden gelegd bij te sturen. Het commentaar van de SOLGU is dat zij voornamelijk reactief bezig zijn om gezondheid – zoals door

hun groep gedefinieerd - op de agenda te krijgen. Het project is voor bepaalde tijd en is eind 1999 afgesloten. Daarmee vervalt voor een deel de participatie vanuit deze groep (de SOLGU als organisatie blijft wel bestaan). Het project wordt afgesloten met een conferentie en eindverslag. Met het beëindigen van het project vervalt voor de groep gehandicapten en chronisch zieken de mogelijkheid een bijdrage te leveren aan het nieuwbouwproject dat nog in volle gang is. Een knelpunt schuilt in het feit dat er geen (voortzetting van) financiering is om de inspraak ten behoeve van Leidsche Rijn op een andere wijze gestalte te geven. Er zijn geen andere financiers gevonden dan de gemeente Utrecht.

Het wijkproject van de GGD Utrecht waarin een accountmanager wordt aangesteld om de communicatie tussen groepen in de wijk te bevorderen is een voorbeeld van een top-down-benadering vanuit stimulerend facetbeleid. De accountmanager heeft een schakelfunctie en heeft onder andere als taak de andere partijen aan te spreken op het aspect gezondheid of in ieder geval partijen op dit aspect bij elkaar te brengen. In het netwerk zitten dan ook die partijen die normaal gesproken in wijken vertegenwoordigd zijn, zoals verschillende belangengroeperingen, opbouwwerk, woningcorporaties en dergelijke. Een aparte inbreng komt vanuit de (gemeentelijke) wijkbureaus. Deze hebben de taak om de afstand tussen gemeentelijke diensten en de burger te verkleinen. Dit werkt in ieder geval voor de accountmanager die meer mogelijkheden heeft om ambtenaren persoonlijk aan te spreken en eventueel om bestuur en burgers uit te nodigen voor overleg. Verslaglegging van dit project vindt voor een belangrijk deel plaats via de (beleids)nota's van de GGD Utrecht. Het project is gefinancierd met subsidiegelden uit het fonds voor Grotestedenbeleid. Hoewel de financiering voor vier jaar vastligt is het toch een wankel basis voor een project dat per definitie gericht is op de lange termijn.

's-Hertogenbosch

Het gezondheidscentrum 'Samen Beter' is gesitueerd in de wijk 's-Hertogenbosch Oost, een buurt met achterstandsproblematiek, zoals werkloosheid, armoede, analfabetisme. Het centrum is 20 jaar geleden ontstaan op initiatief van inwoners uit de buurt en heeft nog steeds een buurtfunctie. Het centrum geeft onderdak aan een aantal huisartspraktijken, wijkverpleegkundigen, maatschappelijk werkers, kraamverzorgers en een logopedist. De betrokkenheid van

buurtbewoners bij het wijkcentrum wordt als bijzonder groot ervaren. Dit is een van de redenen waarom het centrum de inbreng en hulp krijgt van een groot aantal vrijwilligers uit de buurt. Mensen die vaak jarenlang betrokken zijn bij dit gezondheidscentrum. De initiatieven die voortkomen uit de inbreng van de vrijwilligers worden beschouwd als een belangrijke sturing op het beleid van het centrum. Het centrum heeft verschillende taken. Het is een informatiecentrum voor de buurt. In de wachtkamers bijvoorbeeld, wordt thematisch aandacht besteed aan verschillende zaken zoals gezonde voeding of ongevallenpreventie. Er zijn iedere dag gastvrouwen aanwezig die koffie schenken, vragen beantwoorden van bezoekers, de kinderen bezig houden terwijl de ouders bijvoorbeeld een bezoek brengen aan de huisarts. Doordat deze gastvrouwen in het contact met de gasten veel zien en horen, hebben zij een intermediaire en signalerende functie voor de medewerkers van het centrum. Op zijn beurt is het centrum voor de gastvrouwen belangrijk voor hun zelfontplooiing, ontspanning, integratie in de buurt en dergelijke. Het centrum heeft ook een actieve rol in de buurt. Zo biedt het centrum bijvoorbeeld steun aan een groep peergroupeducators. Als spilfunctie in de buurt heeft het centrum een voorname plaats in het lokale netwerk van zorg- en welzijnsinstellingen (opbouwwerk). In toenemende mate heeft het centrum contacten met instanties zoals gemeente, de sociale dienst en woningcorporaties. Naast het 'officiële' netwerk van overleggen en vergaderingen heeft het gezondheidscentrum een taak in het stimuleren en ondersteunen van het informele circuit tussen bewoners onderling en tussen bewoners en (buurt)organisaties. Het centrum is uitvoerder van extern gefinancierde (onderzoeks)projecten zoals het praktisch uitvoerbaar maken van aspecten en wensen uit de regionale zorgvisie.

Analyse: Net zoals dat bij de SOLGU in Utrecht het geval is, is het gezondheidscentrum 'Samen Beter' een maatschappelijke organisatie die betrokken is bij facetbeleid. Bij beide organisaties is sprake van een bottom up-benadering. Anders dan in Utrecht staat in Den Bosch stimulerend facetbeleid meer op de voorgrond. Het gezondheidscentrum vervult een centrale en initiërende rol in de wijk. Tot het netwerk van het gezondheidscentrum behoren natuurlijk op de eerste plaats de eigen klanten en de vrijwilligers die voor het centrum actief zijn of door het centrum op een of andere manier worden ondersteund. Daarnaast zijn er contacten met

het opbouwwerk en zorg- en welzijnsinstellingen. Incidentele contacten zijn er bijvoorbeeld met woningcorporaties en gemeentelijke diensten zoals de sociale dienst. Mede gezien de klantengroep van het gezondheidscentrum wordt het meeste werk verzet ten behoeve van kansarme individuen en groepen. De beleidsontwikkeling en prioriteitstelling vinden met name plaats binnen de eigen organisatie, hoewel het centrum een zekere positie heeft verworven in de gemeente en zeker in het netwerk van gezondheidscentra, waardoor de ontwikkelingen van het centrum ook door andere worden gevolgd. Het centrum ontvangt financiering van zorgverzekeraars en via projectsubsidies. Een veel voorkomend probleem is dat er meer goede ideeën zijn dan geld.

Arnhem

In Arnhem zijn eveneens wijkgerichte projecten opgezet, onder andere in het zogenaamde 'Arnhemse Broek'. Het Arnhemse Broek is een wijk die bestaat uit vier deelwijken. Er wonen in totaal 5800 mensen, waarvan in totaal 27% migranten, met name van Turkse afkomst. De inkomenspositie in deze wijk is niet rooskleurig en het gemiddelde inkomen ligt ruim onder het Arnhemse gemiddelde. Ook opleiding en arbeidsparticipatie ligt beneden het gemiddelde Arnhemse niveau. Het Arnhemse Broek is een wijk met achterstandsproblematiek.

De GGD Arnhem, dienst Brandweer en Volksgezondheid, voert een gezondheids- en welzijnsbevorderend project uit onder de titel 'Het Arnhemse Broek: Gezond en Wel'. Het project is begonnen in 1997 en bestaat uit drie fasen, namelijk:

1. het opstellen van een gezondheidsprofiel;
2. het uitwerken van een gezondheidsprogramma;
3. het uitvoeren van plannen in een actieperiode.

Met het opstellen van het gezondheidsprofiel is gekeken wat de specifieke (gezondheids)problemen zijn in deze wijk, als uitgangspunt voor verdere actie. Na het afsluiten van deze eerste fase is samen met bewoners en sleutelfiguren uit gemeenschap geïnventariseerd welke problemen voor inwoners

het meeste tellen en op basis daarvan is besloten een gezondheidsprogramma te schrijven. De communicatie met de wijkbewoners verloopt via buurtwerkers, zoals opbouwwerkers en via een nieuwsbrief die door het projectbureau wordt uitgegeven. Het project heeft een coördinator die de randvoorwaarden van het project verzorgt

en belangrijk is voor de continuïteit. Voor de evaluatie van dit project zijn contacten met de universiteit van Maastricht. De situatie in deze Arnhemse wijk is complex. Uit de inventarisatie en de gesprekken met de buurt blijkt dat problemen vaak met elkaar samenhangen. Buurtgerichte interventies moeten daarom eveneens samenhangend zijn. Een deel van de complexiteit heeft te maken met de sociale infrastructuur van de wijk. Buurtbewoners hebben het idee dat hun wijk achteruit gaat. Velen hebben het idee - mede door hun individuele (financiële) problemen - geen grip meer te hebben op hun leven.

Analyse: Bij het project 'Arnhemse Broek' is sprake van stimulerend facetbeleid, waarbij naar aanleiding van een inventarisatie en gesprekken met bewoners bottom up-plannen worden ontwikkeld om de gezondheids- en welzijnssituatie van bewoners te verbeteren. De belangrijkste partijen hierin zijn de GGD (dienst Brandweer en Volksgezondheid), buurtwerkers en (vertegenwoordigers van) buurtbewoners. Opmerkelijk is dat de GGD als verantwoordelijke voor dit project kiest voor tussenpersonen (buurtwerkers) voor de praktische uitvoering van het project. Het grote voordeel hiervan is dat er korte lijnen zijn tussen de projectleider (GGD) en de buurtwerkers en dat toch een maximaal aantal bewoners wordt bereikt via deze buurtwerkers. De GGD heeft gekozen voor een stapsgewijs plan, waarbij de universiteit van Maastricht helpt met de evaluatie van de plannen. Voor de bijsturing van het project is het grotendeels afhankelijk van de hulp van buurtwerkers. De financiering van dit project komt uit reguliere middelen. Een knelpunt is, dat er te weinig geld is voor eventuele uitbreidingen van het project. Financiering hiervan vindt plaats uit wijkbudgetten.

9. Analyses en conclusies

De factoren die bepalen of facetbeleid succes heeft of faalt, worden door verschillende auteurs verdeeld in drie clusters, namelijk: inhoudelijk, instrumenteel en politiek-bestuurlijk of politiek-maatschappelijk. Deze analyse zoekt aansluiting bij deze indeling, zij het dat hier een viertal elementen wordt onderscheiden, namelijk inhoud, instrumenten, proces en structuur.

- Inhoud van facetbeleid: er moet een overtuigende visie op volksgezondheidsbeleid zijn. Daarbij gaat het om kwaliteit van leven ofwel het bestaan moet de moeite waard zijn (well-being in de definitie van gezondheid van de WHO).

Het gaat hier om een individuele beleving. Tevens gaat het om menselijk kapitaal: gezonde, zich goed voelende mensen zijn belangrijk voor een goed draaiende samenleving: uit te drukken in economische en sociale waarden. Alle beleid, nationaal en gemeentelijk, heeft gevolgen voor het welbevinden van mensen. Dit wil niet zeggen dat volksgezondheidsbeleid overkoepelend beleid is en verantwoordelijk voor de andere beleidsterreinen. Facetbeleid richt zich op het bewust maken van anderen van de effecten van hun beleid op de volksgezondheid.

- Instrumenten: opleiding, training, scholing kunnen een belangrijke bijdrage leveren aan het ontwikkelen van facetbeleid. Dus niet alleen het trainen van mensen die al in de gezondheidszorg werkzaam zijn, maar met name ook training op 'gezondheidsbewustzijn' en positieve PR over wat andere sectoren aan gezondheidswinst kunnen bijdragen, met name de zogenaamde 'harde' sectoren zoals economie, volkshuisvesting, verkeer, justitie enzovoort. Voorts zijn de MER en de GES in het gemeentelijk facetbeleid de belangrijkste instrumenten om gezondheidseffecten van beleidsvoornemens op het spoor te komen en beleidsalternatieven op te stellen.
- Procesaspecten: deze aspecten zijn vaak afhankelijk van persoonlijke eigenschappen van individuen. De betrokkenen delen een visie. Interpersoonlijke relaties spelen hierbij een rol evenals het vermogen om met anderen te kunnen samenwerken.
- Structuur: facetbeleid kan op verschillende momenten van het beleidsproces ontwikkeld worden, maar om een gezamenlijke visie te ontwikkelen is het zinvol om de 'aanpalende' beleidsterreinen vroeg in het beleidsproces erbij te betrekken. Facetbeleid kan zich op vele manieren ontwikkelen: op basis van een probleem- of vraaggerichte aanpak (dat wil zeggen reactief facetbeleid) of op basis van een territoriale aanpak (bijvoorbeeld via stadsdeelkantoren of wijkbureaus waar alle gemeentelijke diensten vertegenwoordigd zijn).

Inhoud van facetbeleid

De term facetbeleid wordt door de geïnterviewden weliswaar herkend, maar staat in de gehouden interviews veelal synoniem voor 'samenwerking' of 'ondersteuning aan'. De betekenis die in de interviews aan facetbeleid wordt gegeven, verschilt dan ook met de definitie van facetbeleid in de

literatuur. De specifieke invalshoek die voor deze studie is gekozen is facetbeleid vanuit de optiek van volksgezondheid. Er is gebleken dat op lokaal niveau (de gemeente of de wijk) voor facetbeleid de brede definitie van gezondheid, zoals bijvoorbeeld de WHO-definitie, wordt gehanteerd.

Een van de geïnterviewden noemde een drietal regels voor facetbeleid in de praktijk:

1. 'niemand is tegen gezondheid': dat anderen gericht zijn op het realiseren van andere doelen wil niet zeggen dat gezondheid voor hen geen onderwerp is, maar het verschil is dat politici en ambtenaren uit andere sectoren aan het einde niet worden afgerekend op het realiseren van gezondheidsbeleid, maar op het realiseren van hun eigen beleid;
2. 'gezondheid is geen doel op zich, maar een middel om mensen sociaal actief te laten zijn, zich gelukkig te voelen, et cetera';
3. 'schoenmaker blijf bij je leest': maak gebruik van eigen expertise en treedt niet op als 'betweter' voor anderen.

Er is geen zaligmakende werkwijze of visie, waarlangs projecten op lokaal niveau worden gemodelleerd. Uitwisseling van ervaringen is erg belangrijk. Er wordt aangegeven dat er een uitgebreid circuit is van bereikbare deskundigen, het Netwerk Gezonde Steden, vaktijdschriften, nieuwsbrieven en dergelijke, waardoor respondenten het idee hebben, dat er redelijk veel gebeurt. Volksgezondheidsbeleid wordt weer een onderwerp op de politieke agenda. In die zin worden er volop kansen gesignaleerd voor stimulerend facetbeleid.

De bescherming van de volksgezondheid (reactief facetbeleid) is iets wat steeds opnieuw moet worden gepromoot. Ook in de gemeentepolitiek wordt volksgezondheid niet beschouwd als een beleidssector met veel macht. Economische zaken of openbare ruimte worden wel beschouwd als 'harde' sectoren die overtuigend 'met de vuist op tafel kunnen slaan'. De beschikbaarheid van beleidsalternatieven wordt beschouwd als een belangrijk element om op strategische wijze het beleid te kunnen sturen en te beïnvloeden. Ook het op overtuigende wijze kunnen overbrengen van alternatieven en het creëren van een 'win-win' situatie wordt als minstens zo belangrijk beschouwd. Desondanks blijft het feit dat ook de wethouder volksgezondheid soms zaken moet kunnen afdwingen als er gevaar dreigt voor de volksgezondheid. Als dat nodig mocht blijken dan zal dat zonder twijfel gebeuren, maar uit de casussen blijkt dat reactief facetbeleid niet hetgeen is waar in

eerste instantie over wordt gesproken bij het onderwerp gemeentelijk facetbeleid.

De GGD wordt door iedereen aangewezen als de belangrijkste gemeentelijke dienst in het ondersteunen en tot stand brengen van het volksgezondheidsbeleid. Een uitwerking van de WCPV in een heldere taakomschrijving is hierbij van cruciaal belang. GGD'en wordt verweten niet helder te zijn over het dienstenaanbod, traagheid in het reageren op gezondheidsvraagstukken en problemen eenzijdig te benaderen vanuit medische optiek.

De gemeenteraad wordt - vreemd genoeg - niet beschouwd als een krachtige partner in facetbeleid. Dit kan te maken hebben met de positie van gemeenteraad in het besluitvormingsproces. Beleidsvoorbereidend werk wordt - ook in de gemeenten - gedaan in vaste commissies, pas daarna wordt een beleidsvoorstel besproken en in de raad vastgesteld. Het meewegen van schadelijke gezondheidseffecten in de beleidsvoornemens moet idealiter gebeuren in het beleidsvormingsproces. De rol van de gemeenteraad hierin is beperkt, evenals de rol van burgers, maatschappelijke organisaties en de media. De raad heeft de taak het college van B & W te controleren en heeft daarvoor een aantal instrumenten zoals het inbrengen van (specialistische) kennis, vragen stellen, het indienen van moties en het aandragen van initiatieven, maar om te controleren of een beleidsvoornemen gezondheidseffecten heeft, zijn de instrumenten beperkt. Een goede stimulans is dat de resultaten van een GES direct ter beschikking zouden komen van gemeenteraadsleden, zoals ook parlementariërs de beschikking hebben over de resultaten van een GES die in opdracht van VWS is uitgevoerd.

Instrumenten

Er is geen vastomlijnd schema of plan voor facetbeleid, maar dat lijkt de uitvoering ook niet in de weg te staan. Uit de meeste interviews blijkt dat alleen de uiteindelijke uitkomst telt, bijvoorbeeld allergeenarme woningen. Of het nu facetbeleid, sectoraal beleid of gehandicaptenbeleid moet worden genoemd, vindt men ook niet de eerste vraag die moet worden beantwoord. De conclusie is dat op lokaal niveau vooral het pragmatische telt. Dit neemt niet weg dat er via tijdschriften en bijeenkomsten, congressen en netwerken op grote schaal uitwisseling is van elkaars ervaringen.

In de Nota 2000 komt naar voren dat facetbeleid bij voorkeur gestoeld moet zijn op betrouwbare, kwantitatieve gegevens. Het verzamelen van epidemiologische gegevens over de gezondheidstoestand van de burgers is een van de taken van de GGD. Uit de verschillende onderzoeken en uit de gesprekken blijkt dat er geen reden is om aan te nemen dat deze taak blijft liggen. Er zijn twee kanttekeningen. Op de eerste plaats blijkt de vertaling van gegevens over de gezondheid van de bevolking naar beleid nog niet overal te gebeuren. En wanneer het gebeurt, dan is het meestal niet in heldere adviezen. Terwijl dat een belangrijke voorwaarde is voor een goed volksgezondheidsbeleid. Ten tweede zouden GGD'en nauwer betrokken kunnen worden bij het onderzoek naar gezondheidseffecten van beleid en/of van beleidsalternatieven ten behoeve van het gemeentelijk gezondheidsbeleid.

De MER is een instrument waarmee gemeentelijke overheden inmiddels bekend moeten zijn. Bij de GES is dat nog niet het geval. Gemeenten zijn gebaat met een helder overzicht van beschikbare toetsingsinstrumenten en de kosten hiervan. Het verdient aanbeveling om het gebruik van de GES in gemeenten te stimuleren. Het project Stad & Milieu van het ministerie van VROM lijkt veelbelovend voor de ontwikkeling en promotie van de GES op lokaal niveau. Voorts verdient het aanbeveling om te bestuderen hoe metingen van gezondheidseffecten in een MER kunnen worden versterkt, bijvoorbeeld door te kijken in hoeverre de overlap tussen de 'gezondheidsparagraaf' van een MER en de GES ten volle benut kan worden.

Procesaspecten

Samenwerking tussen gemeentelijke diensten onderling of tussen overheid en burgers wordt beschreven als een proces waarin eerst energie moet worden gestoken, voordat er resultaat uit kan komen. Dat betekent dat met samenwerkingsverbanden meestal zorgvuldig wordt omgegaan en dat daaraan ook veel waarde wordt gehecht. Samenwerking kan ontstaan door toeval - men hoort van elkanders bestaan - of door meer zorgvuldige planning. Beide uitersten zijn in de praktijk aan te wijzen. In alle gevallen echter, wordt benadrukt hoe fragiel onderlinge samenwerkingsverbanden zijn en dat deze veelal berusten op onderling vertrouwen. De 'gevoelde' afstand tussen de verschillende gemeentelijke diensten wordt verschillend beoordeeld, maar zowel in de literatuur als uit de gesprekken blijkt dat het onderlinge

contact voor verbetering vatbaar is. Enkele geïnterviewden ervaren dat in grote steden de afstand tussen werkvloer en leidinggevend en tussen de verschillende gemeentelijke diensten groot is. Op momenten waarin facetbeleid moet voortkomen uit persoonlijke contacten, zien deze geïnterviewden grote gemeenten in het nadeel ten opzichte van kleinere gemeenten. Een combinatie van portefeuilles bij wethouders, bijvoorbeeld volksgezondheid en volkshuisvesting, wordt beschouwd als een gunstige uitgangspositie voor facetbeleid.

Men is van mening dat het uitdragen van beleid in gemeenten voor een belangrijk deel gekoppeld is aan de visie van en/of ontvankelijkheid voor ideeën van leidinggevend en politici hoog op de politieke of leidinggevende ladder, bijvoorbeeld de directeur van een GGD of de wethouder. Dit betekent niet dat de bestuurslagen die daar onder komen geen invloed zouden hebben. Die invloed is wel degelijk aanwezig, maar 'grote passen voorwaarts' worden gezet door mensen aan de top.

Het breekpunt van facetbeleid zit, volgens een van de geïnterviewden, niet zozeer in de analyse en keuze van de sectoren of diensten waar mogelijke successen kunnen worden geboekt, maar in de ongedurigheid van beleidmakers en politici en in de vastgeroeste veronderstelling dat gezondheidswerkers gelijk hebben als het over gezondheid gaat. De compromissen die moeten worden gesloten om gezondheidswinst te behalen, moeten aanvaardbaar zijn voor alle betrokkenen en moeten meer opleveren voor degenen met wie de compromissen gesloten worden. Op het moment dat beleid gedeeld wordt ofwel 'verankerd is', kan een volgende stap worden genomen.

Structuur

Het kunnen bouwen aan vertrouwensrelaties wordt beschouwd als een van de belangrijkste eigenschappen voor het uitvoeren van gezondheidsbeleid op wijkniveau. Gedecentraliseerd bestuur wordt gezien als een pluspunt, met name daar waar contacten met ambtenaren belangrijk zijn. Zogenaamde wijkbureaus of stadsdeelkantoren waar de belangrijkste gemeentelijke diensten in vertegenwoordigd zijn, hebben in het bij elkaar brengen van partijen een spilfunctie. Iedere partij heeft op een of ander moment baat bij contacten met het lokaal bestuur en het lokaal bestuur kan op zijn beurt weer partijen bij elkaar brengen. Tevens is het van belang dat

het lokale bestuur in casu de wijkbureaus oog hebben voor de wensen en initiatieven van bewoners.

Een grote afstand tussen werkvloer en politiek wordt als hinderlijk ervaren, omdat het moeilijk is om door te dringen tot de onderhandelingstafel en de directe communicatie mede door de lange lijnen en de vele ambtelijke schijven moeilijk is. Voor de gezondheid en het welzijn van inwoners is het van belang dat het voorzieningenniveau in de wijk - denk aan winkels, huisartsenpraktijken, buurthuizen en dergelijke - op peil blijft. De uiteindelijke invloed op het handhaven van het voorzieningenniveau wordt gering geacht.

Naast de ambtenaren en bestuurders van de gemeentelijke diensten worden als belangrijke samenwerkingspartners genoemd:

- woningcorporaties;
- opbouwwerk en wijkcentra;
- bewonersorganisaties en vrijwilligersorganisaties;
- categorale belangengroepen, zoals gehandicaptenorganisaties;
- gezondheidscentra;
- huisartsen en paramedici.

Financiering wordt door velen als een probleem ervaren. De financiering gebeurt vaak op projectbasis en er wordt veel tijd gestoken in het leggen van contacten met financiers en het aanvragen van subsidies. Wanneer men streeft naar veranderingen op lange termijn is structurele financiering noodzakelijk. Daar conflicteert de wens van de financier om - veelal op korte termijn - resultaten te boeken, met het feit dat het opbouwen van netwerken, het inzetten van veranderingen tijd kost. Een tweede probleem dat wordt gesignaleerd is dat op de snijvlakken tussen de verantwoordelijkheid van de overheid en zorgverzekeraars blijkt, dat er geen duidelijke afspraken te maken zijn over structurele financiering (Boon, 1999). Immers een goed gezondheidsbeleid werkt in het voordeel van de burger, maar ook de gemeente en de zorgverzekeraars plukken hiervan de vruchten. De vraag is vervolgens: "wie draagt de kosten?".

Een cruciaal punt in deze discussie over verantwoordelijkheid voor financiering, is de betrokkenheid van zorgverzekeraars bij 'hun' regio. Daarbij komt dat de rol van zorgverzekeraars en dan met name de ziekenfondsen de laatste jaren aanzienlijk is veranderd. Voorheen waren ziekenfondsen gebonden aan hun regio. Het geldt dat zij in hun regio uitgaven aan preventie of gezondheidsbeleid vloeide met enige zekerheid vroeg of laat weer terug in de ziekenfondskas. Tegenwoordig opereert

men veelal landelijk. Mede door schaalvergroting is men het contact met de regio aan het verliezen. De kans dat het geïnvesteerde terugvloeit in eigen kas is gering. Slechts een enkele verzekeraar profileert zich nog als een sociale verzekeraar en is bereid om lokale preventieprojecten te subsidiëren. Mogelijk moet preventie worden beschouwd als een onverzekerbaar risico waarvan de kosten net als bij de AWBZ door de gemeenschap moeten worden opgebracht. Tot die gemeenschap behoren zorgverzekeraars, omdat zij ook baat hebben bij een gezonde bevolking en een aanzienlijk aandeel moeten bijdragen aan de preventiekas.

3 Internationale ontwikkelingen: Health Impact Assessment

In een aantal landen zijn activiteiten gaande, die vergelijkbaar zijn met de ontwikkelingen in Nederland inzake facetbeleid. Deze activiteiten krijgen veelal vorm onder de noemer van 'intersectoral policy' en 'Health Impact Assessment (HIA)'. In de nieuwe doelstellingen van de WHO, in het kader van 'Health 21', wordt in relatie tot facetbeleid gesproken van 'intersectoral action'.

Een equivalent voor de Nederlandse term facetbeleid in de Engelse taal is niet beschikbaar. De term GES, die in dit advies meermalen wordt genoemd, is grotendeels gelijkwaardig aan de in internationaal verband gebruikte term HIA. De conceptuele en linguïstische overeenkomsten en verschillen zijn niet van dien aard dat het onderling gebruik van de Engels- en Nederlandstalige termen incorrect is; nadere analyse ervan valt buiten het bestek van deze studie. Ter wille van de leesbaarheid wordt gesproken over intersectoraal beleid en HIA.

Binnen het bestek van dit advies is er niet naar gestreefd om tot een volledig beeld te komen van het intersectorale beleid op internationaal niveau. De beschrijving beperkt zich tot de ontwikkelingen met betrekking tot HIA. Daarbij kan wel worden opgemerkt, dat HIA, dat een sterke groei doormaakt, voor een belangrijk deel gezichtsbepalend is voor de wijze waarop intersectoraal beleid in andere landen momenteel gestalte krijgt. Binnen internationale organisaties zoals de WHO, de EU en de IAIA¹ is HIA in belangrijkheid sterk toegenomen en zijn deze organisaties actief betrokken bij de verdere beleidsontwikkeling en -uitvoering.

De beschrijving van de internationale ontwikkelingen ten aanzien van HIA is gebaseerd op een screening van beschikbare documenten van de desbetreffende landen. Binnen Europa betreft dit Groot-Brittannië, Duitsland, Zweden en Finland; buiten Europa betreft dit Canada, Nieuw-Zeeland en Australië. Daarbij zal onderscheid worden gemaakt in HIA op lokaal, op nationaal en op internationaal niveau. Vervolgens wordt ingegaan op de relatie van HIA met andere effectscreeningen.

3.1 Verdere ontwikkelingen rond HIA

De ontwikkeling van HIA verloopt langs een aantal verschillende lijnen.

Als eerste kan in dit verband de relatie met de Milieu Effect Rapportage (MER) genoemd worden. Deze vorm van 'Impact Assessment' kent al een lange traditie en wordt wereldwijd toe-gepast. 'Environmental Impact Assessment(EIA)', ofwel MER, betreft in meerdere of mindere mate de gezondheidsaspecten. HIA komt enerzijds voort uit deze traditie van MER, maar kent anderzijds en in toenemende mate een zelfstandige ontwikkeling. Er is dan ook een internationale discussie gaande over de positionering: HIA al dan niet als onderdeel van EIA. In dat verband wordt bijvoorbeeld een term als 'EHIA' gehanteerd.

Als onderdeel van een bredere beweging, namelijk de ex ante evaluatie van beleid, krijgt 'Impact Assessment' een veelzijdiger gezicht. Te noemen zijn 'Social Impact Assessment (SIA)' en 'Strategic Environmental Assessment' (SEA). Ook is de kwestie aan de orde in hoeverre differentiatie dan wel integratie mogelijk en/of wenselijk is.

Een tweede ontwikkelingslijn van HIA betreft het abstractie-niveau van de beleidsontwikkeling en beleidsvoorbereiding, dat onder meer in het taalgebruik van documenten tot uitdrukking komt. Beleidsvoornemens kunnen in abstracte termen worden beschreven dan wel in concrete activiteiten zijn uitgewerkt. Geprobeerd wordt HIA hierop aan te passen. Zo wordt onderscheid gemaakt tussen effectschatting van beleid, programma's en projecten .

Vanuit deze gelaagdheid, en dat is een derde ontwikkelingslijn, kan HIA op verschillende wijzen worden vormgegeven. Voor het beschrijven en beoordelen van (abstract geformuleerd) beleid krijgt HIA de vorm van een snelle, oppervlakkige screening (HI rapid appraisal). Is het beleid uitgewerkt in programma's dan is een nadere studie (HI Analysis, in depth assessment) mogelijk en inzetbaar. Indien beleidsvoornemens in detail zijn beschreven in de vorm van projecten of plannen, dan biedt dat de mogelijkheid van een uitgebreid en/of diepergaand onderzoek (HI Review resp. Comprehensive study).

Met behulp van dit onderscheid en het verschil in instrumentatie wordt in internationaal verband nagedacht over en gewerkt aan een adequate set van toepasbare methoden.

Een vierde ontwikkelingslijn is de gerichtheid op het desbetreffende beleidsniveau en bestuurlijke niveau. HIA kan betrekking hebben op lokaal/regionaal, op nationaal en op supranationaal niveau (zie hierna beschreven).

Een vijfde lijn waarlangs HIA zich ontwikkelt is de positionering van HIA in het beleidsproces. De voorkeur is om HIA in te zetten bij beleidsvoornemens en beleidsvoorstellen en dus als ex ante evaluatie-instrument. Belangrijk motief is dat dit een beter uitgangspunt is voor facetbeleid en de kans groter is om beleid van een andere sector te beïnvloeden. Het wordt echter niet per definitie uitgesloten om de gezondheidsaspecten respectievelijk - effecten te beschrijven van beleid dat reeds is geïmplementeerd, maar waar gezondheid primair geen doel was. In deze situatie is sprake van HIA als ex post evaluatie instrument. In dit verband vigeren momenteel de termen 'prospective HIA' en 'retrospective HIA'.

De inhoudelijke en procesmatige positionering van HIA houdt ook verband met de methodologie-ontwikkeling. Afhankelijk van hoe men HIA definieert en positioneert kan gebruik gemaakt worden van bestaande methoden en technieken of zullen aanpassingen nodig zijn of zelfs nieuwe methoden ontwikkeld moeten worden. Hierbij speelt ook de vraag in hoeverre effecten kwantificeerbaar zijn en of causale relaties kunnen worden gelegd.

3.2 HIA op lokaal en regionaal niveau

Voorbeelden van landen waar HIA (in eerste instantie) op lokaal/regionaal niveau is ontwikkeld en geïmplementeerd zijn Engeland en Zweden.

In Engeland is het Merseyside HIA Consortium voorloper in dit proces. Dit consortium bestaat uit drie universiteiten/scholen en diverse Local Health Authorities rondom Liverpool. Het is opgericht in 1997 teneinde samenwerking in diverse projecten rond Liverpool te bevorderen en gezondheidsaspecten in deze projecten een prominentere plaats te geven. Prioriteit ligt bij het gebruik van HIA ter verkleining van sociaal economische gezondheidsverschillen². Verder is er een sterke relatie met 'Environmental (Health) Impact

Assessment' en 'Sustainable Development'. Er zijn een tiental pilot HIA's uitgevoerd, onder andere op stedelijke vernieuwingsprojecten, drugspreventiebeleid, een extra landingsbaan voor Manchester Airport en transportbeleid³. In 1999 is tevens een HIA training verzorgd en in 1998 en 1999 zijn twee HIA conferenties georganiseerd, alle gericht op lokale gemeente-ambtenaren en medewerkers van Local Health Authorities. Ook in andere UK regio's is er een toenemende belangstelling voor HIA^{4,5}.

In Zweden is HIA door de 'Federation of Swedish County Counsels (FSCC)' en de 'Associaton of Swedish Local Authorithies (SLA)' ingezet in het kader van een gemeenschappelijk 'Public Health' programma om volksgezondheidsvraagstukken hoger op de politieke agenda te krijgen⁶. In dit kader is in 1998 een HIA instrument ontwikkeld gericht op het beoordelen van gezondheidseffecten van beleidsvoornemens⁷. Het betreft korte vragenlijsten die ambtenaren op lokaal niveau in de dagelijkse praktijk moeten helpen de juiste vragen te stellen. Ook is een omvangrijk HIA netwerk opgericht om het gebruik van HIA te stimuleren.

3.3 HIA op nationaal niveau

De landen waar HIA vooral op nationaal niveau ontwikkeld is, zijn afgezien van Nederland, Finland, Groot Britannië, Canada en Nieuw Zeeland.

In Finland is het 'National Research and Development Centre for Welfare and Health' sinds vorig jaar een belangrijke partner in een DG-V project, dat gericht is op het verkrijgen van meer inzicht in de mechanismen waarmee *Healthy Public Policies* geïmplementeerd kunnen worden. HIA is een van de thema's van dit project. Een additionele doelstelling is het ontwikkelen van HIA capaciteit binnen het Finse Ministerie van Volksgezondheid. Begin 2000 is hiervan een publicatie verschenen⁸.

In juli 1999 is vanuit de Britse regering een *White Paper* (vergelijkbaar met een Kamerstuk) uitgebracht, waarin staat dat *major new Government policies* op gezondheidseffecten moeten worden beoordeeld (art. 4.45 in *Saving Lives: Our Healthier Nation, 1999*). De intentie is om HIA routinematig in

te zetten (art. 4.46, idem). De uitwerking van dit ingezette beleid geschiedt vooral via de inzet en de expertise van de 'Merseyside Consortium', een samenwerkingsverband in Liverpool. Daarnaast is binnen het Ministerie van Volksgezondheid formatie beschikbaar en een budget. Vanuit Liverpool is inmiddels een aantal rapporten uitgebracht. Naast een literatuuroverzicht zijn ook enkele concrete lokale projecten beschreven, bijvoorbeeld de uitbreiding van het vliegveld in Manchester. Het consortium houdt zich voor een belangrijk deel bezig met de wetenschappelijke ontwikkeling van HIA en procedures, en met kennisoverdracht van wetenschappers naar lokale beleidsfunctionarissen. Het overheidsbudget wordt grotendeels ingezet voor training van intermediairen. De Britse regering beoogt de toepassing van HIA op beleid en op projecten, zowel op nationaal als op lokaal niveau.

De activiteiten in Canada rangschikken we vanwege het federatieve staatsbestel en de schaalgrootte onder de noemer van HIA op nationaal niveau. Voortkomend uit een lange traditie met EIA worden beleidsplannen en concrete projecten onderworpen aan een impact assessment. In veel gevallen gebeurt dat voor rekening van de indiener (proponant). Tevens ontwikkelt men, vanaf 1996, vanuit een Public Health optiek (EHIA) een serie van drie *manuals* (Federal/Provincial/Territorial Committee on Environmental and Occupational Health), die eind 1999 beschikbaar zijn.

Ook in Duitsland vindt de beoordeling van gezondheidsaspecten van beleid, programma's en projecten tot nu toe plaats in het kader van de Milieu Effect Rapportages (EIA/EHIA). Sinds 1992 probeert de Conferentie van Duitse ministers van gezondheid de aandacht voor gezondheidsaspecten in EIA's te vergroten. Tot nu toe helaas met beperkt succes ⁹.

In Nieuw Zeeland ligt het vertrekpunt eveneens bij de landelijke overheid. In 1997 heeft het Ministerie van Volksgezondheid een intersectorale strategie aanbevolen ten behoeve van Public Health, maar is er nog geen formeel beleid ontwikkeld. De *National Health Committee*, die het ministerie adviseert, oriënteert zich op HIA als uitwerking van intersectoraal beleid. Concrete initiatieven zijn een gevolg van vraagstukken en verzoeken vanuit de regering en richten zich op sectoren als huisvesting, gezinsondersteuning en criminaliteitspreventie.

In Australië, ten slotte, dient een door het 'National Better Health Programme' uitgebracht rapport als richtsnoer voor de implementatie van milieu- en gezondheidseffectrapportages¹⁰.

3.4 HIA op Europees niveau

Een EU-breed erkende definitie voor EG facetbeleid of intersectoraal beleid is er niet. Het Europese volksgezondheidsbeleid staat nog in de kinderschoenen, zeker voor wat betreft facetbeleid. Toch is er ook op Europees niveau toenemende belangstelling voor HIA als instrument, met name om invulling te geven aan artikel 152 van het Verdrag van Amsterdam. Hierin stelt de Europese Commissie zich tot taak dat bij de bepaling en de uitvoering van elk beleid en elk optreden van de Gemeenschap een hoog niveau van de bescherming van de volksgezondheid wordt verzekerd¹¹. Dit is zelfs een sterkere facetbepaling dan opgenomen voor milieu¹². De invulling van artikel 152 staat momenteel hoog op de agenda van de EU Volkgezondheidsraad¹³. Het vooralsnog enige EU beleid dat met behulp van een HIA is beoordeeld op zijn effecten voor de volksgezondheid is het landbouwbeleid¹⁴. Deze HIA is uitgevoerd door het Zweedse 'National Institute of Public Health' in opdracht van de Zweedse overheid.

Een andere Europese dimensie met betrekking tot HIA speelt zich af via het Europese kantoor van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO). In haar document Health 21 heeft de WHO opgenomen dat voor 2020 alle lidstaten HIA mechanismen ontwikkeld en geïmplementeerd zouden moeten hebben. Tevens moeten zij er dan voor gezorgd hebben dat alle sectoren verantwoording afleggen voor de effecten van hun beleid en acties op de gezondheid¹⁵. In oktober 1999 is het WHO European Centre for Health Policy daarom een langetermijnproject gestart om de internationaal gefragmenteerde ervaringen met HIA bijeen te brengen en consensus te bereiken over definities, concepten en methoden om HIA te implementeren¹⁶. Dit heeft in december 1999 geresulteerd in een voorlopige versie van een 'HIA Concept and Definition Document'.

Een derde Europese ontwikkeling is de in juni 1999 gehouden Ministeriële Conferentie Milieu en Gezondheid in Londen. Op deze door de WHO georganiseerde conferentie met ministers van Gezondheid en Milieu uit 51 landen zijn

vergaande stappen gezet met betrekking tot het gebruik van HIA bij de beoordeling van gezondheidsaspecten van water- en transportbeleid. Ter voorbereiding zijn twee omvangrijke HIA projecten uitgevoerd: 'Health Costs due to Road Traffic-related Air Pollution' en de voorbereiding van de 'European charter on Transport, Environment and Health'.

3.5 Overige ontwikkelingen

De Wereldbank heeft reeds lang ervaring met milieu en sociale effect rapportages van beleid en projecten die door de bank worden gefinancierd. Ook dit invloedrijke instituut is er zich in toenemende mate van bewust dat gezondheidseffecten daarbij dienen te worden meegenomen in een zo vroeg mogelijk stadium van beleids- en projectontwikkeling. In haar update van het 'Environmental Assessment Sourcebook' wordt geconcludeerd dat gezondheids- en veiligheidsaspecten systematischer dienen te worden meegenomen in Milieu Effect Rapportages¹⁷.

Noten

- ¹ International Association for Impact Assessment.
- ² The annual report of Directors of Public Health on Merseyside, 1999.
- ³ Scott-Samuel, A., M. Birley, K. Ardern. The Merseyside Guidelines for health Impact Assessment, Merseyside Health Impact Assessment Steering Group, 1998.
- ⁴ National Assembly for Wales. Developing health impact assessment in Wales
- ⁵ Milner, S., G. Marples. Policy Appraisal and Health Project, Phase 1 – A, Literature Review.
- ⁶ Eurohealth '98, vol 4, no. 3; Gothenburg, 1999.
- ⁷ Focusing on Health – How can the health impact of policy decisions be assessed? Federation of Swedish County Counsels, Association of Swedish Local Authorities, 1998.
- ⁸ Koivusalo, M. en P. Santalahti. Healthy Public Policies in Europe Integrating health in other policies. Final report. Helsinki: GASPP, Occasional Papers, 2000.
- ⁹ Draft report, 2nd version 'Health Impact Assessment of Transportation – The Regional Perspective',

- Scientific meeting, May 17-18, 1999, Bielefeld, Germany
- ¹⁰ Ewan, C., A. Young, E. Bryant, D. Calvert. Framework for Environmental and Health Impact assessment. Canberra National Health and Medical Research Council, Australian Government Publishing Service, 1994.
- ¹¹ In het Engels ‘a high level of human health protection shall be ensured in the definition and implementation of all Community policies and activities’.
- ¹² De facetbepaling voor milieu luidt: “de eisen inzake milieubescherming moeten worden geïntegreerd in de omschrijving en het optreden van de Gemeenschap, als bedoeld in artikel 3, in het bijzonder met het oog op het bevorderen van duurzame ontwikkeling” (art 6 EG Verdrag).
- ¹³ Kamerstuk 21501-19, nr. 39.
- ¹⁴ Dahlgren, D., P. Nordgren, M. Whitehead. Health Impact Assessment of the EU Common Agricultural Policy, National Institute of Public Health, 1997: 36.
- ¹⁵ WHO, Health 21 – target 14, subtext: By the year 2020 all Member States ‘should have established mechanisms for health impact assessment and ensured that all sectors become accountable for the effects of their policies and actions on health’.
- ¹⁶ The Leo Kaprio Workshop on Health Impact Assessment: from theory to practice, WHO, Nordic School of Public Health, Gothenburg, 28-30 October 1999.
- ¹⁷ Environmental Assessment Update Sourcebook - Health Aspects of Environmental Assessment, Environment Department, The World Bank, July 1997.

Bijlagen

Bijlage 1

Literatuur

Ankoné, A. Samenwerking ver te zoeken: interview met Rogier van Boxtel. ZetN, maart 1999, p. 4-8.

Anonymous. Samenwerken aan complete steden: minister van Boxtel gaat voor win-win-situaties. Grotestedenbeleid, oktober 1998, no. 3.

Barendregt, J.J.M., L.G.A. Bonneux en P.J. van der Maas. De medische kosten van roken. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 1998, no. 142, p. 787-793.

Barendregt, J.J.M. en L.G.A. Bonneux. Degenerative diseases in an aging population; models and conjectures. Enschede: Tebodruk, 1999.

Bogaard, J.H.M. van den. Determinanten van gezondheid: over-zichtstudie van de relatie tussen woonsituatie en gezondheids-beleving. GVO-rapport 113. Rotterdam: GGD Rotterdam, 1990.

Boon, M.H. Inleiding: 'motieven voor een samenhangend beleid'. In: Verslag werkconferentie 'Integrale Zorgaanpak in achterstands-wijken, Nieuwegein, 25 maart 1999. Zwolle: Landelijk Centrum Opbouw-werk, 1999.

Bos, G.A.M. van den, M.E. Lenior. Sociale ongelijkheid in chronische aandoeningen, beperkingen zorggebruik. Amsterdam: Instituut voor Sociale Geneeskunde, 1991.

Bosma, M.W.M. en C.M.H. Hosman. Preventie op waarde geschat: een studie naar de beïnvloeding van determinanten van psychische gezondheid. Nijmegen: Bureau Beta, 1990.

Broer, J., B. Meyboom-de Jong en T. van der Molen. Nieuwe mogelijkheden om te stoppen met roken: actievere rol van artsen gewenst. Medisch Contact, 1999, no. 35, p. 1159-1162.

Cavelaars, A.E.J.M. Internationale vergelijkingen van sociaal-economische verschillen in gezondheidsindicatoren. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 1998.

Charlton, B.G. Is inequality bad for the national health?
Lancet, 343, 1994, no. 8891, p. 221-222.

Commissie Versterking Collectieve Preventie
Volksgezondheid. Gemeentelijk gezondheidsbeleid: 'Beter op
zijn plaats'. Advies van de Commissie Versterking Collectieve
Preventie (Commissie-Lemstra). Rijswijk: Ministerie van
Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 1996.

Cosijn, J. Het gezonde steden project: achtergronden en
praktijk. Assen/Maastricht: Van Gorcum/uitgeverij voor
gezondheidsbevordering i.s.m. Steunpunt Netwerk Gezonde
Steden, Eindhoven, 1992.

Dekker, E. en B. Wijnberg (red.) Gezondheidsbeleid: over de
grenzen van de gezondheidszorg. Reeks gezondheidsbeleid,
deel 1. Alphen a/d Rijn: Samson/Stafleu, 1986.

Dekker, E. en T.E.D. van der Grinten. Tien jaar facetbeleid:
terugblik en perspectief. Tijdschrift voor Sociale
Gezondheidszorg, 1995, no. 7, p. 484-492.

Dekker, E. en M. Stadlander. Staatssecretaris Simons wil
preventie versterken: de notitie 'Preventiebeleid voor de
volksgezondheid'. Medisch Contact, 1992, no. 49, p. 1445-
1448.

Dijk, J. van, D.M. Matthesius en R. Stewart. Intersectoral
Health Policy: the local governments blind spot? Prague:
EUPHA, 1999.

Galjaard, H. Alle mensen zijn ongelijk: de verschillen en over-
eenkomsten tussen mensen: hun erfelijke aanleg, gezondheid,
gedrag en prestaties. Amsterdam: Balans, 1994.

Gepkens, A. en L.J. Gunning-Schepers. Interventies bij
sociaal-economische gezondheidsverschillen. Nederlands
Tijdschrift voor Geneeskunde, 138, 1994, no. 25, p. 1262-
1264.

Gezondheidsraad. Omgeving en gezondheid: modellen,
meningen, maatregelen: verslag van een symposium ter
gelegenheid van het afscheid van prof. dr. L. Ginjaar als
voorzitter van de Gezondheidsraad Den Haag, 1 april 1996,
Ridderzaal. Rijswijk: Gezondheidsraad, 1996.

Gezondheidsraad. Committee on The Health Impact of Large Airports. Grote luchthavens en gezondheid. (Deze publicatie is een onder verantwoordelijkheid van het secretariaat van de Gezondheidsraad vertaald rapport "Public health impact of large airports"), Den Haag: Gezondheidsraad, 1999.

Gooskens, J.T.A.E., N. Kornalijslijper en A.W.M. Meier. Een gezonde stad... zo doe je dat! GGD-Nieuws, oktober 1997, p. 3-7.

Groot, B.J.A. en M Keverling. Gezondheid en leefomgeving. GGD-Nieuws, december 1994, p. 5-8.

Goumans, M.J.B.M. Innovations in a Fuzzy Domain: Healthy Cities and (Health) Policy Development in the Netherlands and the United Kingdom. Maastricht: Universiteit van Maastricht, 1998.

Gunning-Schepers, L. De Nota 2000 ter discussie. Gezondheid en beleid: notities van een waarnemer. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg, 1987, no. 6, p. 171-172.

Herten, L.M. van, S.A. Reijneveld, M.W. de Kleijn-de Vrankrijker. Gezondheid in al haar facetten: achtergrondstudie gezondheid buiten de gezondheidszorg. Leiden: TNO Preventie en gezondheid, 2000.

Heuvel, W.J.A., M. van den Mulder en R. Sanderma. Determinanten van Gezondheid: beïnvloedingsmogelijkheden en effecten. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, vakgroep gezondheids-wetenschappen, 1995.

Houwaart, E.S. De Hygiënisten, artsen, staat & volksgezondheid in Nederland 1840-1890. Groningen: Historische uitgeverij Groningen, 1991.

Huurman, J.G.J. Kiemende korrels op (on)vruchtbare grond. Evaluatie ondersteuningsfunctie facetbeleid. Den Haag: s.n., 2000.

Huurman, J.G.J. De staart kwispelt met de hond. Vervolgonderzoek ex-ante toetsen. Den Haag: s.n., 2000

Inspectie voor de Volksgezondheid. Gemeentelijke betrokkenheid bij collectieve preventie. Rijswijk: Inspectie voor de Volksgezondheid, oktober 1995.

Interdepartementale Commissie Harmonisatie Wetgeving (ICHW). Vooraf getoetst: een analyse van ex ante evaluatie-instrumenten bij de rijksoverheid. Eindrapport ICHW-werkgroep ex ante evaluatie instrumenten. Den Haag: ICHW, 1999.

Jansen, M. Voorkomen is beter dan genezen: gezondheidsrelevant beleid bij de rijksoverheid. Rotterdam: Erasmus Universiteit, 1997.

Joosten, J. De invloed van klasse, status en burgerschap op subjectieve gezondheid. Maastricht: Universitaire pers Maastricht, 1995.

Koeter-Kemmerling, L.G., J.P. van Dijk en L.J. Middel. Determinanten van gezondheid: inventarisatie van Nederlands onderzoek naar leefwijzen en maatschappelijke omgevingsfactoren ten behoeve van de onderzoeksprogrammering op deze terreinen. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1987.

Koivusalo, M. en Santalahti, P. Healthy Public Policies in Europe. Integrating health in other policies. Final Report. Helsinki: GASPP, occasional papers no. 5, 1999.

Kunst, A.E. Internationale vergelijking van sociaal-economische verschillen in sterfte. Rotterdam: Erasmus Universiteit, 1997.

Langeveld, H.M., A.H.M. Kerkhoff en H.M.N. Emanuel-Vink. Intervenieren in de determinanten van gezondheid: overwegingen vooraf. Assen: Van Gorcum, 1995.

Landelijke Vereniging voor GGD'en. Gezondheidseffectscreening milieu en gezondheid. Fase 1: ontwikkeling GES Stad & Milieu. Utrecht: LVGGD, 1998.

Loch, K. Health impact assessment. British Medical Journal, 230, 2000, p. 1395-1398.

Lucht, F. van der en J. Jansen. Beleidsafhankelijke determinanten van enkele belangrijke gezondheidsproblemen en bijbehorende beleidsactoren. Bilthoven, RIVM, 1999.

Maas, P.J. van der. Lang zullen we leven?: over volksgezondheid, vergrijzing en vervuiling. Rotterdam: Erasmus Universiteit, 1989.
Mackenbach, P. Ongezonde verschillen: over sociale stratificatie en gezondheid in Nederland. Assen: Van Gorcum, 1994.

Mackenbach, J.P. Sociaal-economische gezondheidsverschillen. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 138, 1994, no. 25, p. 1259-1261.

Mackenbach, J.P. Tackling inequalities in health. Great need for evidence based interventions. British Medical Journal, 310, 1995, p. 1152-1153.

Meer, J.M. van der. Sociaal-economische verschillen in het gebruik van gezondheidszorg en in het beloop van gezondheidsproblemen. Amsterdam: Thesis, 1998.

Mheen, H. van de. Ongelijkheid in gezondheid, wordt vervolgd?: een levensloopperspectief op sociaal-economische gezondheidsverschillen. Wageningen: Ponsen & van Looijen, 1998.

Ministerie van Binnenlandse Zaken. Grotestedenbeleid, Convenant Rijk - G4. Den Haag: Ministerie van Binnenlandse Zaken, 1995.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Gezond en Wel, kader van het volksgezondheidsbeleid 1995 – 1998. Rijswijk: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 1995.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Voortgangsrapportage PC SEGV II, brief aan de voorzitter van de Tweede Kamer inzake de voortgangsrapportage over de programmacommissie SEGV. Rijswijk: Ministerie van VWS, 19 december 1996.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Hoofdpijnen adviezen Basistaken Collectieve Preventie. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 1998.

Ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer. Stad & Milieu: 25 experimenten Stad & Milieu. Informatiemap ministerie van VROM. Den Haag: Ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer, januari 1999.

Ministerie van VROM, ministerie van EZ, ministerie van LNV en Ministerie van V&W. Nota Milieu en economie, op weg naar een duurzame economie. Den Haag, 1997.

Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Ontwerp-Kerndocument gezondheidsbeleid voor de jaren 1990 – 1995. Rijswijk: Ministerie van WVC, 1987.

Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Nota Werken aan Zorgvernieuwing. Rijswijk: Ministerie van WVC, 1990.

Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Nota Preventiebeleid voor de Volksgezondheid: praktische keuzen voor de jaren 90. Rijswijk: Ministerie van WVC, 1992.

Nationale Commissie Chronisch Zieken. 3 Jaar Zorgstad: mogelijkheden voor lokaal beleid voor chronisch zieken. Zoetermeer: NCCZ, 1997.

Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Kantekeningen bij de Nota 2000. Zoetermeer: NRV, 1987.

Netherlands School of Public Health. Evaluatierapport 'Ondersteuningsfunctie Facetbeleid'. Utrecht: NSPH, 1997.
Netherlands School of Public Health. GER
Tabaksontmoedigingsbeleid. Utrecht: NSPH, 1998.

Netherlands School of Public Health. GES
Tabaksontmoedigingsbeleid. Utrecht, NSPH, 1997.

Netherlands School of Public Health. Rapportage Screening Rijksbegroting 1997. Utrecht: NSPH, 1997.

Netherlands School of Public Health. Samenvatting van het Evaluatierapport Ondersteuningsfunctie Facetbeleid. Utrecht: NSPH, 1997.

Nijhuis, H.G.J. Voorwaarden voor vernieuwing van public health: een wetenschaps- en maatschappijtheoretisch perspectief. Utrecht: Universiteit Utrecht, 1994.

NIVEL. Tweede Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de huisartspraktijk'. Utrecht: NIVEL, 1998.

Otten, F.W.J. en J.J.G. Smeets. Work-Related Stress and Absenteeism in the Netherlands. International Journal of health sciences, 1995.

Paes, M. Zorg op menselijke maat: over de positie en rol van gezondheidscentra in achterstandsbuurtten. Serie Buurt en Gezondheid. Zwolle: Landelijk Centrum Opbouwwerk, 1999.

Platform openbare gezondheidszorg. Spelen op de winst, een visie op de openbare gezondheidszorg. Den Haag: s.n., 2000.

Putters, K. Gezondheidseffectscreening: rationele modellen in hun bestuurlijke context. Rijswijk: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Sport, 1996.

Putters, K en T.E.D. van der Grinten. Facetbeleid en gezondheidseffectscreening: de bestuurlijke inbedding van een gezondheidskundig instrument. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg, 1998, no. 76, p. 258-262.

Putters, K. Health Impact Assessment as an Instrument for 'Healthy Public Policies'. In: Healthy Public Policies in Europe. – integrating health in other policies. Seminar Proceedings. Helsinki: GASPP Occasional Paper, no. 6, 1999.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Met zorg wonen, deel 1: de relatie tussen gezondheidszorg, dienstverlening en huisvesting. Zoetermeer: RVZ, 1997.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Met zorg wonen, deel 2: naar nieuwe samenhang tussen gezondheidszorg, dienstverlening en huisvesting. Zoetermeer: RVZ, 1998.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Samenwerken aan openbare gezondheidszorg. Zoetermeer: RVZ, 1999.

Raad voor Gezondheidsonderzoek. Advies Prioriteiten voor preventieonderzoek. Den Haag: RGO, 1996.

Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling. Kwaliteit in de buurt. Rijswijk: RMO, 1997.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne. Volksgezondheid Toekomstverkenning 1997: verslag conferentie 26 april 1995 Polmanshuis. Utrecht: S.n., 1995.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997: De som der delen. Utrecht: Elsevier/De Tijdstroom, 1997.

Rijksuniversiteit Groningen. Van onderzoek naar praktijk: verslag van een studiemiddag van de programmacommissie Determinanten van de gezondheid, Ede, 20 juni 1991. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, vakgroep gezondheidswetenschappen, 1992.

Roscam Abbing, E.W., L. Smits en B. Tax. Gezondheidseffect-screening: verkennend rapport en verslag van een workshop. Rijswijk: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Sport, 1995.

Roscam Abbing, E.W. Gezondheid te vaak ondergeschikt aan economie. NRC Handelsblad, 8 april 1992.

Schaapveld, K., E.W. Bergsma, J.K.S. van Ginneken, H.P.A. van de Water. Setting priorities in prevention. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid, 1990.

Schrijvers, C. Socioeconomic inequalities in cancer survival in the Netherlands and Great Britain: small-area based studies using cancer registry data. Rotterdam: Erasmus Universiteit, 1996.

Smith, D.G., J.N. Morris en M. Shaw. The independent inquiry into equalities in health: is welcome, but its recommendations are too cautious and vague. British Medical Journal, 317, 1998, p. 1465-1466.

Spermon, M. Gezond in de wijk: wijkgericht werken aan vermindering van sociaal economische gezondheidsverschillen. Den Haag: Vereniging van Nederlandse Gemeenten, 1998.

Sociaal-economische status, gezondheid en medische consumptie. S.l.: Centraal bureau voor de statistiek, 1991.

Sociale zekerheid en gezondheidszorg. Den Haag: Sociaal Economische Raad, 1999.

Stronk, K. Sociaal-economische gezondheidsverschillen: individuele keuze of sociale omstandigheden?. Rotterdam, Erasmus Universiteit, 1997. Proefschrift.

Tackling inequalities in health: an agenda for action. Redactie: M. Benzeval, K Judge en M Whitehead. Kings Fund, april 1995.

Taket, R.A. Making partners, Intersectoral action for health. Proceedins and outcome of a joint working group on intersectoral action for health. Utrecht, 30 november – 2 december 1988. Rijswijk: Ministerie van WVC, 1990.

Teng, T.O., M.E. Adams, J.S. Pliskin et al. Five-hundred lifesaving interventions and their cost effectiveness. Risk Anal, 1995, nr 15, p. 369-390.

Tuinstra, J. Health in adolescence: an emperical study of social inequality in health, health risk behaviour and decision making styles. Groningen: Stichting drukkerij Regenboog, 1998.

Tweede Kamer der Staten Generaal. Gezond en Wel : Het kader van het volksgezondheidsbeleid 1995-1998. Den Haag: SDU, vergaderjaar 1994-1995. No. 24 126-1, 2, 3.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Memorie van Toelichting Wijziging van de Tabakswet. Den Haag, SDU, vergaderjaar 1998-1999, No. 26 472-3.

Tweede Kamer der Staten Generaal. Nota 2000. Den Haag: SDU, vergaderjaar 1985-1986. No. 19 500-1, 2.

Tweede kamer der Staten Generaal. Nota over de toestand van 's Rijks Financiën. Den Haag: SDU, vergaderjaar 1998-1999. No. 26 200-5.

Tweede Kamer der Staten Generaal. Openbare Gezondheidszorg. Den Haag: SDU, vergadering 1998-1999. No. 26 598.

Tweede Kamer der Staten Generaal. Preventiebeleid voor de Volksgezondheid. Brief aan de voorzitter van de Tweede

Kamer inzake het standpunt over het rapport 'Gemeentelijk gezondheidsbeleid beter op zijn plaats'. Den Haag: SDU, vergaderjaar 1996-1997. No. 22 894-13.

Tweede Kamer der Staten Generaal. Preventiebeleid voor de volksgezondheid. Den Haag: SDU, vergaderjaar 1992-1993. No. 22 894-1, 3,7.

Tweede Kamer der Staten Generaal. Rijksbegroting. Den Haag: SDU, vergaderjaar 1998-1999. No. 26 200.

Tweede Kamer der Staten Generaal. Sociale vernieuwing. Den Haag: SDU, vergaderjaar 1989-1990. No. 21 455-4.

Tweede Kamer der Staten Generaal. Sociale zekerheid en zorg. Den Haag: SDU, vergaderjaar 1996-1997. No. 25 253-1.

Tweede Kamer der Staten Generaal. Tijdelijke bepalingen ter stimulering en bekostiging van sociale vernieuwing (Tijdelijke wet stimulering sociale vernieuwing). Den Haag: SDU, vergaderjaar 1992-1993. No. 23 052-3.

Tweede Kamer der Staten Generaal. Volksgezondheidsbeleid 1995 – 1998. Brief aan de voorzitter van de Tweede Kamer. Den Haag: SDU, vergaderjaar 1995-1996. No. 24 126-14.

Tweede Kamer der Staten Generaal. Werken aan zorgvernieuwing. Den Haag: SDU, vergaderjaar 1998-1999. No. 21 545-1.

Tweede Kamer der Staten Generaal. Wijziging van de Drank- en Horecawet. Den Haag: SDU, vergaderjaar 1997-1998. No. 25 969-3, 5.

Vereniging Nederlandse Gemeenten. Gezond in de Wijk. Redactie: M. Spermon, S. Seelen en M. Bergmans. Den Haag: VNG, 1998.

Wal, M.F. van der. Etnische ongelijkheid in gezondheid bij kinderen: een epidemiologische studie binnen de jeugdgezondheidszorg van Amsterdam bij kinderen van 0 - 14 jaar.. Utrecht: s.n., 1997. Proefschrift.

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. Rapport Volksgezondheid. Den Haag: WRR, 1997.

Whitehead, M. en G. Hahlgren. What can we do about inequalities in health? The Lancet, 338, 1991, p. 1059-1063.

Winsemius, P. Gast in eigen huis: beschouwingen over milieumanagement. Alphen a/d Rijn: Samson Tjeenk Willink, 1986.

Zwart, W.M. de. GES Drank- en Horeca Wet. Trimbos Instituut in opdracht van de NSPH. Utrecht: NSPH, 1997.

Bijlage 10

Overzicht publicaties RVZ

De publicaties zijn te bestellen door overmaking van het verschuldigde bedrag op bankrekeningnummer 160170400 t.n.v. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg te Zoetermeer, o.v.v het desbetreffende publicatienummer. Een jaarabonnement op de publicaties kost f 325,-.

Adviezen en achtergrondstudies

99/23	Gezond zonder zorg: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij Gezond zonder zorg)	20,00
99/22	Allochtone cliënten en geestelijke gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Interculturalisatie van de gezondheidszorg)	20,00
99/21	Interculturalisatie van de gezondheidszorg	25,00
99/20	Gezondheid in al haar facetten (TNO-achtergrondstudie bij Gezond zonder zorg)	20,00
99/19	Gezond zonder zorg	20,00
99/18	Over e-health en cybermedicine (achtergrondstudie bij Patiënt en Internet)	35,00
99/17	Patiënt en Internet	20,00
99/16	Gender en professionals in de gezondheidszorg: resultaten van een expertmeeting (achtergrondstudie bij Professionals in de gezondheidszorg)	20,00
99/15	Professionals in de gezondheidszorg	40,00
99/14	De Nederlandse zorgverzekering in het licht van het recht van de EG (achtergrondstudie bij Europa en de gezondheidszorg)	25,00
99/13	Het Nederlandse gezondheidszorgstelsel in Europa: een economische verkenning (achtergrondstudie bij Europa en de gezondheidszorg)	25,00
99/12	The role of the European Union in Healthcare (achtergrondstudie bij Europa en de gezondheidszorg)	25,00
99/11	Een nieuw drugsbeleid? Voor- en nadelen van de legalisering van drugs	30,00
99/10	Europa en de gezondheidszorg	25,00
99/10E	Europe and health care	30,00

99/09	Ethiek met beleid	25,00
99/06	Technologische, juridische en ethische aspecten van biotechnologie (achtergrondnota bij Octrooiering biotechnologie)	25,00
99/05	Octrooiering biotechnologie	30,00
99/04	Koppelings- en sturingsmechanisme: vergelijkende sectorstudie (achtergrondstudie bij Verslavingszorg herijkt)	25,00
99/03	Dossier verslaving en verslavingszorg (achtergrondstudie bij Verslavingszorg herijkt)	25,00
99/02	Verslavingszorg herijkt	25,00
98/10	Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Samenwerken aan openbare gezondheidszorg)	25,00
98/09	Samenwerken aan openbare gezondheidszorg	25,00
98/08	Zelftests	25,00
98/07	Maatschappelijk ondernemen in de zorg (achtergrondnota bij Tussen markt en overheid)	25,00
98/06	Tussen markt en overheid	20,00
98/05	Transmurale zorg: redesign van het zorgproces (achtergrondstudie bij Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief)	20,00
98/04	Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief	25,00
98/01	Naar een meer vraaggerichte zorg	30,00
97/20	Besturen in overleg	30,00
97/19	Verzekeraars op de zorgmarkt	20,00
97/18	Stimulering doelmatig gedrag (achtergrondnota bij Prikkels tot doelmatigheid)	20,00
97/17	Prikkels tot doelmatigheid	20,00
97/16	De ggz als vuilharmonisch orkest (essay)	10,00
97/15	Betaalbare kwaliteit in de geneesmiddelenvoorziening (achtergrondstudie bij Farmaceutische zorg)	25,00
97/14	Farmaceutische zorg (door arts en apotheker)	25,00
97/13	Geestelijke gezondheidszorg in de 21e eeuw (achtergrondstudies)	40,00
97/12	Met zorg wonen, deel 2: Naar een nieuwe samenhang tussen gezondheidszorg, dienstverlening en huisvesting	40,00
97/11	Geestelijke gezondheidszorg in de 21e eeuw	20,00
97/10	Medische hulpmiddelen	30,00

97/09	De toekomst van de AWBZ	30,00
97/07	Beter (z)onder dwang (achtergrondstudie)	20,00
97/06	Beter (z)onder dwang	25,00
97/05	Met zorg wonen, deel 1: De relatie tussen gezondheidszorg, dienstverlening en huisvesting	25,00
97/04	Internationale dimensie volksgezondheids- beleid	25,00
97/03	Waardebepaling geneesmiddelen als beleidsinstrument	25,00
96/13	Thuis in de ggz (achtergrondstudie)	25,00
96/12	Thuis in de ggz	30,00
96/11	Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming	25,00
96/10	Strategische beleidsvragen zorgsector	15,00
96/09	Informatietechnologie in de zorg	30,00
96/08	Stand van zaken: preventie en ouderen (achtergrondstudie)	25,00
96/07	Preventie en ouderen	25,00
96/06	Fysiotherapie en oefentherapie	20,00
96/05	Herverdeling onbetaalde zorgarbeid	15,00
96/04	Sociale zekerheid en zorg	20,00
96/03	Persoonlijke levenssfeer: privacy in verpleeghuizen	20,00
96/02	Planning en bouw in België en Duitsland	15,00
96/01	Programmatistische jeugdzorg	20,00

Bijzondere publicaties

99/08	Trendanalyse	gratis
99M/01	Van Biotech Bay en Biotech Beach tot Genetown	30,00
95/WZV	Een nieuw accommodatiebeleid voor de zorgsector: advies over de herziening van de Wet ziekenhuisvoorzieningen	15,00
- -	Volksgezondheid met beleid	gratis

Advies Zorgarbeid in de toekomst
(ISBN 90-399-1535-0) 39,50

Achtergrondstudie Zorgarbeid in de toekomst
(ISBN 90-399-1536-9) 39,50

De publicaties Zorgarbeid in de toekomst zijn te
bestellen bij SDU-uitgevers, Servicecentrum/Verkoop
postbus 200014, 2500 EA Den Haag,
telefoonnummer 070 378 98 80, fax 070 378 97 83

Werkprogramma's

99/07	Werkprogramma RVZ 2000	gratis
98/03	Werkprogramma RVZ 1999	gratis
97/08	Adviesprogramma RVZ 1998	gratis
97/01	Adviesprogramma RVZ 1997	gratis

Jaarverslagen

00/01	Jaarverslag 1999	gratis
99/01	Jaarverslag 1998	gratis
98/02	Jaarverslag 1997	gratis
97/02	Jaarverslag 1996	gratis

Magazines

98M/01	Magazine bij het advies Met Zorg wonen, deel 2	3,50
98M/02	Magazine bij het advies Geestelijke Gezondheidszorg	3,50

