

# Grote steden en gezondheidsbevordering

door Miranda Pronk

**G**ezondheid wordt door de meeste mensen gezien als één van de belangrijkste waarden in het leven. Hierbij gaat het niet alleen om de lichamelijke, maar ook om de geestelijke en sociale gezondheid: het welbevinden. Problemen op het sociale en maatschappelijke vlak vertalen zich vaak in lichamelijke en geestelijke problemen. Daarom is het belangrijk om te zorgen dat alle mensen een actief onderdeel van onze samenleving uitmaken, zodat problemen opgelost en voorkomen kunnen worden. Voornemens hier toe zijn te vinden in het regeerakkoord, in het convenant dat in december 1998 door een aantal grote steden en de minister van grote-stedenbeleid is ondertekend, en bijvoorbeeld in het Jaaroverzicht Zorg (1998) van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). VWS legt een grote nadruk op het bereiken van een efficiënter werkend gezondheidszorgsysteem. Er is ook groeiende aandacht voor het voorkomen van aandoeningen. Dit laatste onderwerp is nauw verbonden met gezondheidsbevordering. Gezondheidsbevordering is te omschrijven als alle activiteiten die erop gericht zijn individuele burgers de mogelijkheid te geven de factoren die invloed hebben op hun gezondheid te beheersen en daardoor hun gezondheid te verbeteren. Het gaat hierbij niet alleen om bijvoorbeeld een 'Let op vet'- of Aids-campagne, maar ook om zaken als gezonde woonruimte en voldoende sociale voorzieningen.

## Grote-stedenbeleid

Het is algemeen bekend dat de problemen, ook gezondheidsproblemen, rond speciale aandachtsgroepen, bijvoorbeeld jeugd, ouderen en allochtonen, zich met name in de grote steden concentreren. Omdat de grote steden zich met het bovengenoemde convenant hebben verplicht om actief te werken aan verbetering van hun sociale, fysieke en economische structuur lijkt het niet meer dan logisch om volksgezondheidsbeleid hierin te integreren. Bijvoorbeeld door de ontwikkeling van een visie op de gezondheid van de burgers in de eigen stad te stimuleren. In het kort is het doel van het grote-stedenbeleid de werkgelegenheid verbeteren; de veiligheid op straat terugbrengen; de inburgering

*Tijdens het voorjaarscongres organiseerde de SWB-werkgroep Volksgezondheid een fringe meeting met de titel 'Democratische gezondheidsbevordering in grote steden'. In dit artikel gaat werkgroepslid Miranda Pronk dieper op dat onderwerp in. Na een korte beschrijving van gezondheid en gezondheidsbevordering, grote-stedenbeleid en het sociale, financiële en theoretische kader volgt een beschouwing over de mogelijke meerwaarde van integratie van verschillende beleidsgebieden en worden er aanbevelingen gedaan.*

ring van migranten stimuleren en de leefbaarheid weer op peil brengen. Aan de hand van een convenant dat 17 december 1999 is ondertekend door de minister van grote-stedenbeleid en 25 grote (en minder grote) steden, stellen de steden afzonderlijk ontwikkelingsprogramma's op. Het is de bedoeling dat de gemeenten in de uitvoering fungeren als regisseur door aanwijzingen te geven, te stimuleren en adviseren. Het rijk is voorwaardenscheppend, het kent de middelen toe op basis van gedegen onderzoek en kritische beoordeling van de ontwikkelingsplannen. Er zijn kritische kanttekeningen te plaatsen bij de praktische werking van het grote-stedenbeleid, met name waar het gaat om gezondheidsbevordering omdat resultaten op dat gebied moeilijk zichtbaar te maken zijn. De mate van succes van het grote-stedenbeleid hangt vooral af van de inzet die de gemeenten willen leveren. De stadsbestuurders zullen in de eerste plaats bij hun bewoners, bedrijven en andere partners, zoals zorgaanbieders, te rade moeten gaan om precies te weten waar de problemen zitten.

## Theoretisch kader

De toenmalige Canadese minister van Gezondheid Marc Lalonde gaf in 1974 een aanzet tot een integrale beleidsvisie op gezondheid. Hij formuleerde een model dat uitgaat van vier factoren (determinanten) die van invloed zijn op de gezondheid en op elkaar, te weten: biologische - waaronder erfelijke - factoren, fysieke omgeving, maatschappelijke omgeving en leefwijzen.<sup>1</sup> Buiten deze factoren is ook de gezondheidszorg als factor in zijn model opgenomen. Bij elk van deze factoren heeft Lalonde concrete aangrijpingspunten voor behoud en verbetering van de volksgezondheid ondergebracht. Bij fysieke omgeving kunnen bijvoorbeeld kwaliteit van de huisvesting en conditie van het oppervlaktewater ondergebracht worden. Sinds 1974 is het model in tal van nationale en internationale beleidsdocumenten terug te vinden. In het Nederlandse gezondheidsbeleid bijvoorbeeld in de Nota 2000. Veel van de door Lalonde genoemde aangrijpingspunten liggen buiten de sector volksgezondheid. Dit betekent dat het belangrijk is dat ook andere sectoren oog hebben voor gezondheidsaspecten. Men noemt dit facetbeleid of intersectoraal beleid.

Miranda Pronk is gezondheidswetenschapper en doet promotie-onderzoek naar verbetering van de organisatorische randvoorwaarden in de openbare apotheek voor het geven van voorlichting aan patiënten en cliënten.

1) Lalonde, M. (1974) A new perspective on the health of Canadians. A working document. Ottawa: Government of Canada.



Invulling van het model van Lalonde op nationaal niveau zou er als volgt uit kunnen zien:

De factor gezondheidszorg valt onder VWS. Bij fysieke omgeving kan men denken aan de woon- en werksituatie, waar de ministeries van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeleid (VROM) en Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) invulling aan kunnen geven. Bij maatschappelijke omgeving kan gedacht worden aan sociale netwerken, maar ook aan werkgelegenheid. Hier zouden grote-stedenbeleid en SZW beide een rol kunnen spelen. Bij leefwijzen denkt men vooral aan bijvoorbeeld roken, drinken, voeding en sport. Preventie van ongezonde leefwijzen is ook een onderwerp dat VWS voor haar rekening neemt.

Op lokaal niveau kan men een soortgelijke invulling met wethouders en raadscommissies geven, waarbij dan de belangrijkste rol van grote-stedenbeleid ligt in een bevordering van de integratie van de verschillende beleidsterreinen binnen de gemeenten. Een voorbeeld hiervan is door bij het bouwen van een nieuwe wijk niet alleen te onderzoeken hoe er zo efficiënt mogelijk gebouwd kan worden, maar ook hoe prettig mensen in een dergelijke wijk zullen wonen, met het oog op de aanwezige ruimte en voorzieningen. Volkshuisvesting en volksgezondheid moeten hierin samen een optimaal resultaat nastreven.

### *Juridische en financiële aspecten*

Met de invoering van de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid in 1989 is de verantwoordelijkheid voor het lokale preventie-gerichte gezondheidsbeleid bij de gemeenten gelegd. Voor collectieve preventie is een bedrag van ongeveer 500 miljoen gulden uitgetrokken. Van dat geld moeten onder meer de jeugdgezondheidszorg en de vaccinatie gefinancierd worden, maar ook gezondheidsbevorderende maatregelen. Tegenover dat laatste stelt deze wet echter geen extra geld en bevoegdheden. Dat bleek ook op het congres 'Collectieve preventie zonder vrijblijvendheid' dat in oktober 1998 georganiseerd werd en waar vertegenwoordigers van VWS, de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) en de Landelijke Vereniging Van Gemeentelijke Gezondheidsdiensten (LVGGD) aanwezig waren. Door deze partijen werd onderkend dat de nieuwe wet vaag is. Ervaringen waren dat er geen specifieke middelen en te weinig bestuurlijke steun voor een goede uitvoering is. Echt intersectoraal beleid, zoals ook Lalonde voorstaat, blijkt bijna niet van de grond te komen. Een verklaring is dat gezondheid voor gemeenten geen doel op zichzelf is. Gezondheidsbevordering is wel een belangrijk middel om de algemene doelen, zoals economische groei, van de gemeenten te bereiken. Gemeentelijke Gezondheidsdiensten moeten dus zo goed mogelijk aangeven hoe ze hieraan kunnen bijdragen.

### *Meerwaarde?*

Gezondheid en gezondheidsbevordering vallen onder het ministerie van VWS, terwijl grote-stedenbeleid gehuisvest is bij het ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties. Kan een intensieve samenwerking van deze twee ministeries een meerwaarde bieden ten opzichte van inspanningen van de twee afzonderlijk? Vooral lokale gezondheidsbevordering blijkt niet goed van de grond te komen, zo bleek ook op de fringe meeting. Met het grote-stedenbeleid probeert de overheid de grote steden op een gestructureerde, intersectorale wijze aan te zetten hun leefmilieu te verbeteren. In de verbeteringsplannen zou ook de lokale gezondheids-

bevordering kunnen worden geïntegreerd. Het zou werkelijk tot structurele verbetering kunnen leiden als tegelijkertijd naar de sociale, fysieke, economische en gezondheidsbevorderende structuur gekeken wordt. Een voorbeeld hiervan is in Rotterdam het plan om schoolgebouwen ook als ontmoetings- en cursusplaats voor volwassenen te gebruiken: hier kunnen mensen elkaar ontmoeten op een plaats dichtbij huis, ze kunnen er een opleiding volgen en leren over gezond gedrag.

### *Adviezen uit de praktijk*

In de fringe meeting die de SWB-werkgroep Volksgezondheid 7 februari 1999 organiseerde, zijn mogelijke oplossingen voor verschillende problemen naar voren gebracht door de aanwezigen.

Ten eerste werd er op aangedrongen te zorgen dat zowel de directeur van de GGD als de wethouder Volksgezondheid sterke persoonlijkheden zijn, die bereid zijn verder te kijken dan hun eigen werkgebied. In het verlengde hiervan ligt de opvatting dat er binnen de gezondheidszorg - ook of juist op lokaal niveau - meer integraal gedacht en gewerkt moet worden. Commissies in gemeenten moeten meer samenwerken en gezondheid moet onderdeel worden van alle beleid. Als een goed voorbeeld wordt het zorgberaad, het nieuwe orgaan op regionaal niveau dat de zorgvoorzieningen in de regio bepaalt, gezien.

Geadviseerd werd ook om het aanbod van GGD-en af te stemmen op de vraag van de burger. Dit kan worden bewerkstelligd door structureel de leefsituatie van de burgers te onderzoeken op wijk- of buurtniveau en het aanbod af te stemmen op de ervaren problemen in de wijk. Dit is een bottom-up benadering. In combinatie met wat bijvoorbeeld onderzoekers weten van de specifieke groepen - ouderen en allochtonen bijvoorbeeld - kan een passende strategie worden gekozen om te interveniëren als dat nodig is. In de analyse van de huidige situatie in de steden, die voor het krijgen van de voor het grote-stedenbeleid gereserveerde middelen noodzakelijk is, kan het aanbevolen onderzoek naar de leefsituatie van de burgers op wijk- of buurtniveau worden meegenomen.

Om mislukkingen te voorkomen is het belangrijk om bij de ontwikkeling van bijvoorbeeld gezondheidsprojecten planmatig te werken, zodat niet over kleine, maar belangrijke aspecten heen wordt gekeken. Bovendien moeten de 'uitvoerders' van deze projecten precies weten wat ze moeten doen. Er is op dit niveau namelijk vaak geen tijd en geld om dingen nog uit te zoeken en/of uit te werken, bleek in de discussie.

### *Hoe nu verder?*

Het is gebleken dat in het veld al veel in gang is gezet. In verschillende gemeenten worden namelijk goede initiatieven ontwikkeld. Zo is in Rotterdam een rapport verschenen dat als aanknopingspunt moet dienen voor een wijkaanpak van sociale problematiek. Helaas blijven deze initiatieven vaak beperkt tot lokale acties, het blijkt namelijk moeilijk om successen door te geven aan andere gemeenten. Er zou onderzoek gedaan kunnen worden naar de oorzaken en mogelijke oplossingen hiervoor.

Na bestudering van verschillende beleidsdocumenten en de praktijkervaringen op de fringe meeting ontstond de behoefte dieper in te gaan op de materie en tot een rapport te komen waar lokale bestuurders en uitvoerders concreet mee aan de slag kunnen. Hiertoe zal een vervolg op de fringe meeting worden georganiseerd. ♦