

# Gezondheid in al haar facetten

## Achtergrondstudie

Mw. drs. L.M. van Herten  
Dr. S.A. Reijneveld  
Mw. dr. ir. M.W. de Kleijn-de Vrankrijker  
TNO Preventie en Gezondheid

TNO Preventie en Gezondheid  
Gorter Bibliotheek

14 JAN 2003

Postbus 2215  
2310 CE LEIDEN

Achtergrondstudie geschreven in opdracht van de Raad  
voor de Volksgezondheid en Zorg bij het RVZ-advies  
Gezondheid buiten de gezondheidszorg (Facetbeleid)

Zoetermeer, maart 2000



# Inhoudsopgave

<b>1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>5</b>
1.1	Achtergrond	5
1.2	Vraagstelling	7
1.3	Definities	7
1.4	Werkwijze en opzet van dit rapport	8
<b>2</b>	<b>Facetbeleid</b>	<b>10</b>
2.1	Beleidsterreinen	10
2.2	Gezondheidseffectscreening	13
<b>3</b>	<b>Sociaal-economische gezondheidsverschillen</b>	<b>16</b>
3.1	Gezondheidstoestand	16
3.2	Ontstaansmechanismen	19
<b>4</b>	<b>Kansrijkheid van facetbeleid: factoren en beleidsterreinen</b>	<b>24</b>
4.1	Kansrijkheid van facetbeleid: factoren	24
4.2	Kansrijkheid van facetbeleid: keuze van beleidsterreinen	27
<b>5</b>	<b>Haalbaarheid van facetbeleid: enkele beleidsterreinen belicht</b>	<b>29</b>
5.1	Onderwijs	29
5.2	Veiligheid	33
5.3	Landbouw	36
5.4	Inhoudelijke haalbaarheid	37
5.5	Grotestedenbeleid	41
<b>6</b>	<b>Samenvatting, discussie en conclusie</b>	<b>46</b>
6.1	Samenvatting	46
6.2	Discussie en conclusie	47
	<b>Bijlagen</b>	
1	Lijst van afkortingen	53
2	Literatuur	55



# 1 Inleiding

## 1.1 Achtergrond

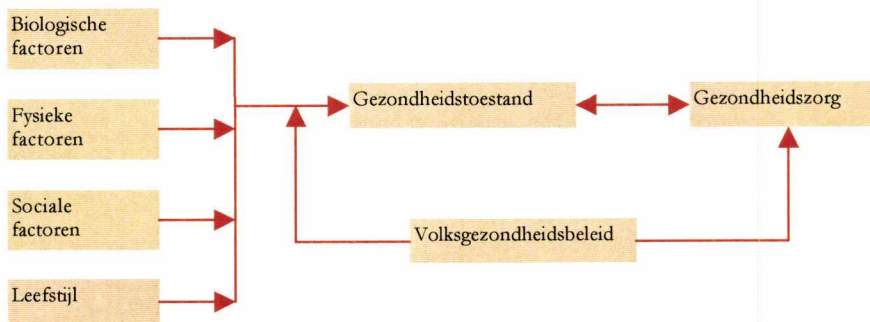
De gezondheidstoestand van de bevolking kan geanalyseerd worden in termen van sterfte en ziekten en aandoeningen. Ook de gevolgen van ziekten en aandoeningen voor het dagelijks functioneren van mensen en de maatschappelijke gevolgen daarvan kunnen onderwerp van studie zijn. De gezondheidstoestand kan ook geanalyseerd worden in termen van gezondheidsproblemen van verschillende categorieën van de bevolking, bijvoorbeeld ouderen, jongeren, of minderheden. Een andere veel toegepaste en adequate manier is een analyse in termen van determinanten. Eén van de modellen waarin determinanten worden onderscheiden, is het volksgezondheidsmodel van Lalonde (Lalonde, 1974). Het belangrijkste van dit model is dat het de gezondheidstoestand van de bevolking centraal stelt en het verbindt met de vijf belangrijkste groepen determinanten, te weten:

- biologische determinanten: erfelijke en verworven eigenschappen zoals geslacht en huidskleur;
- fysieke omgevingsdeterminanten: zoals lucht, water, bodem, geluid, geur, etc. in de woon- en werkomgeving;
- sociale omgevingsdeterminanten: zoals de invloed van familie, arbeidsomstandigheden en andere groepsverbanden;
- leefstijl determinanten: of gedragsdeterminanten zoals roken, voeding, beweging, alcoholgebruik, etc.;
- gezondheidszorgdeterminanten: waaronder ziektepreventie, genezing, rehabilitatie, en verzorging.

Een aangepaste versie van dit model is weergegeven in figuur 1.1 (Schaapveld *et al*, 1990). Dit herziene model laat duidelijk zien dat de eerste vier groepen determinanten direct van invloed zijn op de volksgezondheid en dat de gezondheidstoestand en de gezondheidszorg een wisselwerking op elkaar hebben. Het model is goed bruikbaar bij (primaire) preventie, omdat men zich daar per definitie richt op determinanten uit de eerste vier groepen, die vaak vervolgens leiden tot verschillende gezondheidsproblemen. Hoewel de determinanten direct van invloed zijn op de volksgezondheid wil het niet zeggen dat de effecten ook direct optreden. Eén van de voorbeelden die dit illustreert is de relatie tussen roken en longkanker. Wanneer het aantal rokers nu drastisch vermindert,

zullen de effecten op longkanker pas over een aantal jaren merkbaar zijn (Gunning-Schepers en Barendregt, 1992). Ook zijn er bijvoorbeeld aanwijzingen dat er een verband is tussen een verminderde foetale groei en hart- en vaatziekten op volwassen leeftijd (Barker, 1998). Hier is dus sprake van een zeer lang tijdseffect (Ravelli, 1999).

**Figuur 1.1 Volksgezondheidsmodel**



Bron: Schaapveld *et al*, 1990

De eerste drie groepen determinanten liggen grotendeels buiten het beleidskader van volksgezondheid en de vierde ten dele. In het verleden leidde dit tot de vraag wie nu precies verantwoordelijk is voor wat, welke bevoegdheden daarbij horen en aan welke voorwaarden voldaan moet zijn om het volksgezondheidsbeleid doeltreffend te doen zijn. Dit leidde tot de ontwikkeling van facetbeleid: beleid dat zich in het bijzonder toelegt op de sectoroverschrijdende elementen van het volksgezondheidsbeleid (Dekker en Van der Grinten, 1995).

Een ongelijke blootstelling aan determinanten van de gezondheidstoestand leidt tot verschillen in gezondheid. Deze verschillen zijn veelal gerelateerd aan de sociaal-economische status van personen. Zo hebben personen met een lagere sociaal-economische status in het algemeen een ongezondere levensstijl en worden zij – door bijvoorbeeld slechtere huisvesting – frequenter blootgesteld aan belastende milieufactoren. Dergelijke verschillen in gezondheid worden in het algemeen sociaal-economische gezondheidsverschillen genoemd (Stronks *et al*, 1997).

Gezondheidsdeterminanten buiten het beleidsterrein van de gezondheidszorg en de verschillen in blootstelling aan deze determinanten zijn onderwerp van studie in dit rapport. In de volgende paragraaf zal nader worden ingegaan op de centrale vraagstelling en de bijbehorende deelvragen.

## **1.2 Vraagstelling**

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) is voornemens om in 1999 een advies uit te brengen onder de werktitel Gezondheid buiten de gezondheidszorg. Ter voorbereiding op de feitelijke advieswerkzaamheden heeft de Raad TNO Preventie en Gezondheid gevraagd om voor juni 1999 een achtergrondstudie te verrichten naar de mogelijke bijdrage van facetbeleid ten behoeve van de volksgezondheid. Het gaat daarbij onder meer om beleid dat gericht is op het verkleinen van de sociaal-economische gezondheidsverschillen. In dit rapport ligt de nadruk op de feitelijke situatie in Nederland, waarbij aanvulling plaatsvindt vanuit de algemene internationale literatuur. De vraagstelling is beantwoord vanuit het perspectief van de centrale overheid.

De vraagstelling van het onderzoek luidt:

Wat is er bekend over de mogelijkheden om door facetbeleid gezondheidswinst te behalen?

Deze vraagstelling is uitgewerkt in de volgende deelvragen:

1. Welke beleidsterreinen zijn van belang voor de volksgezondheid?
2. Wat is er bekend over gezondheidsdeterminanten in relatie tot sociaal-economische gezondheidsverschillen?
3. Welke factoren bepalen in hoeverre facetbeleid op een bepaald terrein kansrijk is?
4. Hoe kansrijk is facetbeleid op een aantal gekozen beleidsterreinen?

## **1.3 Definities**

Alvorens in te gaan op deze deelvragen zullen in deze paragraaf enkele veel gebruikte begrippen nader omschreven worden.

### **Facetbeleid**

Facetbeleid wordt gedefinieerd als beleid dat zich in het bijzonder toelegt op de sectoroverschrijdende elementen van het volksgezondheidsbeleid. In dit rapport is facetbeleid nader gespecificeerd als beleid buiten de (curatieve) gezondheidszorg, waarbij expliciet aandacht wordt besteed aan het beschermen en bevorderen de volksgezondheid c.q. het verminderen van de behoefte aan gezondheidszorg. Met verwijzing naar figuur 1.1 wordt hierbij opgemerkt dat het daarbij gaat om de eerste vier groepen determinanten die van invloed zijn op de volksgezondheidstoestand, te weten biologische, fysieke omgeving, sociale omgeving en leefstijl determinanten. De volksgezondheidstoestand kan vervolgens zijn invloed hebben op het verminderen van de behoefte aan gezondheidszorg. In hoofdstuk 2 zal nader op het facetbeleid worden ingegaan.

### **Sociaal-economische gezondheidsverschillen (SEGV)**

SEGV kunnen gedefinieerd worden als systematische verschillen in het vóórkomen van gezondheidsproblemen tussen mensen met een hogere en lagere positie op de maatschappelijke ladder. De positie op de maatschappelijke ladder wordt in de meeste gevallen afgeleid uit opleidingsniveau, beroepsklasse of inkomensniveau, dan wel uit benaderingen daarvan, zoals het gemiddelde welstandsniveau van de buurt waar men woont (Mackenbach *et al*, 1995). In hoofdstuk 3 zal hier nader op worden ingegaan.

### **Beleidsmaatregelen**

Beleidsmaatregelen kunnen gedefinieerd worden als maatregelen die door of namens de verschillende overheden worden gebruikt of kunnen worden gebruikt om het bereiken van een of meer beleidsdoeleinden te bevorderen. Hiervoor kunnen vier groepen instrumenten onderscheiden worden (Hood, 1983), te weten nodality (netwerk), authority (machtsmiddelen als wet- en regelgeving), treasure (hulpbronnen, zoals geld) en organization (organisatie). In hoofdstuk 4 en 5 zal op dit onderwerp nader worden ingegaan.

## **1.4 Werkwijze en opzet van dit rapport**

In dit rapport wordt door middel van literatuuronderzoek een antwoord gegeven op de centrale vraagstelling en de daaruit voortgevloeide deelvragen. In hoofdstuk 2 wordt eerst ingegaan op facetbeleid en de beleidsterreinen die een rol kunnen spelen in de volksgezondheid. In hoofdstuk 3 wordt vervol-



gens aandacht besteed aan sociaal-economische gezondheidsverschillen. In dit hoofdstuk is een beknopt overzicht gegeneerd op basis van de beschikbare literatuur. Hierbij is met name aandacht besteed aan de Nederlandse situatie, maar zijn ook buitenlandse ontwikkelingen opgenomen. In paragraaf 4.1 staan vervolgens enkele factoren beschreven waarmee kan worden nagegaan in hoeverre facetbeleid op een beleidsterrein kansrijk is. In paragraaf 4.2 wordt een aantal, in overleg met de RVZ gekozen, beleidsterreinen beschreven waarvan de kansrijkheid in hoofdstuk 5 is uitgewerkt. Deze uitwerking is gebaseerd op de factoren zoals beschreven in paragraaf 4.1. Hoofdstuk 6 tenslotte bevat de conclusies, waarbij wordt teruggegrepen op de centrale vraagstelling.

## 2 Facetbeleid

Sinds het verschijnen van de Nota 2000 (WVC, 1986) is er aandacht voor facetbeleid. Dit komt omdat veel determinanten van de volksgezondheid buiten het bereik van de gebruikelijke kaders van de gezondheidszorg liggen. Hierdoor is het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) in hoge mate afhankelijk van de medewerking vanuit andere departementen om de doelstellingen van het volksgezondheidsbeleid te realiseren (Putters en Van der Grinten, 1998a). Het doel van facetbeleid is het incorporeren van het volksgezondheidsperspectief in het beleidsterrein van een ander. Bij intersectoraal of integraal beleid wordt gezamenlijk vorm gegeven aan een beleidsterrein. Wanneer aanpalende beleidsterreinen betrokken worden in het eigen (volksgezondheids)beleid, wordt ook wel gesproken van flankerend beleid. In deze achtergrondstudie beperken wij ons tot facetbeleid, zoals dat is gedefinieerd in paragraaf 1.3.

De aandacht voor facetbeleid speelt zowel op nationaal niveau als op lokaal niveau. In dit rapport zal met name aandacht worden besteed aan het facetbeleid op nationaal niveau. Voor facetbeleid op lokaal niveau verwijzen wij onder andere naar de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV), naar het advies van de Commissie Collectieve Preventie (Lemstra, 1996), en het vervolg daarop van de Commissie Basistaken Collectieve Preventie (Verloove-Vanhorick, 1998), in het bijzonder de werkgroep bevorderingstaken. Daarnaast verwijzen wij naar het onlangs verschenen advies Samenwerken aan de openbare gezondheidszorg (RVZ, 1999).

Beleidssterreinen met mogelijkheden voor facetbeleid op nationaal niveau worden beschreven in de eerste paragraaf van dit hoofdstuk. In de tweede paragraaf wordt aandacht geschonken aan een hulpmiddel voor het ontwikkelen en ondersteunen van facetbeleid: gezondheidseffectscreening (GES).

### 2.1 Beleidsterreinen

In onderstaande overzicht is aangegeven op welke beleidsterreinen van diverse departementen mogelijkheden liggen voor facetbeleid. Bij het opstellen van dit overzicht is gebruik gemaakt van de Pyttersen's Nederlandse Almanak (Garritsen, 1998). Wij hebben daarbij zoveel mogelijk de departementale

indeling aangehouden en de beleidsterreinen op alfabetische volgorde gerangschikt. Bij de selectie van de beleidsterreinen hebben we gekozen voor die terreinen waar een effect het meest aannemelijk is. De mogelijke effecten die in beschouwing zijn genomen zijn: een verbetering van de volksgezondheid, een verminderde behoefte aan gezondheidszorg en een verkleining van de SEGV. Hierbij dient opgemerkt te worden dat een verbetering van de volksgezondheid ook kan inhouden dat alleen de huidige gezondheidstoestand van de bevolking wordt gehandhaafd, bijvoorbeeld als deze door demografische ontwikkelingen (onder andere veroudering) anders zou verslechteren.

**Tabel 2.1**    **Beleidssterreinen op nationaal niveau die van invloed kunnen zijn op het verbeteren van de volksgezondheid, het verminderen van de behoefte aan gezondheidszorg en het verkleinen van SEGV**

Beleidssterrein op nationaal niveau	Onderwerpen binnen dit beleidssterrein
Belastingen	Direct Indirect: - accijns - BTW
Economische zaken	24-uurs economie
Grotestedenbeleid	Armoedebeleid Integratie allochtonen
Landbouw	Gebruik bestrijdingsmiddelen Voeding
Milieu	Geluid Geur
Justitie	Preventie Reclassering Asielbeleid
Onderwijs	Basisonderwijs Voortgezet onderwijs Beroepsonderwijs

Beleidsterrein op nationaal niveau	Onderwerpen binnen dit beleidsterrein
Ruimtelijke ordening	Ordering Woonomgeving
Sociale zaken	Uitkeringen Sociale verzekeringen
Sport	Georganiseerde sport Individuele sport
Veiligheid	Politie Buurtpreventie
Verkeer	Infrastructuur Veiligheid
Volkshuisvesting	Sociale woningbouw Particuliere sector
Welzijn	Maatschappelijke opvang Opbouwwerk
Werkgelegenheid	Arbeidsomstandigheden Arbeidsmarkt Reïntegratie

Het overzicht is een eerste inventarisatie van de mogelijkheden voor facetbeleid. Afhankelijk van de gekozen inrichting van het beleidsterrein kunnen maatregelen een positief of een negatief effect op de volksgezondheid hebben. Ook is het mogelijk dat een maatregel in beginsel een positief effect heeft, maar dat er daarnaast negatieve neveneffecten kunnen optreden. Een goed voorbeeld daarvan is het bevorderen van de lichamelijke activiteit door middel van sport, hetgeen een positief effect heeft op de volksgezondheid. Er bestaat echter ook een kans op blessures, hetgeen als een negatief neveneffect kan worden gezien.

De genoemde beleidsterreinen in bovenstaand overzicht bestrijken de determinanten waarop maatregelen van invloed kunnen zijn. Voor het terrein van de belastingen geldt bijvoorbeeld dat verhogen van de accijns op tabak en alcohol kan leiden tot een verminderd gebruik ervan. Hetgeen kan leiden tot een verbeterende gezondheidstoestand en een ver-

minderde behoefte aan gezondheidszorg. Ook kunnen accijnzen de SEGV verkleinen, omdat personen met een laag inkomen gevoeliger zijn voor dergelijke maatregelen. Anderzijds kunnen ook maatregelen die direct zijn gericht op het verhogen van de sociaal economische status van sommige groepen uit de laagste regionen leiden tot reductie van SEGV, bijvoorbeeld maatregelen die een nivellerende invloed hebben op de inkomensbelasting.

Het overzicht is bedoeld om een indruk te geven van mogelijk betrokken beleidsvelden bij het streven naar een betere volksgezondheid via facetbeleid. Wat opvalt is dat er zeer veel beleidsterreinen zijn waar mogelijkheden liggen voor facetbeleid. Aangezien het moeilijk is om op alle beleidsterreinen tegelijk actie te ondernemen is het aan te raden om keuzes te maken, waarbij prioriteit gegeven kan worden aan die terreinen die het meest kansrijk zijn. In hoofdstuk 4 zal daarom aandacht worden besteed aan factoren die van invloed zijn op deze kansrijkheid. In hoofdstuk 5 zullen vervolgens een aantal beleidsterreinen beoordeeld worden op deze factoren. Maar eerst zal nader worden ingegaan op een hulpmiddel dat een bijdrage levert aan het facetbeleid, te weten de gezondheidseffectscreening.

## **2.2 Gezondheidseffectscreening**

Eén van de hulpmiddelen bij het ontwikkelen en ondersteunen van facetbeleid is de Gezondheidseffectscreening (GES) of gezondheidseffectrapportage (GER). De GES en GER zijn hulpmiddelen om in de beginfase van de beleidsvorming mogelijke gezondheidseffecten bij beleidsvoornemens te signaleren en te analyseren. Het gaat daarbij om beleidsvoornemens die niet primair op de volksgezondheid zijn gericht, maar die wel invloed kunnen uitoefenen op de volksgezondheid (Roscam Abbing *et al*, 1995; Dekker, 1995; Putters en Van der Grinten, 1998a; NSPH, 1998b).

Er worden meestal drie fasen onderscheiden. In de eerste fase (ook wel basis-GES genoemd) wordt aan de hand van een checklist nagegaan welke beleidsvoornemens mogelijk effecten kunnen hebben op de volksgezondheid. Deze eerste fase bestaat uit de stappen signaleren en achterhalen van beleidsvoornemens, selecteren van mogelijk gezondheidsgevoelig beleid en een eerste vooronderzoek naar de mate van gezondheidsgevoeligheid van dit beleid. Aan het einde van deze fase

wordt beslist of er een tweede fase wordt gestart. Deze tweede fase bestaat uit een rationalistisch vervolgtraject of een incrementeel vervolgtraject, of een combinatie van beide. In het eerste geval vindt een (getalsmatige) risicoberekening van gezondheidseffecten plaats. In het tweede geval gaat het om consensusvorming rond gezondheidsbelangen en gezondheidseffecten. Bij de combinatie van beide kan derhalve op twee manieren een bijdrage geleverd worden aan facetbeleid: in de eerste plaats verschaft het relevante informatie voor de inhoudelijke versteviging van het facetbeleid, en in de tweede plaats verduidelijkt het de bestuurlijke mogelijkheden en kansen om daadwerkelijk de beleidsvorming te beïnvloeden. Dit kan de kans op effectieve behartiging van gezondheidsbelangen in het bestuurlijk proces rond facetbeleid vergroten. Afhankelijk van de beleidssituatie en de aard van het beleidsvoornemen kan de nadruk op één van de twee vervolgtrajecten worden gelegd. Fase 3 bevat tenslotte de verdere politiek-bestuurlijke besluitvorming (Putters, 1996; Putters en Van der Grinten, 1998a).

Er bestaat onduidelijkheid over de naamgeving van de fasen en het onderscheid in GES en GER. De GER is ontstaan naar analogie van de Milieu Effect Rapportage (MER). Roscam Abbing *et al* (1995) beschrijven de GES vervolgens als een minder ingrijpend instrument dan de GER. Mooy en Gunning-Schepers (1998) zien de GES als een meer verkennend onderzoek, terwijl de GER in hun visie een kwantitatieve onderbouwing bevat. Vanwege deze begripsverwarring gebruiken wij in deze rapportage verder de term GES/GER.

De resultaten van een GES/GER kunnen als basis dienen om het desbetreffende beleidsvoornemen zodanig te beïnvloeden dat gezondheidsschade wordt tegengegaan of beperkt. Het idee hierachter is dat het gebruik van GES/GER beleidsmakers en bestuurders bewuster maakt van de gezondheidseffecten van voorgenomen beleid, zodat in een vroeg stadium met deze effecten rekening gehouden kan worden (Roscam Abbing *et al*, 1995; Dekker, 1995; Putters en Van der Grinten, 1998a; NSPH, 1998b).

In opdracht van het ministerie van VWS zijn inmiddels diverse onderwerpen aan een GES of GER onderworpen. Het betreft onder andere de volgende thema's: de regulerende energiehelling (Ecotax) en de inkomenseffecten daarvan voor chronisch zieken en gehandicapten, de invloed van slijpsel van rails en bovenleiding alsmede van koolstof op de gezondheid van

omwonenden, de effecten van voorgenomen maatregelen aangaande het tabaksontmoedigingsbeleid en meer specifiek de tabakswetgeving, de mogelijke gezondheidseffecten van de voorgenomen wijziging van de Drank- en Horeca Wet, en de effecten van de pakketverkleining van de tandheelkundige zorg (TK 98-99 26204). Daarnaast zijn screenings (zogenoemde basis GES-en) uitgevoerd op de Rijksbegroting 1998 en 1999 en het Regeerakkoord 1998 (TK 98-99 26204). Ook de verkiezingsprogramma's van de politieke partijen zijn in 1997 aan een screening onderworpen. Op dit moment worden GES/GER-en voorbereid inzake de Woonverkenningen 2030, de zogenaamde ICES (Interdepartementale Commissie Economische Structuurversterking) operatie, de 24-uurs economie en de ver(der)gaande flexibilisering van arbeid en de Arbo-wet en Arbo-monitoring (TK 98-99 26204). Daarnaast wordt een analyse gemaakt van 5 gezondheidsproblemen uit VTV97 (kanker, CARA, hart- en vaatziekten, ongevallen en psychische aandoeningen) waarbij wordt nagegaan welke beleidsdisciplines hiermee te maken hebben en welke ministeries beleidsverantwoordelijk zijn (TK 98-99 26204). Ook wordt een GES/GER op de Sociale nota 1999 uitgevoerd (TK 98-99 26200).

Ter ondersteuning van toekomstige GES/GER-en hebben Mooy en Gunning-Schepers een aantal beleidsmaatregelen doorgerekend met het simulatiemodel PREVENT. Het ging daarbij om realistische beleidsopties die zouden moeten leiden tot minder roken, minder lichamelijke inactiviteit en gezondere voeding. De auteurs komen tot de conclusie dat het in sommige gevallen zinvol is om een GES of GER te ondersteunen met een kwantitatieve effectschatting. Daarbij moeten de modelberekeningen niet opgevat worden als een toetsbare voorspelling, maar als een effectschatting die logischerwijs volgt uit de beschikbare epidemiologische kennis. Als grootste voordeel van een simulatiemodel zien de auteurs de uiteenrafeling van wat wel en niet bekend is. Expliciete aannames staan immers open voor discussie. Pas als over deze aannames consensus is bereikt, bieden de modeluitkomsten een geloofwaardige basis om kosten en baten van facetbeleid tegen elkaar af te wegen (Mooy en Gunning-Schepers, 1998).

### 3 Sociaal-economische gezondheidsverschillen

Groepen Nederlanders verschillen in gezondheid, afhankelijk van hun geslacht, burgerlijke staat, sociaal-economische status, etniciteit en geografische kenmerken (zie onder andere VTV97 deel II: Mackenbach en Verkleij, 1997). In dit hoofdstuk ligt de nadruk op de gezondheidsverschillen naar sociaal-economische status (SES). Een lagere SES gaat vaak samen met een achterstand op het gebied van gezondheid. Deze slechtere gezondheidstoestand kan vervolgens weer leiden tot meer behoefte aan en gebruik van gezondheidszorg. De SES van personen wordt bepaald door de positie die mensen innemen in onze maatschappij. Er kunnen daarbij tenminste een klasse- en een statuscomponent worden onderscheiden. De klassencomponent reflecteert de materiële hulpbronnen waarover iemand beschikt. Voorbeelden hiervan zijn financiële middelen en woonomstandigheden. Het inkomen is een goede indicator van deze component. De statuscomponent reflecteert vooral verschillen in leefstijl, attitudes en kennis. Dit element van SES kan geïndiceerd worden middels opleidingsniveau of arbeidspositie (zie onder andere VTV97 deel II hoofdstuk 5: Stronks *et al*, 1997).

#### 3.1 Gezondheidstoestand

Hoewel onderzoek laat zien dat ook in de vorige eeuw een sociaal economische achterstand samenhang met een slechtere gezondheid (bijvoorbeeld Israëls, 1862), wordt sinds het eind van de jaren tachtig hernieuwde aandacht besteed aan sociaal-economische gezondheidsverschillen (SEGV). Uit VTV97 blijkt dat deze SEGV onder andere tot uitdrukking komen in lichaamslengte, sterfte, handicaps en de incidentie van een aantal ziekten. Uit de CBS-gezondheidsenquête blijkt dat de prevalentie van chronische aandoeningen 36% bedraagt voor personen met de hoogste SES en 43% voor de groep met de laagste SES. Wanneer deze globale gegevens worden uitgesplitst naar type aandoening dan blijken de verschillen zich bij een hele reeks van ziekten voor te doen, onder meer bij CARA, hart- en vaatziekten, suikerziekte, rugaandoeningen en reumatische klachten. Psychische aandoeningen blijken eveneens meer voor te komen onder lage sociaal-economische groepen. Uit onderzoek blijkt dat de kans op ongezondheid geleidelijk



afneemt met het hoger worden van de SES. Ook blijkt dat SEGV in alle leeftijdsgroepen en bij zowel mannen als vrouwen bestaat. Wel varieert de aard en omvang van die verschillen naar leeftijd en geslacht. Verder zijn er aanwijzingen dat de verschillen de laatste tijd toenemen. (Van Berkel-van Schaik en Tax, 1990; WRR, 1991; Mackenbach, 1994; Van der Mheen *et al*, 1996; Stronks *et al*, 1997; Reijneveld, 1998a).

Een samenvattende maat voor de omvang van SEGV op verschillende leeftijden is de gezonde levensverwachting. Dit is een maat waarin de lengte van het leven en de gezondheidstoestand gecombineerd wordt. Als voorbeeld zullen hieronder gegevens worden gepresenteerd van de totale levensverwachting naar SES en de gezonde levensverwachting naar SES. De gezonde levensverwachting is op twee manieren berekend: de levensverwachting in goede ervaren gezondheid (LGEG) en de levensverwachting zonder beperkingen (LZB). Op basis van opleidingsniveau zijn drie niveaus van SES onderscheiden. Voor de totale levensverwachting blijkt dat zowel mannen als vrouwen met een lage opleiding gemiddeld 3.5 jaar korter leven dan hoger opgeleiden. Voor de levensverwachting in goede ervaren gezondheid (LGEG) zijn de verschillen tussen de hoge en de lage SES-categorie voor mannen 11.8 jaar en voor vrouwen 11.5 jaar (tabel 3.1). Mannen en vrouwen verschillen relatief weinig in LGEG. Hoe hoger de SES hoe groter de totale levensverwachting en hoe groter de gezonde levensverwachting (Van Herten *et al*, 1997).

**Tabel 3.1 Levensverwachting in goede ervaren gezondheid (LGEG) bij geboorte bij indeling naar sociaal economische status (SES); gemiddeld over de periode 1990-1994**

SES-categorie	Mannen			Vrouwen		
	Laag	Midden	Hoog	Laag	Midden	Hoog
Totale levensverwachting	72.2	74.0	75.7	79.1	80.0	82.6
LGEG*	52.0	58.2	63.8	54.5	61.3	66.0
Totale ongezonde levensverwachting	20.2	15.8	11.8	24.6	18.7	16.6
- waarvan in AWBZ instellingen	0.5	0.6	0.6	0.9	0.9	1.1
- waarvan buiten AWBZ instellingen:						
. in slechte gezondheid	3.0	2.0	1.3	3.4	2.0	1.8
. in matige gezondheid	5.0	3.1	2.6	6.5	4.5	3.7
. in redelijke gezondheid	11.6	10.2	7.3	13.8	11.3	10.0

Bron: Van Herten *et al*, 1997; \* LGEG: levensverwachting in goede ervaren gezondheid

Naast de LGEG zijn ook berekeningen uitgevoerd voor de LZB (levensverwachting zonder beperkingen). De LZB kan niet berekend worden bij geboorte, maar wel vanaf het 16e levensjaar. Door sterfte in de eerste 16 jaar wijkt de totale levensverwachting op 16-jarige leeftijd 0,8 jaar af van de totale levensverwachting bij geboorte. Uit tabel 3 blijkt dat het verschil in levensverwachting op 16 jarige leeftijd voor zowel mannen als vrouwen 3,5 jaar is tussen de lage en de hoge SES categorie. Ook hier is het verschil in gezonde levensverwachting aanzienlijk groter, namelijk 9,9 jaar voor zowel mannen als vrouwen (Van Herten *et al*, 1997).

**Tabel 3.2** Levensverwachting zonder beperkingen (LZB) op 16-jarige leeftijd bij indeling naar sociaal economische status (SES); gemiddeld over de periode 1990-1994

SES-categorie	Mannen			Vrouwen		
	Laag	Midden	Hoog	Laag	Midden	Hoog
Totale levensverwachting	57.0	58.8	60.5	63.8	64.7	67.3
LZB*	41.5	46.8	51.4	42.3	47.6	52.2
Totale ongezonde levensverwachting	15.5	11.9	9.1	21.4	17.1	15.1
- waarvan in AWBZ instellingen	0.5	0.6	0.6	0.9	0.9	1.1
- waarvan buiten AWBZ instellingen:						
. met lange termijn beperkingen	10.4	7.6	5.2	15.7	12.0	10.3
. met korte termijn beperkingen	4.6	3.8	3.2	4.9	4.1	3.7

Bron: Van Herten *et al*, 1997; \* LZB: levensverwachting zonder beperkingen

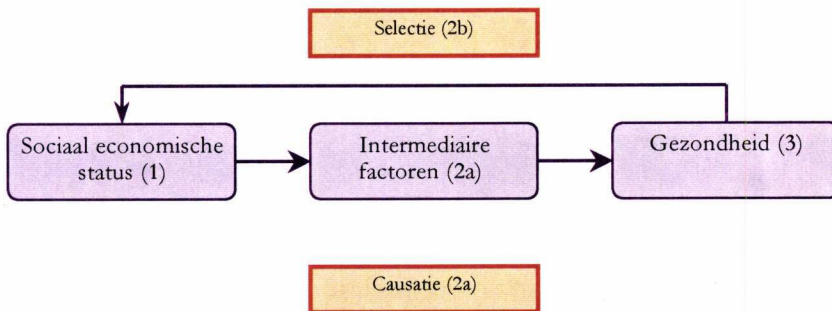
### 3.2 Ontstaansmechanismen

Sociaal-economische verschillen in gezondheid kunnen ontstaan via verschillende mechanismen. Kennis van deze mechanismen is van belang om geconstateerde verschillen te kunnen beïnvloeden. In deze paragraaf wordt kort ingegaan op twee verschillende soorten mechanismen als verklaring voor een samenhang tussen SES en gezondheid: causatie en selectie. In de causatieverklaring gaat men er van uit dat de SES een effect heeft op de gezondheidstoestand, met name via een ongelijke blootstelling aan determinanten van gezondheid. Deze determinanten worden ook wel intermediaire factoren voor het ontstaan van SEGV genoemd. Een laag inkomen kan bijvoorbeeld leiden tot slechtere woonomstandigheden. Deze woonomstandigheden kunnen op hun beurt leiden tot gezondheidsproblemen en dus een slechtere gezondheid. Bij de selectieverklaring gaat men er van uit dat een slechtere gezondheidstoestand leidt tot een lagere SES. Een slechte gezondheid kan tot minder kansen op de arbeids- en scholingsmarkt leiden, hetgeen kan leiden tot een lager inkomen. In dit geval is een slechte gezondheid dus de oorzaak van een lage SES, in plaats van andersom (Stronks *et al*, 1997).

Een slechte gezondheid kan dus zowel het gevolg zijn van een lage SES als de oorzaak van een lage SES. In figuur 3.1 wor-

den deze mechanismen samengevat. De pijlen geven daarbij de richting aan waarin een effect werkt. Route 2a duidt op het causatiemechanisme, route 2b op het selectiemechanisme.

**Figuur 3.1 Het ontstaan van SEGV via verschillende mechanismen**



Aangenomen wordt dat causatie in het algemeen belangrijker is dan selectie wat betreft het ontstaan van SEGV (Mackenbach en Verkleij, 1997). De causatie- en selectiemechanismen kunnen echter niet los van elkaar gezien worden. Verminderde maatschappelijke kansen hebben immers weer nadelige gevolgen voor de gezondheidstoestand (Davey Smith *et al*, 1994). Ingrijpen in selectieprocessen werkt dus ook gunstig uit op de causatieprocessen, en omgekeerd.

Alle elementen in figuur 3.1 kunnen in theorie een aangrijpingspunt vormen voor beleid ter verkleining van SEGV. Hierbij dient opgemerkt te worden dat ingrijpen in de meeste gevallen niet direct effect zal sorteren. Het eerste aangrijpingspunt is het optrekken van de lagere opleidings-, beroeps- en inkomensniveaus in de bevolking (1). Met name inkomen geeft toegang tot een aantal determinanten van een goede gezondheidstoestand, zoals onder andere goede voeding, voldoende verwarming, sociale participatie en ontspanningsmogelijkheden (Stronks *et al*, 1997). Ten tweede kan worden getracht de blootstelling aan ongunstige intermediaire factoren in de lagere sociaal-economische groepen te verminderen (2a). In de derde plaats kan worden getracht het negatieve effect van een slechte gezondheid op de sociaal-economische status te verkleinen (2b). Tot slot kan aan de lagere sociaal-economische groepen extra gezondheidszorg worden aangeboden ter compensatie van hun slechtere gezondheidstoestand (3).

Hieronder wordt meer uitgebreid op zowel causatie als selectie ingegaan.

### *Causatie*

Oorzaken van SEGV liggen dus deels in een ongelijke blootstelling aan intermediaire factoren. Deze intermediaire factoren kunnen ingedeeld worden naar de determinanten van gezondheid zoals weergegeven in figuur 1.1. Verschillen in leefstijlfactoren zijn één van de belangrijkste oorzaken van SEGV. Allereerst blijkt dat onder mensen met een lage SES meer rokers worden aangetroffen dan onder mensen met een hogere SES. Doordat roken een belangrijke determinant van gezondheidsproblemen is, zal dat zeker bijdragen aan de verschillen in gezondheid. Een andere determinant is voeding. De voeding van personen met een lagere SES lijkt gemiddeld ongezonder te zijn. Dit geldt bijvoorbeeld voor de consumptie van fruit en groenten. Overmatig alcoholgebruik komt met name voor bij mannen met een lage SES (maar ook bij hoger opgeleide vrouwen). Lichaamsbeweging in de vrije tijd komt minder voor onder personen met een lage SES, maar hier staat tegenover dat juist die groepen vaker lichamelijk actief zijn tijdens het werk. Er is geen onderzoek bekend waarin het gezamenlijk effect van beide vormen van lichamelijke activiteit geschat is (Stronks *et al*, 1997). Samenhangend met de verschillen in gedrag, komt ook een aantal biologische risicofactoren meer voor onder lagere SES-groepen. Dit geldt voor hoge bloeddruk, hypercholesterolemie, overgewicht en combinaties hiervan (Stronks *et al*, 1997).

Naast leefstijl en biologische determinanten zijn de fysieke omstandigheden soms ongunstiger voor personen met een lagere SES. Het gaat daarbij met name om werk- en woonomstandigheden. Deze omstandigheden lijken in ongeveer gelijke mate aan SEGV bij te dragen als gedragsfactoren. Bij de werkomstandigheden gaat het met name om de verdeling van lichamelijk zwaar werk in de bevolking, maar ook om de verdeling van vuil werk, lawaaiig werk en gevaarlijk werk. Behalve de werkomstandigheden dragen ook de relatief ongunstige woonomstandigheden die onder aan de maatschappelijke ladder worden aangetroffen, aan de gezondheidsverschillen bij (Stronks *et al*, 1997; Mackenbach, 1995).

Een vierde groep determinanten die in figuur 1.1 wordt onderscheiden betreft de sociale omgeving. Uit onderzoek blijkt dat personen met een lagere opleiding meer onplezierige levensgebeurtenissen, zoals verlies van werk, echtscheiding,

overlijden van een naast familielid, etc, ondervinden. Ook chronische omstandigheden die tot stress aanleiding geven, zoals financiële zorgen, gebrek aan bevrediging in het werk en problemen in persoonlijke sfeer komen onder lager opgeleiden meer voor. Het effect van deze gebeurtenissen wordt versterkt door het feit dat mensen met een lage SES minder steun vanuit de sociale omgeving ondervinden. Uit onderzoek blijkt dat personen in lagere SES groepen aangeven over minder mogelijkheden te beschikken om in geval van problemen deze met familie en vrienden te bespreken. Het ontbreken van een sociaal netwerk waarop in geval van nood kan worden terug gevallen, kan zeer wel bijdragen aan het ontstaan van gezondheidsproblemen (Mackenbach, 1995, Stronks *et al* 1997). De invloed van psychosociale stressoren op de gezondheidstoestand verloopt vermoedelijk deels via leefstijlfactoren. Daarnaast kan stress mogelijk via een afname van de afweer van het lichaam gezondheidsschade veroorzaken (Stronks *et al*, 1997).

Tot slot is er nog de invloed van de gezondheidszorg. Hoewel er in Nederland dankzij de ziekenfondsverzekering geen noemenswaardige verschillen in financiële toegankelijkheid van de zorg zijn, zijn er aanwijzingen dat hoger opgeleiden vaker voor preventieve doeleinden naar een dokter gaan. Verschillen in het gebruik van de curatieve gezondheidszorg lijken gering, al zijn er aanwijzingen dat hoger opgeleiden, als ze curatieve hulp nodig hebben, eerder naar een specialist worden verwezen. Gegeven hun gezondheidstoestand maken lage SES groepen wel meer gebruik van de huisarts (Mackenbach, 1995; Stronks *et al*, 1997). Gezien de combinatie van hoge zorgvraag en een hoog percentage ziekenfondsverzekerden is het werken in gebieden met een lagere SES voor huisartsen minder aantrekkelijk. Dit kan gevolgen hebben voor de geografische toegankelijkheid van de zorg. Inmiddels zijn er maatregelen genomen om dit effect tegen te gaan door huisartsen een toeslag te geven voor dergelijke patiënten (Van der Velden *et al*, 1997; Verheij *et al*, 1998).

Stronks *et al* (1997) maken in hun beschrijving van de intermediaire factoren gebruik van leefstijlomstandigheden en materiële omstandigheden. Onder materiële omstandigheden verstaan zij zowel fysieke omstandigheden, zoals woon- en werkomgeving, als inkomen. Daarbij merken zij op dat materiële omstandigheden deels langs directe weg (door slechte woon- en werkomstandigheden) en deels via leefstijl (bijvoorbeeld ongezonde voeding door gebrek aan financiële midde-

len) gezondheidsverschillen kunnen verklaren. In haar proefschrift concludeert Stronks (1997) dat de bijdrage van leefstijl aan SEGV ongeveer 30 tot 40% bedraagt. Materiële omstandigheden leveren een bijdrage van 30 tot 50%, en psychosociale factoren een bijdrage van 10 tot 15%. Op basis van dit onderzoek kan geconcludeerd worden dat:

- leefstijl en materiële omstandigheden belangrijker zijn dan psychosociale factoren;
- leefstijl en materiële omstandigheden elk zelfstandig een deel van de SEGV verklaren;
- leefstijl en materiële omstandigheden ook in onderlinge combinatie een deel van de verschillen verklaren, waarbij de aanname is dat de materiële omstandigheden in het oorzaak-gevolg proces voorafgaan aan de ongunstige leefstijlfactoren en niet andersom (Mackenbach en Verkleij, 1997).

#### *Selectie*

Zoals reeds eerder is aangegeven kan bij de verklaring van SEGV naast genoemde causatie oorzaken ook selectie een rol spelen. De selectieverklaring houdt in dat mensen met een relatief slechte gezondheid minder kansen hebben om een hogere SES te bereiken. Er worden daarbij twee selectiemechanismen onderscheiden: enerzijds processen die tijdens de volwassen leeftijd spelen en anderzijds processen die begonnen zijn tijdens de jeugd. In het eerste geval gaat men er van uit dat iemand tijdens het volwassen leven ten gevolge van ziekte een daling in sociaal-economische status doormaakt. In het tweede geval treedt selectie op wanneer de gezondheidstoestand in de kinderjaren de gezondheidstoestand en SES op volwassen leeftijd bepaalt. De ziekte in de jeugd kan er bijvoorbeeld toe leiden dat iemand reeds aan het begin van zijn leven een relatief slechte positie ten opzichte van zijn milieu van herkomst inneemt.

Beide selectiemechanismen spelen slechts een beperkte rol bij het ontstaan van SEGV (Davey Smith *et al*, 1994; Stronks *et al*, 1997) en in het algemeen wordt daarom aangenomen dat causatie belangrijker is dan selectie (Mackenbach en Verkleij, 1997). Sommige auteurs vragen meer aandacht voor het selectiemechanisme (West, 1991), maar dit wordt door anderen bekritiseerd (Davey Smith *et al*, 1994).

## **4 Kansrijkheid van facetbeleid: factoren en beleidsterreinen**

Vraag is nu op welk beleidsterrein facetbeleid kan worden gestimuleerd met het doel om de volksgezondheid te verbeteren en de behoefte aan gezondheidszorg te verminderen. In hoofdstuk twee is reeds een overzicht geven van mogelijke beleidsterreinen voor facetbeleid. Maar welke beleidsterreinen zijn nu het meest kansrijk? Om een antwoord op deze vraag te geven worden in de eerste paragraaf van dit hoofdstuk factoren genoemd waarmee kan worden nagegaan in hoeverre een beleidsterrein en een maatregel kansrijk zijn. Deze factoren worden vervolgens in hoofdstuk 5 toegepast op een aantal beleidsterreinen uit het overzicht van hoofdstuk 2. De keuze van deze selectie van beleidsterreinen staat beschreven in paragraaf 4.2.

### **4.1 Kansrijkheid van facetbeleid: factoren**

Een aantal factoren bepaalt of facetbeleid op een bepaald terrein kansrijk is. Sterk bepalend voor deze kansrijkheid is de haalbaarheid van facetbeleid. Daarnaast spelen ook andere aspecten een rol, zoals democratisch gehalte, ethiek, etc. In dit rapport zal het accent liggen op de haalbaarheid van facetbeleid. Voor andere aspecten waarop beleid kan worden beoordeeld verwijzen wij naar het RVZ-advies Besturen in overleg (RVZ, 1998). Mede op basis van literatuur (Dekker en Van der Grinten, 1995; Putters, 1996; Putters en Van der Grinten, 1998b; Mooy en Gunning-Schepers, 1998) is een lijst samengesteld van factoren die samenhangen met de haalbaarheid van facetbeleid. De factoren zijn daarbij ingedeeld in drie categorieën: inhoudelijke haalbaarheid, instrumentele haalbaarheid en politiek-bestuurlijke haalbaarheid, en zijn steeds geformuleerd als vraag. Op basis van de antwoorden op de verschillende vragen kan worden nagegaan in hoeverre facetbeleid op een bepaald terrein haalbaar is. De drie categorieën inhoudelijke, instrumentele en politiek-bestuurlijke haalbaarheid, welke door Putters (1996) ook wel zinvolheid, uitvoerbaarheid en aanvaardbaarheid worden genoemd, kunnen natuurlijk niet los van elkaar gezien worden. Het onderscheiden van deze drie categorieën heeft daarmee een ordening tot doel, hetgeen niet inhoudt dat er een rangorde is. In hoofdstuk 6, conclusies, zullen we nader ingaan op het onderlinge verband



tussen deze drie vormen van haalbaarheid.

#### *Inhoudelijke haalbaarheid*

Inhoudelijke haalbaarheid betreft de mate waarin het aanneemelijk is dat het beoogde facetbeleid invloed zal hebben op de gezondheidssituatie van (groepen van) de Nederlandse bevolking. De volgende vragen dienen daarbij aan de orde te komen:

- Welke beoogde gezondheidseffecten van het facetbeleid kunnen aangetoond worden?
- Kan causaliteit tussen facetbeleid en beoogde gezondheidseffecten aangetoond worden of is een verband anderszins plausibel?
- Welke neveneffecten kunnen optreden?
- Kan causaliteit tussen facetbeleid en neveneffect(en) aangetoond worden of is een verband anderszins plausibel?

Indien bovenstaande vragen positief kunnen worden beantwoord, dient er zo mogelijk kwantificering te volgen van de te behalen gezondheidswinst of van het tevoren te vrezen gezondheidsverlies. Vragen die daarbij aan de orde komen zijn (Roscam Abbing *et al*, 1995; Putters, 1996):

- Op welke termijn kan een effect verwacht worden?
- Hoe lang kan het effect blijven bestaan?
- Is het effect omkeerbaar?
- Is sprake van directe of van indirecte effecten?
- Bij welke groepen van de bevolking zijn de effecten op de gezondheid het ingrijpends?
- Hoe groot is de omvang van deze groepen?
- In welke leefsituaties (o.a. thuis, werk, recreatie) kunnen effecten optreden?
- Welke soorten effecten (somatische, psychische, sociale) kunnen optreden?

#### *Instrumentele haalbaarheid*

Instrumentele haalbaarheid betreft de mate waarin de overheid instrumenten heeft om het gewenste doel te bereiken. De instrumenten kunnen daarbij volgens de vierdeling van Hood (1983) ingedeeld worden in nodality (netwerk), authority (machtsmiddelen als wet- en regelgeving), treasure (hulpbronnen zoals geld), en organization (organisatie).

De vragen die in eerste instantie aan de orde moeten komen zijn:

- Welke typen instrumenten worden op dit beleidsterrein reeds toegepast?

- Welke typen instrumenten zijn bruikbaar om het gewenste doel te bereiken?

Om de instrumentele haalbaarheid vervolgens te kwantificeren dienen de volgende vragen beantwoord te worden:

- Kunnen andere typen instrumenten aanvullend werken?
- Is een combinatie van typen instrumenten nodig?
- Welk(e) type(n) instrument(en) is/zijn het meest geschikt?
- Nodality: Welke actoren moeten worden benaderd?
- Authority: Welke wet- en regelgeving is nodig?
- Treasure: Welke financiële inspanningen zijn nodig om de gewenste effecten te bereiken?
- Organization: Welke organisatorische inspanningen zijn nodig om de gewenste effecten te bereiken?
- Op welke termijn dienen instrumenten te worden ingezet?

#### *Politiek-bestuurlijke haalbaarheid*

Politieke haalbaarheid betreft de mate waarin er voldoende bestuurlijk en maatschappelijk draagvlak aanwezig is. Vragen die daarbij spelen zijn:

- Staat het onderwerp op de politieke agenda?
- Zijn er (machtige) actoren (personen of instanties) die aandacht vragen voor dit onderwerp?
- Stroken de belangen van relevante actoren met de voorgenomen maatregel?

Om de politiek-bestuurlijke haalbaarheid te kwantificeren dient inzicht te bestaan in het maatschappelijke veld en de relatieve machtspositie van actoren. Vragen die derhalve beantwoord moeten worden zijn:

- Welke actoren zijn gebaat bij een dergelijke maatregel?
- Welke invloed kunnen zij uitoefenen op de politiek agenda?
- Welke actoren ondervinden hinder van een dergelijke maatregel?
- Welke invloed kunnen zij uitoefenen op de politieke agenda?
- Welke actoren zijn neutraal bij een dergelijke maatregel?
- In hoeverre zijn deze actoren te beïnvloeden door voor- of tegenstanders?

## **4.2 Kansrijkheid van facetbeleid: keuze van beleidsterreinen**

Hoofdstuk 2 bevat een overzicht van beleidsterreinen waar facetbeleid mogelijk is. Er is echter een verschil tussen mogelijk beleid en kansrijk beleid. Dit verschil is met behulp van de in paragraaf 4.1 genoemde vragen te bepalen. De mogelijkheden voor kansrijk facetbeleid zullen toenemen wanneer een beleidsterrein hoog scoort op de drie haalbaarheidscategorieën.

In hoofdstuk 5 zal een aantal beleidsterreinen getoetst worden aan de vragen uit deze drie haalbaarheidscategorieën. Omdat het gezien het bestek van de opdracht niet mogelijk is alle beleidsterreinen te behandelen die worden genoemd in hoofdstuk 2, hebben we een selectie gemaakt. Uitgangspunt daarbij was het streven naar een combinatie van beleidsterreinen wat betreft soort onderwerp, type facetbeleid, en de mate waarin er al over een langere periode aandacht voor is. Bij het soort onderwerp is er een combinatie gezocht tussen biomedische onderwerpen en sociaal maatschappelijke onderwerpen. Type facetbeleid heeft betrekking op het te verwachten gezondheidseffect: gezondheidsbeschermend, gezondheidsbevorderend of beide. Ook is er een combinatie gezocht in onderwerpen die relatief nieuw zijn en onderwerpen waar al langer aandacht aan wordt besteed. Andere uitgangspunten waren de actualiteit en, gezien het tijdpad van de studie, de mate waarin benodigde kennis bij de onderzoekers beschikbaar is. Op grond van de genoemde uitgangspunten zijn uiteindelijk de beleidsterreinen gekozen: onderwijs, veiligheid, landbouw en grotestedenbeleid. Deze vier beleidsterreinen omvatten ons inziens een goede combinatie van de aspecten die kunnen samenhangen met de haalbaarheid van facetbeleid.

Onderwijs is met name gekozen vanwege de mogelijkheden die facetbeleid op dit terrein biedt om het ontstaan van psychosociale problematiek - die zich onder andere kan uiten in antisociaal gedrag, zoals spijbelgedrag, verslaving en criminaliteit - te beïnvloeden. Dit kan vervolgens weer leiden tot SEGV. Facetbeleid op dit terrein heeft met name invloed op de sociale omgeving en op de leefstijlfactoren, en kan daarmee zowel de gezondheid beschermen als bevorderen. Om het beleidsterrein in te perken zal de analyse van mogelijkheden voor facetbeleid in hoofdstuk 5 met name gericht zijn op de groep jongeren in een leeftijd waarin ze leerplichtig zijn voor het voortgezet onderwijs.

Het tweede beleidsterrein waaraan in het kader van deze studie aandacht zal worden besteed is veiligheid in relatie tot de leefbaarheid van de directe omgeving. Het gaat derhalve om de vermeende en werkelijke sociale veiligheid. Beide aspecten kunnen hun invloed hebben op de volksgezondheid. Facetbeleid op dit terrein is sociaal-maatschappelijk van aard en heeft met name een beschermend gezondheidseffect. Hoewel er al langere tijd aandacht is voor de sociale veiligheid, staat dit beleidsterrein, door 'zinloos' geweld op straat, nog steeds volop in de belangstelling.

Het beleidsterrein landbouw is gekozen vanwege de mogelijke invloed van relatief nieuwe risico's op de volksgezondheid, veroorzaakt door onder andere de mogelijkheden in de biotechnologie. In tegenstelling tot onderwijs en veiligheid is dit onderwerp biomedisch geïntegreerd. Facetbeleid op dit terrein is gericht op de bescherming van de volksgezondheid door mogelijke negatieve eigenschappen van genetisch gemodificeerd voedsel. Gezien de recente aandacht voor en maatschappelijke onrust over de gezondheidseffecten van genetisch gemodificeerd voedsel scoorde dit beleidsterrein eveneens hoog op het uitgangspunt actualiteit.

Grotestedenbeleid is met name gekozen vanwege de actualiteit. Daarnaast was een reden voor deze keuze dat in het grotestedenbeleid uitgegaan wordt van geïntegreerd beleid op lokaal niveau. Dit beleid betreft aspecten als arbeid, onderwijs, veiligheid, leefbaarheid en zorg. Mogelijk is deze integratie van facetbeleid makkelijker op een relatief kleine geografische schaal. In hoofdstuk 5 zal de nadruk liggen op de integratie van allochtonen door het stimuleren van de werkgelegenheid. Facetbeleid op dit (deel)terrein is sociaal-maatschappelijk van aard en heeft betrekking op de fysieke en sociale omgeving. Net als bij het beleidsterrein onderwijs kan het een beschermend en bevorderend gezondheidseffect hebben.

## 5 Haalbaarheid van facetbeleid: enkele beleidsterreinen belicht

Dit hoofdstuk bevat de resultaten van een globale scan naar de haalbaarheid van facetbeleid op (deelonderwerpen binnen) de geselecteerde beleidsterreinen. In een korte beschrijving is per onderwerp de inhoudelijke, instrumentele en politiek-bestuurlijke haalbaarheid in kaart gebracht. In het kader van deze globale scan zijn, voor zover mogelijk, de in paragraaf 4.1 opgenomen vragen beantwoord. Zoals uit paragraaf 4.2 blijkt omvatten de vier geselecteerde beleidsterreinen een combinatie van aspecten die een rol kunnen spelen bij het bepalen van de haalbaarheid van facetbeleid. Daarmee kan ten eerste worden bepaald in hoeverre de in paragraaf 4.1 geformuleerde vragen de goede zijn. Ten tweede levert dit casuïstiek op wat betreft mogelijke kansrijke terreinen voor facetbeleid zijn. Het gaat dus niet om een selectie van de meest kansrijke beleidsterreinen voor facetbeleid. De algemene conclusies staan beschreven in hoofdstuk 6.

### 5.1 Onderwijs

Het beleidsterrein onderwijs is een van de terreinen waarop beleid kan worden gevoerd met betrekking tot de SEGV. Daarnaast wordt in het onderwijs aandacht geschonken aan leefstijlfactoren en hun invloed op de gezondheid. In deze paragraaf zal de aandacht liggen op facetbeleid dat gericht is op jongeren in het voortgezet onderwijs. Het accent ligt daarbij op de psychosociale problematiek – die zich onder andere kan uiten in antisociaal gedrag, zoals spijbelgedrag, verslaving, criminaliteit of het zoeken naar sterke groepsbindingen. Er zijn ook meer passieve reacties, zoals terugtrekgedrag, inactiviteit op school en elders, angstig gedrag, en andere symptomen van onwel zijn (Schuyt, 1995).

#### *Inhoudelijke haalbaarheid*

Het doel van onderwijs in het algemeen is het stimuleren van de ontwikkeling en het verhogen van het kennisniveau. Dit sluit goed aan bij het beoogde effect van facetbeleid op dit beleidsterrein. In hoofdstuk 3 is de relatie tussen onderwijs (als een indicator van SES) en gezondheidstoestand reeds besproken. Hieruit bleek dat in het algemeen geldt dat naarmate het opleidingsniveau hoger is, de gezondheidstoestand

beter is. Aannemelijk is dat dit minstens ten dele komt doordat het volgen van onderwijs leidt tot een grotere kans op een goede gezondheid, deels bijvoorbeeld via voorlichting over gezonde leefwijzen tijdens de lessen. Verkleining van SEGV kan mogelijk worden bereikt door dergelijke lessen met name te richten op leerlingen met een maatschappelijke achterstand en daarnaast door schooluitval tegen te gaan. Over de effectiviteit van dergelijke activiteiten is echter op dit moment nog onvoldoende kennis beschikbaar (Programmacommissie, 1995).

Het voortgezet onderwijs heeft, naast het geschetste algemene doel van onderwijs, als doel de keuze voor werk of (meestal) een vervolgstudie die leidt tot werk te optimaliseren. Werk leidt vervolgens tot een inkomen en een zelfstandig leven. Jongeren in de leeftijd waarin ze leerplichtig zijn voor het voortgezet onderwijs bevinden zich veelal in een periode van grote verandering. Gedragmatig betreft dit bijvoorbeeld keuzen wat betreft leefwijzen als gebruik van alcohol, tabak en drugs. De school als sociaal milieu, en meer in het bijzonder groepsdruk binnen groepen leerlingen, kan een grote rol spelen bij de keuzen die leerlingen wat dit betreft maken. Daarnaast hebben relatief veel jongeren in deze leeftijdsgroep last van psychosociale problemen, waarschijnlijk mede in relatie tot de puberteit. Uitingen daarvan zijn bijvoorbeeld spijbelen, verslaving en criminaliteit. Facetbeleid gericht op het voortgezet onderwijs kan ten eerste zijn gericht op het voorkómen van dergelijke problemen, bijvoorbeeld via beïnvloeding van de groepsdruk binnen klassen. Daarnaast lijkt het belangrijk om problemen bij leerlingen en groepen leerlingen tijdig te signaleren, zodat verergering kan worden voorkomen.

Aangezien over de effecten van facetbeleid op het terrein van het voortgezet onderwijs nog onvoldoende kennis beschikbaar is, is het moeilijk om de inhoudelijke haalbaarheid te kwantificeren. De termijn waarop effecten kunnen optreden zal variëren, afhankelijk van het beoogde doel. Met de juiste inzet van instrumenten kan het mogelijk zijn al op korte termijn de groepsdruk binnen groepen leerlingen te beïnvloeden. Dit kan vervolgens leiden tot bijvoorbeeld verminderd rookgedrag. Voor de effecten van onderwijs op de omvang van SEGV zal echter een veel langere termijn in beschouwing moeten worden genomen, aangezien het hierbij om indirecte effecten gaat. Wanneer een inschatting gemaakt moet worden van de potentiële doelgroep zijn de volgende gegevens van belang. In 1998 volgden 652 duizend leerlingen onderwijs op een mavo, havo

of vwo en 200 duizend leerlingen volgden het voorbereidend beroepsonderwijs. Het aantal allochtonen in deze groepen bedraagt respectievelijk 35 duizend en 13 duizend leerlingen. De groep die zonder diploma het voltijdsonderwijs verliet, bestond in 1997 uit bijna 3 duizend mavo-leerlingen, 3,6 duizend havo-leerlingen, bijna 5 duizend vwo-leerlingen en bijna 7 duizend vbo-leerlingen (CBS, 1999). Wanneer voortijdig schoolverlaten wordt gedefinieerd als jongeren die het onderwijs verlaten zonder dat ze een startkwalificatie hebben behaald, dan verlaten jaarlijks circa 55 duizend leerlingen het onderwijs. Zij hebben niet het opleidingsniveau bereikt dat minimaal nodig zou zijn om met succes op de arbeidsmarkt te kunnen opereren. Allochtone jeugdigen en autochtonen met laagopgeleide ouders zijn in deze groep oververtegenwoordigd. De term 'startkwalificatie' wordt gedefinieerd als een niveau van beginnend beroepsbeoefenaar, hetgeen overeenkomt met het niveau primair leerlingwezen/kort middelbaar beroepsonderwijs, twee voltooide mbo-leerjaren of een havo- of vwo-diploma. (Beker en Maas, 1998). De totale doelgroep voor facetbeleid op dit terrein bestaat dus uit circa 850 duizend jongeren, waarbij een zwaar accent zal liggen op de groep van 55 duizend leerlingen die uiteindelijk zonder startkwalificatie het onderwijs verlaat. Aannemende dat de groep die voortijdig de school verlaat de doelgroep is waar het facetbeleid op dit terrein betrekking op heeft, dan bestaat de potentiële doelgroep uit circa 12 duizend leerlingen.

#### *Instrumentele haalbaarheid*

Binnen het voortgezet onderwijs wordt reeds een groot aantal instrumenten ingezet die kan bijdragen tot het bereiken van de doelen van facetbeleid. Wet- en regelgeving betreft bijvoorbeeld (preventie van) spijbelen en jeugdcriminaliteit. In netwerken op nationaal en lokaal niveau wordt aandacht besteed aan spijbelen, jeugdcriminaliteit en middelengebruik (sigaretten, alcohol en drugs) bij jongeren (o.a. Justitie *et al*, 1998). Financiële en organisatorische maatregelen worden bijvoorbeeld ingezet ter stimulering van campagnes, zoals de campagne 'De Veilige School' van het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen (OC en W). Daarnaast wordt op scholen aandacht gegeven aan de mogelijke negatieve effecten van roken, drinken en drugsgebruik. Het gaat hierbij dus met name om het bevorderen van gezond gedrag. Tot slot wordt geëxperimenteerd met geïntegreerd schoolgezondheidsbeleid, waarbij in feite wordt getracht een facetbeleid per school te ontwikkelen. De ontwikkeling van dit beleid wordt ondersteund vanuit (door lokale overheden gefinancierde) GGD'en.

Deze diensten bieden een mogelijkheid voor versterking van facetbeleid gericht op preventie van psychosociale problematiek. De zeggenschap van de centrale overheid over GGD'en is echter beperkt (Lemstra, 1996).

Met betrekking tot preventie van psychosociale problematiek worden financiële en organisatorische maatregelen ingezet. Het gaat daarbij onder andere om campagnes gericht op sociale vaardigheden van jongeren, pesten, en communicatie in de klas. Ook is er aandacht voor een zorgstructuur binnen en buiten de school voor leerlingen met psychosociale problemen. Hiervoor is het noodzakelijk dat docenten de problemen van leerlingen kunnen signaleren. Verder moeten zij goed zijn geïnformeerd over de mogelijkheden die de jeugdhulpverlening, jeugdbescherming en jeugdgezondheidszorg biedt voor de oplossing van deze problemen. GGD'en kunnen hierbij fungeren als intermediair tussen school en jeugdzorg, en als vraagbaak voor individuele leerlingen. In de praktijk beperken de activiteiten van GGD'en zich echter tot de eerste klassen van het voortgezet onderwijs, en soms alleen tot bepaalde schooltypen. Voorgesteld is om deze activiteiten van GGD'en in het voortgezet onderwijs uit te breiden (Verloove-Vanhorick, 1998).

#### *Politiek-bestuurlijke haalbaarheid*

Het beleidsterrein onderwijs staat om diverse redenen op de politiek agenda. Een van de redenen is de psychosociale problematiek bij jongeren, waarvan de extremen tot uitdrukking kunnen komen in jeugdcriminaliteit. Het onderwerp heeft daardoor raakvlakken met andere beleidsterreinen, bijvoorbeeld met openbare orde. Er zijn dan ook diverse actoren die aandacht vragen voor dit probleem. Voorbeelden hiervan zijn onderwijzers, ouders, scholen, jeugdhulpverlening, GGD'en, RIAGG, politie, justitie, etc (Justitie *et al*, 1998). De mogelijkheden voor het op korte termijn ontwikkelen van nieuw beleid binnen het onderwijs lijken echter beperkt, gezien de overbelasting waarover veel scholen en docenten op dit moment reeds klagen.

Werkgevers kunnen op termijn hinder ondervinden van de gevolgen van onvoldoende beleid op dit terrein. Zij zijn namelijk op zoek naar voldoende geschoold personeel. Wanneer psychosociale problemen leiden tot schoolverzuim en voortijdig schoolverlaten kunnen in principe waardevolle arbeidskrachten verloren gaan. Werkgevers zullen derhalve beleid op dit terrein steunen.



## 5.2 Veiligheid

Veiligheid zoals opgenomen in de eerste kolom van het overzicht in hoofdstuk 2 betreft met name beleid met betrekking tot sociale veiligheid. Naast sociale veiligheid kennen we ook externe veiligheid (bij industrieën), verkeersveiligheid en veiligheid op de werkplek. Deze vormen van veiligheid vallen met name onder de beleidsvelden milieu, verkeer en werkgelegenheid en vallen derhalve buiten het bestek van deze paragraaf.

Sociale veiligheid kan onderscheiden worden in subjectieve (i.e. ervaren) veiligheid en objectieve veiligheid. De objectieve veiligheid wordt vastgesteld door registratie van soorten slachtofferschap, waarbij onderscheid wordt gemaakt in (poging tot) inbraak in woningen, fietsendiefstal, autodelicten, geweldsdelicten en vernielingen (exclusief auto). Subjectieve veiligheid wordt veelal via enquêtes gemeten, waarbij een andere indeling in terreinen wordt onderscheiden. Zo blijkt uit het bevolkingsonderzoek Leefbaarheid en veiligheid, dat in een aantal grote(re) steden is uitgevoerd, dat vermogensdelicten (fietsendiefstallen, beschadiging/diefstal van (af) auto's en inbraak in woningen) in de opinie van de bewoners het belangrijkste buurtprobleem vormen, terwijl ook verloedering van de woonomgeving als veel voorkomend probleem wordt gezien. Overlast speelt minder, terwijl dreiging het minst als probleem wordt ervaren (Verweij *et al.*, 1998). Werkelijke of vermeende sociale onveiligheid is een actueel probleem. Uit een aantal stedelijke onderzoeken naar gezondheidsproblemen komt sociale onveiligheid naar voren als een van de grootste subjectieve bedreigingen van de gezondheid (Koorstra, 1997). Het beleidsterrein veiligheid biedt derhalve mogelijkheden voor facetbeleid. In deze paragraaf wordt beschreven in hoeverre facetbeleid op dit terrein kansrijk is.

### *Inhoudelijke haalbaarheid*

Het beoogde effect van facetbeleid is het voorkómen van negatieve gezondheidseffecten. Directe effecten zijn de gevolgen van slachtofferschap. Daarnaast zijn er indirecte effecten veroorzaakt door een gevoel van onveiligheid. Uit onderzoek blijkt dat vooral ouderen, vrouwen en laag opgeleiden de straat niet meer op durven (BZK, 1996). Zij slapen onrustig en sluiten uit angst voor geweld en inbraak alle ramen en deuren hermetisch af. De gezondheidsproblemen die daarmee samenhangen, zijn legio: sociaal isolement, stress, overmatig gebruik van medicijnen, klachten over de motoriek en over-

gewicht als gevolg van te weinig beweging, CARA klachten veroorzaakt door een slecht binnenmilieu, enz. (Koorstra, 1997). Negatieve neveneffecten van facetbeleid op het terrein van de sociale veiligheid zijn nauwelijks te verwachten, aangezien Nederland geen op verboden gerichte maatschappij is. De kans op negatief doorwerken van dergelijk facetbeleid in de leefbaarheid lijkt daardoor klein. Het facetbeleid heeft derhalve een offensief karakter: het bevorderen van de gezondheid door het tegengaan van slachtofferschap en gevoelens van sociale onveiligheid.

Bij het kwantificeren van de te behalen gezondheidswinst speelt de termijn waarop effecten verwacht kunnen worden een rol. Verbetering van de objectieve veiligheid kan een snel direct gezondheidseffect (reductie van aantal slachtoffers) hebben; de indirecte gezondheidseffecten treden veel trager op doordat verbetering van de objectieve veiligheid pas op langere termijn kan leiden tot verbetering van de subjectieve veiligheid. Pas wanneer het gevoel van onveiligheid vermindert is, zullen personen weer met open raam gaan slapen en sneller naar buiten gaan. Dit heeft vervolgens weer een positief effect op de volksgezondheid, maar dat zal enige tijd duren. Voorlichting kan ertoe leiden dat de termijn waarop indirecte effecten optreden, korter wordt. De gezondheidseffecten van veiligheidsbeleid zullen veelal omkeerbaar zijn. Ze kunnen met name optreden bij de oudere bevolking, in hun eigen woonomgeving. Uit de bevolkingsonderzoeken Leefbaarheid en veiligheid blijkt dat circa 30% van de Nederlandse bevolking zich wel eens onveilig voelt. De potentiële doelgroep van facetbeleid op dit terrein bestaat derhalve uit circa 4,7 miljoen personen. In de grote steden is het percentage personen dat zich wel eens onveilig voelt veelal hoger. In Utrecht, Breda, Deventer, Groningen, Leeuwarden en Venlo voelt bijvoorbeeld meer dan 40% zich wel eens onveilig (Verweij *et al*, 1998). Het onderwerp is daarmee één van de speerpunten van het grotestedenbeleid (zie paragraaf 5.4).

#### *Instrumentele haalbaarheid*

Op het gebied van sociale veiligheid is al veel beleid in ontwikkeling en uitvoering (o.a. BZK, 1995; 1996; 1998a; 1998b; RMO, 1997). Dit beleid is zowel gericht op de objectieve veiligheid als op de veiligheidsbeleving. Alle typen instrumenten worden daarbij toegepast. In haar netwerkfunctie betreft de overheid alle actoren, zoals politie, gemeentelijke diensten, particuliere instellingen, bewonersorganisaties, etc. Door wet- en regelgeving zijn daarnaast juridische stappen mogelijk,

zoals opsporing, strafrechtpleging en ten uitvoer legging. Om overlast tegen te gaan is er tevens een verhaalbeleid bij vandalisme en vernieling mogelijk. Tot slot worden financiële en organisatorische middelen ingezet om de objectieve en subjectieve sociale veiligheid te vergroten. Zo worden bijvoorbeeld openbare ruimten verlicht en zijn zichtlijnen in deze ruimten verbeterd door te snoeien. Meervoudig ruimtegebruik en compact bouwen kunnen daarnaast tot meer sociale controle leiden, maar gebieden met veel winkels en drukke openbare ruimten kunnen ook de kans op criminaliteit vergroten. 'Uitgestorven' openbare ruimten, zonder sociale controle, kunnen echter ook risicolocaties zijn. De subjectieve en objectieve veiligheid worden tevens vergroot door voorlichting, inbraakwerende voorzieningen aan woningen en wooncomplexen, certificering door middel van het Politiekeurmerk veilig wonen, het aanstellen van toezichthouders en het intensiveren van formeel toezicht. Daarnaast wordt geëxperimenteerd met het gebruik van camera's op openbare plaatsen. Om overlast tegen te gaan worden voorzieningen voor jongeren, zoals hangplekken en trapveldjes gecreëerd.

Deze maatregelen hebben geleid tot een grotere sociale veiligheid (Verweij *et al.*, 1998), maar door recente gevallen van 'zinloos' geweld op straat blijft een gevoel van onveiligheid bestaan. Aanvullende maatregelen om de subjectieve veiligheid te verhogen zijn derhalve noodzakelijk. Hiervoor zijn met name instrumenten van het type Organization en Treasure geschikt. Voor de oudere bevolking kan bijvoorbeeld het gezamenlijke boodschappen doen gestimuleerd worden. Ook kunnen de vaardigheden van de bevolking verhoogd worden door zelfverdedigingcursussen op te nemen in het onderwijs en in de buurthuisprogramma's. Ook kan de media gevraagd worden zorgvuldiger om te gaan met de feiten, bijvoorbeeld door extreme gevallen van slachtofferschap te relateren aan de feitelijke objectieve veiligheid, om ongefundeerde gevoelens van onveiligheid te voorkomen. Tot slot kunnen maatregelen genomen worden die een gezondheidsbevorderend effect hebben. Hierbij kan gedacht worden aan voorlichting over het verbeteren van de eigen veiligheid binnen- en buitenshuis.

#### *Politiek-bestuurlijke haalbaarheid*

Mede door de recente gevallen van 'zinloos' geweld staat sociale veiligheid hoog op de politieke agenda. Slogans als 'Meer blauw op straat' geven aan dat er voldoende maatschappelijk draagvlak is voor dit beleidsterrein. Er zijn dan ook voldoende actoren die voor maatregelen op dit terrein pleiten. De meeste

actoren vragen daarbij aandacht voor het verhogen van de objectieve veiligheid. Men gaat er dan impliciet van uit dat daarmee ook de subjectieve veiligheid afneemt. Een voordeel van een accent op verhoging van de objectieve veiligheid is dat het resultaat van dergelijk beleid direct zichtbaar is. Bij beleid gericht op het (direct) verhogen van de subjectieve veiligheid, bijvoorbeeld via voorlichting, is dit minder het geval. Bovendien is het laatstgenoemde beleid kwetsbaar voor verwijten dat het werkelijke probleem zou worden verdoezeld of dat alleen een 'doekje voor het bloeden' wordt gegeven. Voor het verhogen van de objectieve veiligheid is de politiek-bestuurlijke haalbaarheid derhalve groter dan voor de subjectieve sociale veiligheid.

Gezien de aard van de problematiek gaat het bij de sociale veiligheid om zowel nationale als lokale actoren. Op nationaal niveau besteden met name de politieke partijen aandacht aan dit onderwerp. Zij pleiten daarbij met name voor een toename van de objectieve veiligheid. Daarnaast zijn er natuurlijk belangengroepen en de media die veel aandacht vragen voor dit onderwerp. Ook de detailhandel heeft belang bij een veilige buurt. Niet alleen in verband met de verlengde openingstijden, maar ook in verband met criminaliteit in en rondom winkels. Het onderwerp komt daarnaast ter sprake in aanpalende beleidsthema's, zoals jeugdcriminaliteit, drugsproblematiek en criminaliteit in relatie tot integratie van etnische minderheden (CRIEM).

Aangezien sociale veiligheid vooral op buurniveau van belang is, zijn ook op lokaal niveau diverse actoren aanwezig die aandacht vragen voor dit onderwerp (SER, 1998). Het gaat hierbij onder andere om politie, buurtcomités, woningbouwverenigingen, schoolbesturen, bejaardenbonden, vrouwenverenigingen, vertegenwoordigende instanties van minderheden, etc.

### **5.3 Landbouw**

Landbouw, en meer specifiek het beleidsterrein Voeding staat in deze paragraaf centraal. Over dit terrein is veel te zeggen met betrekking tot de volksgezondheid. Goede voeding is namelijk een van de leefstijlfactoren die kan leiden tot een goede gezondheidstoestand. Goede voedingsgewoonten worden in deze paragraaf echter buiten beschouwing gelaten. In deze paragraaf wordt namelijk nagegaan hoe kansrijk facetbe-

leid ter bescherming van de volksgezondheid is wat betreft de introductie van genetisch gemodificeerde voedingsmiddelen op de markt. Dit onderwerp is gekozen als voorbeeld voor de haalbaarheid van facetbeleid bij relatief nieuwe risico's voor de volksgezondheid in het algemeen (ESB, 1998). Mogelijke risico's voor de volksgezondheid van genetische modificatie zijn daarbij een relatief nieuw fenomeen. Net als bij bijvoorbeeld de lange termijn risico's van blootstelling aan toxische stoffen, die voor de meeste stoffen ook nog niet bekend zijn. Nieuwe risico's zullen naar verwachting een belangrijke plaats gaan innemen in onze samenleving, door de ontwikkelingen in de (bio)technologie, door de toenemende materiële investeringen en door de mondiale vervlechting (Keuzenkamp, 1998). Bij nieuwe risico's is veelal sprake van onvoldoende kennis over de mogelijke effecten op de volksgezondheid. In de meeste gevallen is bij directe blootstelling van specifieke groepen een relatie aan te tonen tussen blootstelling en bepaalde effecten, bijvoorbeeld in de werksituatie. Wanneer het gaat om meer algemene effecten en effecten op de lange termijn op de gezondheid is een relatie met bronnen vrijwel niet te leggen (Tukker, 1998).

#### **5.4 Inhoudelijke haalbaarheid**

Genetisch gemodificeerde voedingsmiddelen worden ook wel ggo's (genetisch gemodificeerde organismen) genoemd. Het beoogde doel van facetbeleid met betrekking tot de volksgezondheid in dit kader is vooral defensief: het voorkomen van mogelijke negatieve gezondheidseffecten. De beoogde positieve effecten van genetisch gemodificeerd voedsel zijn met name in het voordeel van de producenten (boeren en industrieën). Genetische modificatie zou gewassen beschermen tegen bijvoorbeeld schimmels, waardoor bijvoorbeeld geen of minder insecticiden of herbiciden hoeven te worden gebruikt, hetgeen kostenbesparend kan zijn. Voor de industrie ligt het beoogde effect in de grotere omzet (verkoop en patenten) uit zaden en pootmateriaal, al of niet in combinatie met insecticiden en herbiciden. Voor de volksgezondheidssector speelt genetische modificatie overigens wel een positieve rol bij de ontwikkeling van geneesmiddelen.

Over de neveneffecten van genetisch gemodificeerd voedsel is nog nauwelijks iets bekend (GZB-VVB-991252). Een aantal van deze neveneffecten is wel plausibel. Zo is allergeniteit een belangrijk aandachtspunt bij de veiligheidsbeoordeling van

genetisch gemodificeerde voedingsmiddelen. Hierbij dient met name op de eiwitten te worden gelet, omdat bijna alle allergenen eiwitten zijn. Introductie van niet van nature aanwezige genen in een voedingsmiddel kan zowel de introductie van een tot dan toe niet aanwezig eiwit tot gevolg hebben, als de verwijdering van een eiwit (GZB-VVB-991252).

Een ander neveneffect kan zijn dat door kruising onuitroeibaar onkruid (herbiciden- en insecticidenresistentie) ontstaat of dat resistente virussen ontstaan. Voorbeelden van mechanismen via welke dit kan gebeuren zijn beschikbaar wat betreft de ontwikkeling van bacteriële resistentie tegen antibiotica. In de tweede voortgangsrapportage biotechnologie en levensmiddelen wordt geconcludeerd dat het gebruik van antibioticumresistente gewassen in de levensmiddelenproductie een verwaarloosbare bijdrage levert aan de ontwikkeling van antibioticumresistenties onder ziekteverwekkers (GZB-VVB-991252). Wat de herbiciden- en insecticidenresistentie betreft bestaat nog onvoldoende duidelijkheid over de mogelijk negatieve effecten van de geïntroduceerde stoffen waardoor het gewas zijn resistentie verkrijgt, het veranderende herbiciden- en insecticidegebruik en de mogelijke metabolieten daarvan (GZB-VVB-991252).

Een derde plausibel neveneffect is verstoring van het ecosysteem en de voedselketen door gebruik van biotechnologie. Een dergelijke verstoring kan optreden wanneer genetisch gemodificeerde organismen kruisen met 'wilde' organismen van dezelfde soort. Ook kunnen, bijvoorbeeld tijdens het transport van zaden, organismen buiten het 'gecontroleerde' landbouwareaal terechtkomen (Powell en Leiss, 1997). De potentiële gevaren van een verstoring van het ecosysteem voor de volksgezondheid zijn op dit moment moeilijk te overzien.

Gezien bovenstaande analyse is het niet mogelijk om voor genetisch gemodificeerde voedingsmiddelen de kans op het ontstaan van negatieve gezondheidseffecten te kwantificeren. Ook is het niet aan te geven op welke termijn een gezondheidseffect verwacht kan worden. Wel is het aannemelijk dat als er negatieve gezondheidseffecten optreden, deze waarschijnlijk grote groepen van de bevolking zullen treffen. De potentiële doelgroep van facetbeleid op dit terrein bestaat dan ook uit de gehele Nederlandse bevolking, i.e. meer dan 15 miljoen mensen. De negatieve gezondheidseffecten zijn waarschijnlijk onomkeerbaar.

Het belangrijkste intermediaire doel van facetbeleid is derhalve het verwerven van meer kennis over de gezondheidseffecten van genetisch gemodificeerde voedingsmiddelen. Juist omdat niet volledig aannemelijk gemaakt kan worden dat genetisch gemodificeerd voedsel geen invloed heeft op de gezondheidssituatie van (groepen van) de Nederlandse bevolking is wellicht actie geboden. Welke instrumenten daarvoor in aanmerking komen zal onder instrumentele haalbaarheid besproken worden.

#### *Instrumentele haalbaarheid*

Momenteel bestaat het beleidsinstrumentarium wat betreft genetisch gemodificeerde voedingsmiddelen met name uit instrumenten die vallen onder het type Wet- en regelgeving (Authority). Het gaat daarbij met name om de Warenwetregeling Toelating nieuwe voedingsmiddelen, die sinds 1993 van kracht is, en de EU-verordening 258/97, de zogenaamde Novel Foods verordening, die sinds 1997 van kracht is. In haar brief van 7 april 1999 concludeert het Algemeen overleg voedselveiligheid en keuzevrijheid, op basis van de Tweede voortgangsrapportage Biotechnologie en Levensmiddelen, dat er goede en betrouwbare procedures gelden voor de toelating van genetisch gemodificeerde organismen en de producten ervan (GZB-VVB 991252). Het gaat daarbij met name om het uitvoeren van risicobeoordelingen op basis van beschikbare kennis en modellen. Op basis van deze beoordelingen wordt een middel al of niet toegelaten tot de markt. Een tweede maatregel betreft de vergunningen die nodig zijn om met genetisch gemodificeerd materiaal te mogen werken. In het overheidsbeleid worden naast veiligheid van genetisch gemodificeerde voedingsmiddelen de nadruk gelegd op duidelijke herkenbaarheid van deze producten teneinde de consument een keuze te geven bij de aanschaf ervan. Hiervoor zijn in de EU etiketteringsvoorschriften opgesteld. Daarnaast speelt voorlichting een grote rol (GZB-VVB-991252).

De vraag is vervolgens of aanvullende maatregelen nodig en uitvoerbaar zijn om de mogelijk negatieve gezondheidseffecten van genetische gemodificeerde voedingsmiddelen te reduceren. Hierbij kan gekozen worden voor een intensivering van de huidige maatregelen. Ook kunnen aanvullende maatregelen getroffen worden. Eén van de andere maatregelen is het instellen van een moratorium, zodat er meer tijd beschikbaar komt om de mogelijke gezondheidsrisico's te onderzoeken. Een moratorium valt eveneens onder het type wet- en regelgeving, aangezien de kans klein is dat het bedrijfsleven zelf een

convenant van deze strekking sluit. Naast een moratorium kunnen echter ook andere (aanvullende) beleidsinstrumenten ingezet worden om het onderzoek naar gezondheidseffecten van genetisch gemodificeerd voedsel te bevorderen en om de volksgezondheid te beschermen.

Alle andere typen instrumenten komen eveneens in aanmerking voor het ondersteunen van gezondheidsbeschermend beleid. Zowel de overheid als het bedrijfsleven zullen financiële en organisatorische inspanningen moeten leveren om zo snel mogelijk een indruk te kunnen krijgen van mogelijke gezondheidseffecten van genetisch gemodificeerd voedsel. Hierbij spelen dus zowel instrumenten van het type *Treasure* als van het type *Organization* een rol. Ook kan gekozen worden voor het stimuleren van de niet-biotechnologische (biologische) landbouw. Momenteel is het uitgangspunt dat de ontwikkeling van het aanbod van niet-biotechnologische levensmiddelen in eerste instantie een zaak is van marktwerking, waarbij de overheid stimulerend en faciliterend kan optreden. Om de biologische landbouw verder te stimuleren kunnen alle typen instrumenten worden ingezet.

Gezien de ontwikkelingen op het terrein van de genetische modificatie is het noodzakelijk dat de genoemde beleidsinstrumenten spoedig worden ingezet. Om te voorkomen dat biotechnologische bedrijven hun toevlucht zoeken tot andere landen dienen op internationaal niveau bestaande netwerken te worden benut. Betrokken actoren op nationaal en internationaal niveau moeten derhalve benaderd (en overtuigd) worden om hierin één lijn te trekken, waarbij gezondheidsbescherming in acht moet worden gehouden. De vraag is echter in hoeverre deze maatregelen ook politiek-bestuurlijk haalbaar zijn. Hier zal in het volgende kopje op worden ingegaan.

#### *Politiek-bestuurlijke haalbaarheid*

Het bepalen van de politiek-bestuurlijke haalbaarheid van maatregelen inzake genetisch gemodificeerd voedsel is moeilijk, aangezien er diverse belangen een rol spelen. Het onderwerp staat wel in de belangstelling, aangezien actiegroepen onlangs een oproep tot een moratorium hebben gedaan (Kamp en Touber, 1999). Daarnaast wordt de biotechnologie als een veelbelovende sector van de economie gezien door zowel overheid als industrie. De belangen van de industrie stromen daarbij echter niet met de belangen van de actiegroepen.



De betrokken actiegroepen zijn met name gebaat bij een moratorium en roepen daar deels zelf ook al toe op. De invloed die zij kunnen uitoefenen lijkt echter beperkt: ze hebben nauwelijks machtsmiddelen die zij kunnen inzetten ter ondersteuning van hun oproep. Eén van de machtsmiddelen die wel effectief kan zijn is het stimuleren van consumentenacties, zoals bijvoorbeeld bleek bij de voorgenomen ontmanteling van de Brent-Spar enkele jaren geleden. De industrie heeft eveneens grote belangen, die zij kan verdedigen door te schermen met verlies aan werkgelegenheid en achterstand in de ontwikkeling van nieuwe technologieën. Onderzoekers zijn als belangengroep heterogeen. Omdat genetische modificatie in het algemeen hightech is, zal waarschijnlijk elke ontwikkeling (offensief of defensief) leiden tot meer werk voor met name biotechnologisch gerichte onderzoekers.

## 5.5 Grotestedenbeleid

Sinds 1995 wordt er in Nederland een zogenaamd Grotestedenbeleid gevoerd. Het beleid is gericht op een sociaal-economische, culturele en maatschappelijke revitalisering van de deelnemende steden. In convenanten tussen rijk en 25 steden is deze doelstelling vertaald in een groot aantal afspraken en streefcijfers op het gebied van werk, onderwijs, veiligheid, leefbaarheid en zorg (BZK, 1995a; 1995b; 1997; 1998c). Een van de onderdelen van het grotestedenbeleid is de integratie van allochtonen. Het gaat dan om adequate inburgeringstrajecten en voldoende voorzieningen voor taalonderwijs. Vervolgens om beroepskwalificerende trajecten en aansluiting op de reguliere arbeidsmarkt (SER, 1998). Uit de enquête beroepsbevolking van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) blijkt namelijk dat de werkloosheid in de grote steden in het algemeen hoger is dan het landelijk gemiddelde. Hoewel deze werkloosheid dalende is, profiteren met name mannen, autochtonen en jongeren sterker van de verbeterde situatie dan vrouwen, allochtonen en ouderen (Verweij *et al*, 1998). Beleid ter versterking van de arbeidspositie van deze groepen is derhalve wenselijk. Aangezien het hebben van werk en inkomen van invloed is op de omvang van SEGV liggen hier tevens mogelijkheden voor facetbeleid om SEGV tegen te gaan. In hoeverre facetbeleid op dit terrein kansrijk is, in het bijzonder wat betreft bevorderen van de werkgelegenheid voor allochtonen, wordt in deze paragraaf beschreven.

### *Inhoudelijke haalbaarheid*

Een van de uitgangspunten van het grotestedenbeleid is bevordering van de maatschappelijke participatie door deelname aan betaalde arbeid. Dit uitgangspunt sluit goed aan bij facetbeleid op het terrein van de volksgezondheid. Zoals uit hoofdstuk 3 blijkt, hangt het hebben van betaalde arbeid en inkomen namelijk samen met een aantal determinanten van een goede gezondheidstoestand, zoals onder andere goede voeding, voldoende verwarming, sociale participatie en ontspanningsmogelijkheden. Beoogde gezondheidseffecten van facetbeleid op dit terrein kunnen derhalve het verkleinen van de SEGV en het verbeteren van de gezondheidstoestand van allochtonen zijn. Deze twee beleidsdoelen overlappen slechts ten dele: naast een gemiddeld lage SES dragen ook andere factoren bij aan de relatief slechte gezondheid van allochtonen (Reijneveld, 1998b; Stronks, 1999). Facetbeleid kan derhalve beschouwd worden als ondersteuning aan het Grotestedenbeleid.

Beleid gericht op de integratie van allochtonen door deelname aan betaalde arbeid kan ook negatieve gezondheidseffecten hebben. Mogelijke stigmatisering van deze bevolkingsgroep kan leiden tot sociale uitsluiting. Daarnaast kan het hebben van werk en inkomen een ongunstige invloed hebben op de leefstijl, bijvoorbeeld omdat meer geld beschikbaar komt voor ongezonde leefwijzen als roken.

De potentiële doelgroep voor facetbeleid op dit terrein bestaat uit allochtonen tussen de 15 jaar en 64 jaar. De totale omvang eerste generatie allochtonen (beperkte definitie) in deze leeftijdsgroep bestaat uit ongeveer 550 duizend personen (CBS, 1998). Uit de rapportage minderheden 1998 van het SCP blijkt dat het gemiddelde werkloosheidspercentage van personen geboren in Turkije en Marokko voor personen tussen de 30 en 65 jaar ongeveer tussen de 20 en 25% ligt. Voor personen geboren in Suriname, de Antillen en Zuid-Europa ligt dit percentage rond de 15%. Voor Nederlanders daarentegen bedraagt het werkloosheidspercentage voor 30 tot 65 jarigen ongeveer 5% (Tesser *et al*, 1998).

En hoewel het effect op de maatschappelijke participatie door deelname aan betaalde arbeid relatief snel plaats kan vinden, zal de termijn waarop gezondheidseffecten optreden veel langer zijn. De effecten van facetbeleid op dit terrein zijn, voor zover ze SEGV betreffen, namelijk indirect: van inkomen via determinanten naar volksgezondheid (zie hoofdstuk 3, figuur 3.1). Wel zullen de gezondheidseffecten in de meeste

gevallen blijven bestaan. Zoals uit hoofdstuk 3 blijkt kunnen deze effecten zowel somatisch, psychisch als sociaal van aard zijn. Wat betreft beleid gericht op andere dan sociaal-economische factoren die leiden tot een slechtere gezondheid en een hoger zorggebruik van allochtonen is op dit moment nog onvoldoende kennis beschikbaar over de mechanismen (Reijneveld 1998b; Stronks, 1999). Beleid zal hier primair gericht moeten zijn op de vermeerdering van kennis.

#### *Instrumentele haalbaarheid*

Ook op dit terrein worden een aantal instrumenten ingezet die de volksgezondheid bevorderen. In de convenanten Grote-stedenbeleid staat onder andere de stedelijke werkloosheidsontwikkeling en de werkgelegenheidsgroei centraal (BZK, 1995a; 1995b; 1997). Daarnaast wordt in de Nota Kansen krijgen, kansen pakken (BZK, 1999) het integratiebeleid 1999-2002 verwoord, waarbij integratie van allochtonen via betaalde arbeid als één van de integratiemogelijkheden wordt gezien. In verband met hun gemiddeld lage opleidingsniveau zijn veel allochtonen vooral aangewezen op een baan in de onderste segmenten van de arbeidsmarkt. De participatie van minderheden op de arbeidsmarkt wordt in de eerste plaats bevorderd door algemeen arbeidsmarktbeleid, dat met name gericht is op de onderkant van de arbeidsmarkt, namelijk het stimuleren van werkgelegenheid in dit segment door fiscale maatregelen en subsidies voor de marktsector, de versterking van het aanbod van werklozen en de creatie van gesubsidieerde banen (Melkertbanen, het Jeugd-Werk-Garantieplan (JWG) – banen, werkervaringsplaatsen en de banenpool; SER, 1998).

Daarnaast is in de afgelopen kabinetsperiode in de vorm van afspraken met de sociale partners in de Stichting van de Arbeid een basis gelegd voor investeringen die gericht zijn op een substantiële vermindering van de werkloosheid onder etnische minderheden. Deze bestaat uit een minderheden akkoord, de ondersteunende Wet Stimulering Arbeidsdeelname Minderheden (SAMEN) en het vernieuwde minderhedenbeleid van de Arbeidsvoorziening. Hierbij gebruikt de overheid ook de andere typen instrumenten. In haar netwerkfunctie richt de overheid zich intern tot diverse departementen en extern tot onder andere werkgevers- en werknemersorganisaties, arbeidsbureaus, uitzendbureaus en werkgevers (de zogenaamde Taskforce Minderheden en Arbeidsmarkt). Daarnaast worden financiële en organisatorische inspanningen geleverd om de bovengenoemde regelgeving ten uitvoer te brengen, zoals het stimuleren van de instroom van allochtonen op ge-

zichtsgebepalende functies bij zowel de overheid als de marktsector. Ook worden maatregelen ingezet om het door middel van (om)scholing en een onderwijsaanbod op maat een arbeidsaanbod te genereren dat aansluit bij de wensen van de werkgevers (BZK, 1999).

In aanvulling op deze maatschappelijke participatie door werk is er in het grotestedenbeleid ook aandacht voor sociale integratie en participatie, aangezien maatschappelijke samenhang geen natuurlijk gegeven is, maar de resultante van sociale processen en groepsinteracties. In dit kader is aandacht voor het algemene en specifieke welzijnsbeleid door te voorzien in sociale infrastructuur en het bestrijden van achterstanden. Hierbij wordt onder andere aan niet-actieven een traject aangeboden dat gericht is op maatschappelijke participatie (Anderson, Elffers, Felix, 1998; VWS, 1998). Tevens is er in dit verband aandacht voor de armoedebestrijding onder allochtonen (BZK, 1999).

Om het gewenste doel van facetbeleid ter bevordering van de volksgezondheid te bereiken zijn aanvullende maatregelen nodig. Om vooroordelen, racisme en discriminatie te voorkomen en om de gezondheid van allochtonen te bevorderen, kan bijvoorbeeld het opleiden van allochtonen voor functies in de zorgsector bevorderd worden. Ook dient het volksgezondheidsaspect, naast aandacht voor armoedebestrijding, sociale integratie en zorg, expliciet geformuleerd en geëvalueerd te worden als beleidsdoel in het grotestedenbeleid.

#### *Politiek-bestuurlijke haalbaarheid*

Met de komst van een minister voor Grotesteden- en integratiebeleid in deze kabinetsperiode is de positie van het onderwerp op de politieke agenda verstevigd. Verschillende actoren vragen aandacht voor de grote steden problematiek, voor het creëren van werkgelegenheid en voor de integratie van allochtonen (o.a. SER, 1998). Binnen de volksgezondheidssector zijn er verder actoren die streven naar een verkleining van de omvang van SEGV, en die daarmee in principe ook belang hebben bij facetbeleid gericht op bevordering van de maatschappelijke participatie van allochtonen. De belangen van deze groepen actoren zijn complementair. Tegenwerking op nationaal niveau voor dergelijk facetbeleid kan vooral worden verwacht van groepen die dit zien als potentieel bedreigend voor hun eigen positie, zie hieronder.

Binnen gemeenschappen kan door het stimuleren van betaalde arbeid onder allochtonen een verdringingseffect optreden aan

de onderkant van de samenleving. Wanneer autochtonen zich gepasseerd voelen kan dit leiden tot onrust, hetgeen op haar beurt kan leiden tot gezondheidseffecten. Op buurtniveau kan daarnaast sprake zijn van onrust en tegenwerking door de komst van nieuwe groepen allochtonen. Een voorbeeld hiervan is de ophef die soms ontstaat bij de vestiging van asielzoekerscentra.

## 6 Samenvatting, discussie en conclusie

### 6.1 Samenvatting

De centrale vraag van deze studie luidt: wat is er bekend over de mogelijkheden om door facetbeleid gezondheidswinst te behalen? Het ging daarbij zowel om het bevorderen van de gezondheidstoestand als om het verminderen van de behoefte aan gezondheidszorg. Om een antwoord op deze centrale vraag te krijgen is een viertal deelvragen onderscheiden.

De eerste deelvraag betreft de beleidsterreinen die van belang kunnen zijn voor de volksgezondheid. Gezondheid wordt namelijk beïnvloed door verschillende groepen determinanten, die voor een groot deel buiten de directe beïnvloedingsfeer van het ministerie van Volksgezondheid liggen. Deze vraag is beantwoord door de beleidsterreinen te inventariseren die potentieel van invloed zijn op de volksgezondheid. Uit deze inventarisatie blijkt dat dit een groot aantal beleidsterreinen betreft, en dat het zeer verschillende terreinen betreft. Enerzijds gaat het bijvoorbeeld om armoedebeleid, anderzijds om woonomgevingbeleid. Een overzicht van mogelijke beleidsterreinen voor facetbeleid met betrekking tot volksgezondheid staat beschreven in hoofdstuk 2.

Een ongelijke blootstelling aan determinanten van de gezondheidstoestand leidt tot verschillen in gezondheid. De mate van blootstelling hangt sterk samen met de sociaal-economische status (SES) van mensen. Daarom heeft de tweede deelvraag betrekking op gezondheidsdeterminanten in relatie tot SEGV (sociaal-economische gezondheidsverschillen). In hoofdstuk 3 wordt eerst samengevat wat bekend is over SEGV, voor zover relevant voor de Nederlandse situatie. De levensverwachting van Nederlanders met een hoge SES is bijvoorbeeld 3,5 jaar groter dan van Nederlanders met een lage SES. Voor de gezonde levensverwachting bedragen deze verschillen ongeveer 11,5 jaar. Daarna wordt ingegaan op de mechanismen via welke SEGV ontstaan: causatie en selectie. In de causatieverklaring gaat men er van uit dat de SES een effect heeft op de gezondheidstoestand, terwijl in de selectieverklaring men er van uit gaat dat de gezondheidstoestand juist een effect heeft op de SES. In theorie kunnen beide mechanismen worden beïnvloed met facetbeleid.

Facetbeleid met betrekking tot de volksgezondheid is mogelijk op een groot aantal beleidsterreinen en de gezondheidswinst die nog kan worden gehaald lijkt, bijvoorbeeld gemeten aan de omvang van SEGV, eveneens groot. Afperking tot enkele beleidsterreinen is daarom gewenst. Daarbij ligt het voor de hand om te kiezen voor beleidsterreinen waarop facetbeleid in principe kansrijk is. De derde deelvraag van dit onderzoek luidt dan ook: 'Welke factoren bepalen in hoeverre facetbeleid op een bepaald terrein kansrijk is?'. Hoofdstuk 4 gaat in op deze factoren waarbij het accent ligt op factoren die de haalbaarheid van facetbeleid op een bepaald terrein bepalen. Onderscheiden worden drie categorieën van haalbaarheid, te weten inhoudelijke, instrumentele en politiek-bestuurlijke haalbaarheid. Per categorie is een aantal vragen geformuleerd als operationalisatie van de relevante factoren binnen die categorie.

Hoofdstuk 5 beschrijft de resultaten van het toepassen van deze vragen op aspecten van vier beleidsterreinen, te weten onderwijs, veiligheid, landbouw en grotestedenbeleid. Het gaat daarbij om respectievelijk psychosociale problematiek bij jongeren in het voortgezet onderwijs, sociale veiligheid, introductie van genetisch gemodificeerde voedingsmiddelen en integratie van allochtonen door middel van werk. Deze vier beleidsterreinen omvatten een combinatie van aspecten die kunnen samenhangen met de haalbaarheid van facetbeleid met betrekking tot de volksgezondheid. De resultaten variëren per beleidsterrein. Facetbeleid gericht op het voorkomen en verhelpen van psychosociale problemen bij jongeren in het voortgezet onderwijs lijkt kansrijk, waarbij echter de instrumentele haalbaarheid een beperkende factor kan zijn. Facetbeleid op het terrein van de sociale veiligheid is eveneens kansrijk te noemen, omdat het zowel inhoudelijk als instrumenteel en politiek-bestuurlijk haalbaar is. Facetbeleid op het terrein van de genetisch gemodificeerde voedingsmiddelen lijkt daarentegen minder kansrijk, vooral omdat de politiek-bestuurlijke haalbaarheid beperkt lijkt. Tot slot lijkt facetbeleid gericht op de integratie van allochtonen door het stimuleren van betaalde arbeid weer wel kansrijk: inhoudelijk, instrumenteel en politiek-bestuurlijk lijkt de haalbaarheid goed.

## **6.2 Discussie en conclusie**

Een eerste algemene conclusie die uit deze exercitie kan worden getrokken is dat de gepresenteerde methodiek voor het

verkennen van de kansrijkheid van facetbeleid bruikbaar is. De indeling in inhoudelijk, instrumentele en politiek-bestuurlijke haalbaarheid werkt zeer structurerend. Hieronder zal nader worden ingegaan op de drie categorieën van haalbaarheid afzonderlijk.

De inhoudelijke haalbaarheid heeft betrekking op de mate waarin het aannemelijk is dat het beoogde facetbeleid invloed zal hebben op de volksgezondheid. Het gaat daarbij om het aantonen van causaliteit of, als dat niet kan, plausibiliteit van het beoogde beleid. Het aantonen van causaliteit is in de meeste gevallen moeilijk, hetgeen de argumentatie naar collega beleidsmakers bemoeilijkt. Een probleem bij het overtuigen van de collega's op andere departementen van vooral de plausibiliteit van facetbeleid betreft verder de uitkomstmaten die worden gehanteerd in beleid. In volksgezondheidsbeleid wordt veel gesproken in termen van dreigingen en risico's; er is kans op een bepaald ongewenst effect, maar dit effect heeft (meestal) nog niet feitelijk plaatsgevonden. Het voorgestelde beleid is derhalve preventief van aard. Hierdoor ontbreken in de meeste gevallen benadeelden die als medestander de komst van facetbeleid kunnen steunen en als er al wel benadeelden zijn, is het voorgestelde preventieve beleid voor hen minder relevant. Benadeelden als potentiële medestanders van beoogd facetbeleid kunnen ook ontbreken doordat technologische ontwikkelingen zeer snel gaan. Dit is bijvoorbeeld het geval wat betreft de mogelijke effecten van nieuwe technologieën. Daarnaast kan een nieuwe technologie negatieve gezondheidseffecten veroorzaken die echter door technologische ontwikkelingen weer opgelost kunnen worden. Een voorbeeld hiervan is de toename van het aantal personen met RSI (repeated strain injury) na de komst van de computer. Luisterende computers kunnen er in de toekomst voor zorgen dat dit ziektebeeld snel tot het verleden gaat behoren. Hoe anders is dit met de gezondheidseffecten veroorzaakt door blootstelling aan asbest.

Naast de inhoudelijke haalbaarheid speelt de instrumentele haalbaarheid een belangrijke rol. Bepaling van de mate waarin instrumenten reeds worden ingezet is met behulp van de in hoofdstuk 4 geformuleerde vragen in het algemeen relatief snel mogelijk. Vervolgens kan op basis van deze vragen snel een overzicht worden verkregen van de mogelijkheden voor aanvullende inzet van beleidsinstrumenten. Belangrijk bij een aanvullende inzet van beleidsinstrumenten is dat de snelheid waarmee deze kunnen worden ingezet, verschilt per type in-



strument. Aanvullende wetgeving vereist bijvoorbeeld veel tijd, terwijl de instrumenten netwerk en (inzet van de bestaande) organisatie veel sneller kan plaatsvinden.

Ten derde speelt ook de politiek-bestuurlijke haalbaarheid van facetbeleid een belangrijke rol bij het bepalen van de kansrijkheid van facetbeleid op een bepaald beleidsterrein. Zonder ondersteuning van andere actoren is de kans op succesvolle beïnvloeding van het beleid van andere departementen waarschijnlijk gering. Binnen de centrale overheid is het creëren van win-win situaties tussen departementen daarvoor belangrijk. Bij succes kan dit ertoe leiden dat een doel van facetbeleid het gezamenlijk doel wordt van meerdere departementen. Een voorbeeld daarvan is verkeersveiligheid, waarbij een in wezen gezondheidsdoel, reductie van het aantal verkeersslachtoffers, expliciet onderdeel is van het verkeersbeleid. Daarnaast zijn er veelal andere actoren waarvan de belangen minstens ten dele sporen met het beoogde effect van facetbeleid. Voorbeelden van dergelijke actoren zijn bijvoorbeeld actiegroepen, zoals rond genetische modificatie van voeding, maar ook lagere overheden, zoals gemeenten.

Hoewel de kansrijkheid van facetbeleid op verschillende beleidsterreinen in hoofdstuk 5 afzonderlijk is nagegaan voor de drie onderscheiden categorieën van haalbaarheid, zijn de resultaten voor deze categorieën ook aan elkaar gerelateerd. Wanneer bijvoorbeeld de inhoudelijke haalbaarheid duidelijk is, kunnen andere departementen makkelijker overtuigd worden en is daarmee ook de politiek-bestuurlijke haalbaarheid groter. Dit speelt bijvoorbeeld een rol bij het genoemde facetbeleid met betrekking tot de verkeersveiligheid. Hierbij is een duidelijke relatie tussen de veiligheid op de wegen en de toestand van de volksgezondheid. Facetbeleid op dit terrein is derhalve makkelijk van de grond gekomen. Andersom kan als er al een duidelijk politiek-bestuurlijk standpunt is, daar makkelijk met facetbeleid bij worden aangesloten, ook al is een inhoudelijke relatie niet causaal vast te stellen. Een voorbeeld hiervan is het grotestedenbeleid. In de grote steden is vaak sprake van een complexe problematiek, waardoor relaties met de volksgezondheid moeilijk zijn vast te stellen. De politiek-bestuurlijke aandacht die er al is voor dit beleidsterrein biedt echter een relatief makkelijk aangrijpingspunt voor facetbeleid.

Naast de conclusie dat door de indeling in drie categorieën van haalbaarheid de voorgestelde methodiek bruikbaar is voor het verkennen van de kansrijkheid van facetbeleid kan ten

tweede worden geconcludeerd dat de methodiek zeer geschikt is voor een eerste scan bij het ontwikkelen van facetbeleid met betrekking tot de volksgezondheid. Door gebruik te maken van vragen wat betreft deze drie categorieën van haalbaarheid zijn voor dit rapport in een relatief korte periode vier beleids-terreinen systematisch geanalyseerd.

Voor een meer gedetailleerd inzicht in de haalbaarheid is specifieke kennis vereist. Wat betreft de inhoudelijke haalbaarheid is bijvoorbeeld specifieke kennis vereist van de onderliggende processen om een uitspraak te kunnen doen over de aard van de effecten, de termijn en de onomkeerbaarheid ervan, en om effecten te kunnen kwantificeren. Ook kan dan beter worden aangegeven bij welke bevolkingsgroepen en in welke leefsituaties het meeste gezondheidswinst te behalen valt. Een kwantitatieve effectschatting kan in sommige gevallen de inhoudelijke haalbaarheid ondersteunen. Een detaillering van de instrumentele haalbaarheid kan inzicht geven in het type beleidsinstrumenten waarop op dit moment de nadruk ligt en in de wijze waarop additionele maatregelen het best vorm kunnen krijgen. Voor detaillering van deze instrumentele haalbaarheid is bestuurskundige kennis nodig. Voor een gedetailleerd inzicht in de politiek-bestuurlijke haalbaarheid is echter weer meer kennis van het onderwerp en van de daarbij betrokken actoren vereist. Om te bepalen welke actoren beslissingsmacht en hindermacht hebben dienen de diverse actoren nader gepositioneerd te worden. Vragen die daarbij aan de orde kunnen komen zijn:

- zijn er verschillen tussen de politieke partijen onderling?
- is het facetbeleid overeenkomstig de belangen van de sociale partners?
- zijn er actiegroepen en /of belangengroeperingen op dit terrein actief?
- en zo ja, wat is hun standpunt en hoe liggen de onderlinge verhoudingen tussen voor- en tegenstanders?

Dezelfde vragen gelden voor (groepen) onderzoekers en de media. Tot slot dient de vraag beantwoord te worden hoeveel invloed de relevante partijen kunnen uitoefenen op de politieke agenda.

Een methodiek voor het verwerven van een meer gedetailleerd inzicht in de haalbaarheid van facetbeleid is de GES/GER. Daarin wordt meer in detail ingegaan op de inhoudelijke en politiek-bestuurlijke haalbaarheid van een bepaald beleid. Voor een meer gedetailleerd inzicht in de instrumentele haalbaarheid is in dat geval een aanvullende analyse nodig. Belangrijk

is verder dat een GES/GER zich richt op de inzet van al gekozen beleidsinstrumenten op een bepaald beleidsterrein. Een sterk punt van de in dit rapport voorgestelde methodiek is dat deze het mogelijk maakt juist ook na te gaan in hoeverre er nog andere beleidsinstrumenten kunnen worden ingezet.

Verder blijkt dat bij een globaal ondersteuningsinstrument zoals dat in dit rapport wordt geschetst, soms moet worden gekozen voor een bepaald onderwerp binnen een beleidsterrein. Binnen het beleidsterrein Voeding is bijvoorbeeld in deze studie gekozen voor uitwerking van één onderdeel daarvan, namelijk (de productie van) genetisch gemodificeerd voedsel.

Een derde conclusie heeft betrekking op het bestuurlijke niveau waarop de voorgestelde methodiek kan worden toegepast. De methodiek is ontwikkeld voor het bepalen van de kansrijkheid van facetbeleid op nationaal niveau. Ze kan ons inziens echter ook goed worden toegepast op lokaal niveau. Op lokaal niveau speelt namelijk eveneens de kansrijkheid van facetbeleid een rol, bijvoorbeeld op de beleidsterreinen sociale veiligheid en onderwijs. Op lokaal niveau zal de inhoudelijke haalbaarheid niet anders zijn dan op nationaal niveau, maar er zijn natuurlijk wel verschillen in instrumentele en politiek-bestuurlijke haalbaarheid. Met behulp van de gepresenteerde vragen kunnen ook op lokaal niveau de instrumentele en politiek-bestuurlijke haalbaarheid in kaart worden gebracht.

Terugkomend op de vraag wat er bekend is over de mogelijkheden om door facetbeleid gezondheidswinst te behalen kan tot slot worden geconcludeerd dat er zeer veel mogelijkheden zijn voor facetbeleid. Het is derhalve noodzakelijk om keuzes te maken. De voorgestelde snelle scan kan het maken van keuzes ondersteunen. Wanneer een dergelijke scan wordt toegepast op mogelijk facetbeleid voor alle beleidsterreinen ontstaat een goed beeld van (de volks)gezondheid in al haar facetten.



## Bijlage 1

### Lijst van afkortingen

AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BTW	Belasting over de toegevoegde waarde
BZK	Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties
CARA	Chronische Aspecifieke Respiratoire Aandoeningen
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CRIEM	Criminaliteit in relatie tot integratie van etnische minderheden
ESB	Economisch Statistische Berichten
EU	Europese Unie
GER	Gezondheidseffectrapportage
GES	Gezondheidseffectscreening
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
GZB-VVB	Directie Gezondheidsbeleid, afdeling Voeding en Veterinair Beleid
ICES	Interdepartementale Commissie Economische Structuurversterking
JWG	Jeugd-Werk-Garantieplan
LGEG	Levensverwachting in goede ervaren gezondheid
LZB	Levensverwachting zonder beperkingen
MER	Milieu Effect Rapportage
NSPH	Netherlands School of Public Health
OC en W	Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen
OGGZ	Openbare Geestelijke GezondheidsZorg
RIAGG	Regionaal Instituut voor Geestelijke Gezondheidszorg
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
RMO	Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling
RSCB	Raad voor Sociaal en Cultureel Beleid
RSI	Repeated Strain Injury
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
SAMEN	Stimulering Arbeidsdeelname Minderheden
SCP	Sociaal Cultureel Planbureau
SEGV	Sociaal-Economische Gezondheidsverschillen

SER	Sociaal-Economische Raad
SES	Sociaal-Economische Status
SEV	Stichting Stuurgroep Experimenten Volkshuisvesting
SZW	Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid
TK	Tweede Kamer
VNG	Vereniging Nederlandse Gemeenten
VROM	Ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer
VTV	Volksgezondheid Toekomst Verkenning
VWS	Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport
WAO	Wet op de arbeidsongeschiktheid
WCPV	Wet collectieve preventie volksgezondheid
WHO	World Health Organisation
WRR	Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid
WSW	Wet sociale werkvoorziening
WVC	Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur
WVG	Wet voorzieningen gehandicapten

## Bijlage 2

### Literatuur

Andersson Elffers Felix. Deuren openen: investeren in sociale integratie en participatie. Utrecht Andersson Elffers Felix bv 1998.

Barker, D.J.P. (ed). Mothers, babies and health in later life. 2nd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1998.

Beker, M., C.J. Maas, m.m.v. J. Boelhouwer, S.J.M. Hoff. Rapportage Jeugd 1997. Rijswijk: Sociaal en Cultureel Planbureau, 1998.

Berkel-van Schaik, A.C. van, B. Tax. Naar een standaardoperationalisatie van Sociaal-economische status voor epidemiologisch en sociaal-medisch onderzoek: rapport op basis van de werkzaamheden van de Subcommissie Sociaal-economische status van de Programmacommissie Sociaal-economische gezondheidsverschillen. Den Haag: ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, 1990.

BZK. Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties. Nota veiligheidsbeleid 1995-1998. Den Haag: ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, 1995.

BZK. Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties. Convenant grotestedenbeleid : Kabinet - G4. Den Haag: ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, 1995a.

BZK. Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties. Convenant grotestedenbeleid : Kabinet - G15: steden staan voor stedelijkheid. Den Haag: ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, 1995b.

BZK. Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties. Convenant G6. Appendix bij convenant grotestedenbeleid : Kabinet-G15. Den Haag: ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, 1997.

BZK. Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties. Integrale veiligheidsrapportage 1996. Den Haag: ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, 1996.

BZK. Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties. Integrale veiligheidsrapportage 1998. Den Haag: ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, 1998a.

BZK. Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties. veiligheid: Op straat en in je hoofd. Den Haag: ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, 1998b.

BZK. Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties. Doorstartconvenant grotestedenbeleid G25. Den Haag: ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, 1998c.

BZK. Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties. Kansen krijgen, kansen pakken. Integratiebeleid 1999-2002. Den Haag: ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, Minister voor Grotesteden- en integratiebeleid, 1999.

CBS. Centraal Bureau voor de Statistiek. Maandstatistiek van de bevolking, 1998, 48, nr. 11, p. 32-37.

CBS. Centraal Bureau voor de Statistiek. Statistisch Jaarboek 1999. Voorburg/Heerlen: CBS, 1999.

Davey Smith, G., D. Blane, M. Bartley. Explanations for socio-economic differentials in mortality: evidence from Britain and elsewhere. Eur. Jrn. Public Health, 1994, nr. 4, p.131-144.

Dekker, E., T.E.D. van der Grinten. Tien jaar facetbeleid: terugblik en perspectief. TSG, 1995, 73, nr. 7, p. 484-492.

Dekker, E. red. deel 2: Gezondheidseffectscreening; hoe en wanneer? : Verslag van en workshop. In: VWS. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Gezondheidseffectscreening: verkennend rapport en verslag van een workshop. Rijswijk: ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 1995.

Dossier Nieuwe risico's. ESB 1998, 84 (4193), D1-D28.



Garritsen, A.M. Pyttersen's Nederlandse Almanak 1998-'99: jaarlijks verschijnend handboek van instellingen en personen in Nederland. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1998.

GZB-VVB-991252. Algemeen overleg voedselveiligheid en keuzevrijheid. Brief en tweede voortgangsrapportage biotechnologie en levensmiddelen. Den Haag: ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 7 april 1999.

Gunning-Schepers, L.J., J.J. Barendregt. Timeless epidemiology or history cannot be ignored. *Jrn. Clin. Epidemiology*, 1992, vol. 45, no. 4, p. 365-372.

Herten, L.M. van, H.C. Boshuizen, R.J.M. Perenboom, H.P.A. van de Water. Gezonde levensverwachting naar sociaal economische status. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid, 1997.

Hood, C.C. *The tools of government*. London: The MacMillan press, 1983.

Israels, A.H. De sterfte der kinderen in de drie eerste jaren des levens te Amsterdam, in de jaren 1850-1859. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1862, 6, p. 289-302.

Justitie; Binnenlandse Zaken; Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen; Sociale Zaken en Werkgelegenheid; Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Vier jaar Van Montfrans: Uitvoering plan van aanpak Jeugdcriminaliteit. Den Haag: ministerie van Justitie, 1998.

Keuzenkamp H. Verzekeren in het donker. *ESB-dossier*, 1998, 84 (4193), D28.

Koornstra, A. red. Ruimte voor gezondheid: Gezond bouwen en wonen in nieuwe wijken: een terreinverkenning. Den Haag: VNG Uitgeverij, 1997.

Lalonde, M. *A new perspective on the Health of Canadians: a working document*. Ottawa: Government of Canada, 1974.

Lemstra, W. Advies van de commissie Versterking Collectieve Preventie: Gemeentelijk Gezondheidsbeleid: Beter op zijn plaats. Rijswijk: ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, november 1996.

Mackenbach, J.P., red. De longitudinale studie naar sociaal-economische gezondheidsverschillen (LS-SEGV) Opzet en enkele resultaten. Sociaal-economische gezondheidsverschillen deel 14. Rijswijk: ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 1994.

Mackenbach, J.P. Volksgezondheid in Nederland. In: Maas, P.J. van der, J.P. Mackenbach red. Volksgezondheid en gezondheidszorg. Utrecht: Wetenschappelijke uitgeverij Bunge, 1995.

Mackenbach, J.P., H. Verkleij, red. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997: II Gezondheidsverschillen. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu/Maarsse: Elsevier/de Tijdstroom, 1997.

Mheen, H. van de, S.A. Reijneveld, J.P. Mackenbach. Socio-economic inequalities in perinatal and infant mortality from 1854 to 1990 in Amsterdam, the Netherlands. Eur J Public Health, 1996, nr. 6, p. 166-174.

Mooy, J.M., L.J. Gunning-Schepers. Computersimulatiemodellen in 'evidence-based' facetbeleid: gezondheidseffect-schatting van beleid gericht op minder roken, meer bewegen en hogere groente en fruit consumptie. Amsterdam: Instituut voor Sociale Geneeskunde, Academisch Medisch Centrum, Universiteit van Amsterdam, 1998.

NSPH. Netherlands School of Public Health. Tabaksontmoedigingsbeleid: Gezondheidseffectrapportage. Utrecht: NSPH, juli 1998a.

NSPH. Netherlands School of Public Health. Checklist Gezondheidseffectscreening. Utrecht: NSPH, augustus 1998b.

Powell, D., W. Leiss. Mad cows and mother's milk: The perils of poor risk communication. Montreal & Kingston/London/ Buffalo: McGill-Queen's University Press, 1997.

Programmacommissie Sociaal-economische gezondheidsverschillen II. Sociaal-economische gezondheidsverschillen: onderzoeksprogramma. Den Haag: ZON, 1995.

Putters, K. Gezondheidseffectscreening: Rationele modellen in hun bestuurlijke context. Rijswijk: ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, juli 1996.

Putters, K., T.E.D. van der Grinten. Facetbeleid en gezondheidseffectscreening: de bestuurlijke inbedding van een gezondheidkundig instrument. TSG, 1998a, 76, nr. 5, p. 258-262.

Putters, K., T.E.D. van der Grinten. Health impact screening: the administrative function of a health policy instrument. Eurohealth, 1998b, 4 (3), p. 29-31.

Ravelli, A.C.J. Prenatal exposure to the dutch famine and glucose tolerance and obesity at age 50. Academisch proefschrift. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1999.

Reijneveld, S.A. The impact of individual and area characteristics on urban socioeconomic differences in health and smoking. Int. J. Epidemiol 1998a, 27, p. 33-40.

Reijneveld, S.A. Reported health, lifestyles, and use of health care of first generation immigrants in the Netherlands: do socioeconomic factors explain their adverse position? J. Epidemiol Community Health, 1998b, 52, p. 298-304.

RMO. Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling. Kwaliteit in de buurt. Advies 4. Rijswijk: Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling, 1997.

Roscam Abbing, E.W., L. Smits, B. Tax. Deel 1: Gezondheidseffectscreening: een verkenning. In: VWS. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Gezondheidseffectscreening: verkennend rapport en verslag van een workshop. Rijswijk: ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 1995.

RVZ. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Besturen in overleg. Zoetermeer: RVZ, 1998.

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

Schaapveld, K., E.W. Bergsma, J.K.S. van Ginneken, H.P.A. van de Water. Setting priorities in prevention. Leiden: TNO Institute for Preventive Health Care, 1990.

Schuyt, C.J.M. Kwetsbare jongeren en hun toekomst: een beleidsadvies gebaseerd op een literatuurverkenning. Rijswijk: ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 1995.

SER. Sociaal Economische Raad. Samen voor de stad: advies inzake het grotestedenbeleid. Den Haag: Sociaal Economische Raad, 1998.

Stronks, K. Socio-economic inequalities in health: individual choice or social circumstances? Proefschrift Erasmus Universiteit Rotterdam, 1997.

Stronks, K., H. van de Mheen, J.P. Mackenbach. Sociaal-economische gezondheidsverschillen. In: Mackenbach, J.P., H. Verkleij, red. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997: II Gezondheidsverschillen. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Maarssen: Elsevier/de Tijdstroom, 1997.

Stronks, K., P. Uniken Venema, N. Dahhan, L.J. Gunning-Schepers. Allochtoon, dus ongezond? Mogelijke verklaringen voor de samenhang tussen etniciteit en gezondheid geïntegreerd in een conceptueel model. TSG, 1999; 77, p. 33-40.

Tesser, P.T.M., F.A. van Dugteren, J.G.F. Merens. Rapportage minderheden 1998: De eerste generatie in de derde levensfase. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 1998.

TK 98-99 26204. Tweede Kamer der Staten-Generaal Vergaderjaar 1998-1999. 26204 Jaaroverzicht Zorg 1999, nr. 4. Lijst van vragen en antwoorden, vastgesteld 5 november 1998.

TK 98-99 26200. Tweede Kamer der Staten-Generaal Vergaderjaar 1998-1999. 26200 XVI Vaststelling van de begroting van de uitgaven en ontvangsten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 1999, nr. 5. Verslag houdende een lijst van vragen en antwoorden, vastgesteld 5 november 1998.

Tukker, A. Nieuwe risico's – een nieuw beoordelingskader? ESB-dossier 1998, 84 (4193), D7.

Velden, J. van der, P. Rasch, S.A. Reijneveld. Identificatie van achterstandsgebieden; een systematiek voor de verdeling van extra middelen aan huisartsen. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 1997, 141, nr. 14, p. 693-697.

Verheij, R.A., S.A. Reijneveld, D.H. de Bakker. Identificatie van stedelijke achterstandsgebieden: evaluatie van een systematiek voor de verdeling van extra middelen aan huisartsen. Utrecht: NIVEL, 1998.

Verloove-Vanhorick, S.P. Project Basistaken Collectieve Preventie: Hoofdlijnen adviezen Basistaken Collectieve Preventie. Den Haag: ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 1998.

Verweij, A.O., E.J. Latuheru, A.M. Rodenburg, Y.M.R. Weijers. Jaarboek 1997 grotestedenbeleid. Deel 1: Situatie en ontwikkeling in de steden. Rotterdam: Instituut voor Sociologisch-Economisch Onderzoek, 1998.

Kamp, J., T. Touber. Biotechnologie is een gevaarlijk spelletje met moeder natuur. Volkskrant, 10 april 1999.

VWS. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Gezondheidseffectscreening: verkennend rapport en verslag van een workshop. Rijswijk: ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 1995.

VWS. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Sturen op doelen, faciliteren op instrumenten: beleidskader ten behoeve van gemeenten ter ondersteuning van lokaal sociaal beleid. Rijswijk: ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 1998.

West, P. Rethinking the health selection explanation for health inequalities. *Social Science and Medicine* 1991, 32, nr. 4, p. 373-384.

WRR. Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. Sociaal-economische gezondheidsverschillen en beleid: preadviezen. Den Haag: SDU uitgeverij, 1991.

WVC. Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Nota 2000: over de ontwikkeling van gezondheidsbeleid: feiten, beschouwingen en beleidsvoornemens. Leidschendam: ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, 1986.

**Raad voor de Volksgezondheid en Zorg**

Postbus 7100

2701 AC Zoetermeer

Tel 079 368 73 11

Fax 079 362 14 87

E-mail [mail@rvz.net](mailto:mail@rvz.net)

**Colofon**

Ontwerp: 2D3D, Den Haag

Fotografie: Eric de Vries

Druk: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg,  
Zoetermeer;  
De Longte Dordrecht, omslag

Uitgave: 2000

ISBN: 90-5732-063-0

*U kunt deze publicatie bestellen door overmaking van f 20,-  
op bankrekeningnummer 160170400 ten name van de RVZ  
te Zoetermeer onder vermelding van publicatienummer 99/20*

© Raad voor de Volksgezondheid en Zorg