Over het realiteitsgehalte van een (gemeentelijk) preventief volksgezondheidsbeleid

J.H.A. (Hans) van Dolron

Drs. J.H.A. van Dolron is socioloog, en werkzaam bij de lokale overheid. Hij publiceerde eerder over collectieve preventie in *Medisch Contact*, GGD-*Nieuws* en *Binnenlands Bestuur*.

Adres: Kraaienest 35
3224 PK Hellevoetsluis
T (0181) 69 65 29

Samenvatting

De Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid staat, tien jaar na de invoering, nog steeds ter discussie. De doelstellingen van het beleid dat eraan ten grondslag ligt, kunnen maar niet worden gehaald. De oorzaak hiervan is het feit dat theorie en praktijk onvoldoende met elkaar overeenstemmen. Ofschoon er genoeg aanleiding is de beleidsuitgangspunten te herzien, gebeurt dit niet. Dit is te verklaren vanuit politieke desinteresse, en (als gevolg daarvan) onvoldoende kennis van zaken. De beleidssector zelf heeft er geen belang bij ingrijpende wijzigingen voor te stellen.

1 Inleiding

Op 1 januari 1989 is de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV) in werking getreden. Hiermee heeft het rijk de verantwoordelijkheid voor collectieve preventie (gezondheidsvoorlichting en -opvoeding, hygiëne, psychohygiëne en infectieziektebestrijding) en de uitvoering van het gezondheidsbeleid bij de lokale overheid gelegd. Van het begin af aan zijn er echter vraagtekens gezet bij het vermogen van gemeenten deze verantwoordelijkheid ook inhoud te geven (Huurman 1997). Nu, ruim tien jaar later, is deze wet nog steeds volop in discussie. Kort na elkaar zijn in opdracht van het betreffende ministerie, drie rapporten verschenen die de werking van deze wet hebben geëvalueerd (KPMG/NIPG-TNO 1993; Inspectie voor de gezondheidszorg 1995; Commissie Versterking Collectieve Preventie 1996). Hieraan voorafgaand, in 1991, verrichtte het toenmalige Staatstoezicht op de Volksgezondheid een onderzoek naar uitvoering van collectieve preventie door GGD'en. Voor 2000 heeft de minister een vierde evaluatie aangekondigd (Borst-Eilers 1997).

De conclusies in de vier onderzoeksrapporten zijn gelijkluidend. Collectieve preventie staat bij de

lokale overheid nog steeds te laag op de politieke agenda. Er is sprake van een veelal geringe inhoudelijke betrokkenheid van gemeentebesturen bij de collectieve preventie, en een visie op gezondheidsbeleid ontbreekt. De kwaliteit van de uitvoering door GGD'en laat te wensen over, en overal zijn hierin grote verschillen te zien. Facetbeleid, in de WCPV zo belangrijk geacht, komt niet of nauwelijks van de grond. Ook uit de aanbevelingen blijkt grote eensgezindheid. Gemeenten moeten de taken die hen door het rijk in medebewind zijn gegeven, beter gaan uitvoeren. Het is nodig zodanige voorwaarden en faciliteiten te creëren, dat de betrokkenheid en interesse van gemeenten toeneemt. Zij moeten in ruimere mate beleidscapaciteit beschikbaar gaan stellen voor collectieve preventie. Bovendien is meer stimulerend beleid, sturing en toezicht vanuit de rijksoverheid vereist.

In zijn reactie op het rapport van KPMG geeft de toenmalige staatssecretaris Simons aan, centrale regie niet op voorhand af te wijzen (Van Dolron 1994b). De huidige minister merkt naar aanleiding van het rapport van de commissie-Lemstra op:

> '... ik [ben] van mening dat gemeenten, waar zij in gebreke blijven, steviger op deze verantwoordelijkheden moeten worden aangesproken. Ik wil beter gaan vastleggen wat er precies verwacht wordt van de gemeenten op het gebied van de collectieve preventie' (Borst-Eilers 1997).

Het Staatstoezicht moet bij geconstateerde taakverwaarlozing de verantwoordelijke bestuurders, i.c. de gemeenten, wijzen op hun verplichtingen. Een jaar later wordt dit nog eens krachtig herhaald door de directeur-generaal voor de Volksgezondheid als hij stelt, dat het rijk het voornemen heeft veel sterker centraal te sturen (Van den Ouwelant 1998). In de meest recente beleidsnotitie van minister Borst aan de Tweede Kamer wordt aangegeven op welke wijze het rijk hieraan uitvoering wil geven. Er komt centrale informatieverstrekking, het staatstoezicht zal worden verscherpt, en de gemeenten krijgen de verplichting elke vier jaar een beleidsnota over de openbare gezondheidszorg te schrijven (Borst-Eilers 1999).

Zoals blijkt is het rijk niet van plan af te wijken van de tien jaar geleden in gang gezette beleidsrichting voor de collectieve preventie volksgezondheid. In dit artikel wordt verondersteld dat er inmiddels voldoende aanleiding is om dit wel te doen. Zowel de grondslagen van het onderhavige beleid als de koppeling hiervan aan de gemeentelijke overheid zouden ter discussie moeten worden gesteld. In het eerste deel wordt getracht deze veronderstelling te onderbouwen aan de hand van wat hierover de afgelopen tien jaar in de relevante vakliteratuur naar voren is gekomen. De logisch klinkende premisse dat voorkomen beter is dan genezen, wordt allereerst onderzocht. Daarna wordt betoogd dat de consequenties van het causale verband tussen preventieve interventies gericht op het collectief en gedragsverandering op het individuele niveau, onvoldoende zijn onderkend. Ten slotte wordt aangevoerd, dat de koppeling tussen gemeenten en collectieve preventie een weinig gelukkige is. In de beschouwing komt de vraag aan de orde, waarom het rijk zijn beleid terzake niet wijzigt. Bij de poging hierop een antwoord te formuleren, zullen enkele theoretische noties worden betrokken, alsmede de institutionele belemmeringen die een beleidsverandering in de weg staan. Aangezien de voorgeschiedenis van de WCPV voor een goed begrip onmisbaar is, zal daarmee worden begonnen.

2 Voorgeschiedenis

In 1974 verscheen de *Structuurnota Gezondheidszorg*, waarin het rijk een blauwdruk presenteerde voor de gezondheidszorg. Gekomen moest worden tot een functionele, meer samenhangende en doorzichtige organisatie, en de kosten moesten in de hand worden gehouden. Dit alles zou worden gerealiseerd via centrale sturing en planning door de verschillende overheden. Om de voorgenomen veranderingen mogelijk te maken, werd in 1982 de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG) van kracht. Door middel van deze wet wilde de overheid in de periode van 1982-1987 de nieuwe structuur aan de gehele gezondheidszorg opleggen. In de WVG was een belangrijke rol weggelegd voor de lokale overheid. Gemeenten kregen de taak de eerste lijn te reguleren. Voorts moesten zij een basisgezondheidsdienst (GGD) instellen ter uitvoering van de collectieve preventie.

Ondanks de langdurige voorbereiding bleven de ambitieuze plannen van het rijk in de uitvoering steken. De beoogde planning bleek een voortduren-

de bron van conflicten en touwtrekken tussen de belanghebbende partijen. De gezondheidszorg wenste zich niet via het instrument van de WVG te laten besturen (Godfroy 1986). Het verzet tegen deze van bovenaf opgelegde regulering en bureaucratisering was te groot. De wetgeving druiste regelrecht in tegen de gevestigde belangen in de gezondheidszorg, en tegen het heilig geloof bij de medische professie in de soevereiniteit in eigen kring. Bovendien kon de overheid nauwelijks hard maken dat die bemoeienis zinvol zou zijn (Lapré 1987). Als gevolg van het ontbreken van elk draagvlak voor het beleid, werd de WVG na het verschijnen van het rapport van de commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg (commissie-Dekker) in 1987 weer ingetrokken. Sedertdien is het overheidsdenken ten aanzien van de (curatieve) gezondheidszorg gewijzigd, en heeft de overheid zich geleidelijk weer uit deze sector teruggetrokken. De optie voor een landelijk netwerk van basisgezondheidsdiensten, en de sturende rol daarbij voor gemeenten, moest evenwel blijven gehandhaafd. Er werd een nieuw wettelijk kader ontworpen.

De vereiste beleidsomslag werd ingeleid met de *Nota 2000*, die in 1986 verscheen.

'In dit stuk zette de overheid een beleid uiteen dat niet langer het accent legde op (de bekostiging van) curatieve voorzieningen, maar dat juist gericht was op het creëren van mogelijkheden tot voorkomen van ziekte' (Kerkhof 1994).

Gezondheidsbeleid werd geplaatst tegenover het eerder gepropageerde gezondheidszorgbeleid. Daarmee verschoof het accent van beleid met betrekking tot de voorzieningen voor gezondheidszorg naar beleid dat meer rechtstreeks was gericht op beïnvloeding van de gezondheidssituatie (Belleman 1994). Van het verlenen van curatieve gezondheidszorg aan hen die reeds ongezond of ziek zijn, ging de aandacht naar het nadrukkelijker bevorderen van gezondheid en het stimuleren van preventie zowel op individueel als op collectief niveau (Meijer 1994). Het nieuwe wettelijk kader werd gevonden in de WCPV. In deze wet werd, aldus de memorie van toelichting, rekening gehouden met de uitgangspunten van de *Nota 2000*. Centraal stond de aandacht voor samenhang in de benadering van gezondheidsdeterminanten. Gescheiden circuits bij curatie en preventie moesten worden vermeden. Hierbij zouden in het bijzonder gemeentebesturen een sturende rol gaan vervullen. Nadat het streven om greep te krijgen op de curatieve sector was mislukt, werd de aandacht verlegd naar de collectief preventieve sector.

3 Voorkomen is beter dan genezen

Het adagium 'Voorkomen is beter dan genezen' heeft vervolgens sedert het verschijnen van de *Nota 2000* het gezondheidsbeleid van de rijksoverheid bepaald. Toch zijn de twijfels, die hierover reeds rond het verschijnen van deze nota rezen, nooit weggenomen en na verloop van jaren zelfs sterker geworden. Al in 1988 bleek uit een studie van het landelijk centrum van Gezondheidsvoorlichting en Opvoeding (GVO), dat er ten aanzien van GVO-interventies op een breed scala van sectoren nauwelijks reden was tot optimisme (Jonkers e.a. 1988). Latere studies bevestigden dit (Schaapveld 1990; Bakkenist 1991). Sedertdien is de kennis over de werkzaamheid, doeltreffendheid en doelmatigheid van preventieve interventies nauwelijks toegenomen (Gezondheidsraad 1990; Dekker en Stadlander 1992; Tweede Kamer 1993; Belleman 1994; V en W 1994; Tweede Kamer 1995; Van der Maas e.a. 1996; Jansen en Gunning-Schepers 1997). Ofschoon er wel vele pogingen zijn gedaan om ten aanzien hiervan meer duidelijkheid te krijgen, zijn deze veelal blijven steken in procesevaluaties (Van Dolron 1994a). Deze zijn slechts bij uitzondering geschikt voor generaliseerbare uitspraken over doelmatigheid en doeltreffendheid van de interventies (Van der Maas e.a. 1996). Op grond hiervan kan de conclusie zijn, dat er eigenlijk onvoldoende kennis aanwezig is om daarop doeltreffend preventie te baseren.

Sommige auteurs zijn van mening, dat hierover nog geen betrouwbare uitspraken mogelijk zijn en geven collectieve preventie het voordeel van de twijfel. Van preventieve interventies zijn pas op lange termijn meetbare (positieve) effecten te verwachten (Dekker en Stadlander 1992). Studies die dit bevestigen, zijn echter nog niet voor handen. Alleen uitvoerig en consequent uitgevoerd longitudinaal onderzoek kan hierop antwoord geven. Relevante gegevens in de empirie die wel voorhanden zijn (ofschoon betrekking hebbend op de middellange termijn!), bieden weinig ondersteuning voor de hypothese van Dekker. Ondanks de in het verleden

terzake gevoerde campagnes, blijkt uit CBS-cijfers dat 60% van de Nederlanders nog steeds te weinig beweegt, met alle nadelige gevolgen vandien (hartinfarcten, bloedvatvernauwing en ontkalking van botten). Leefstijlfactoren ontwikkelen zich ongunstig (Borst-Eilers 1999). Uit de voortgangsrapportage *Drugsbeleid* van VWS en de studie *Volksgezondheid Toekomstverkenning* 1997 blijkt het gebruik van drugs, alcohol en tabak de laatste jaren, met name onder jongeren sterk toe te nemen (Binnenlands Bestuur 1997; Jansen en Gunning-Schepers 1997). Het Sociaal en Cultureel Planbureau neemt eveneens een stijging van het roken onder jongeren waar, en constateert verder dat er al sedert 1989 in de bevolking een toename van het aantal mensen met overgewicht is waar te nemen (SCP 1998). Dat de vele inspanningen op deze terreinen een vruchtbare voedingsbodem hebben gevonden, lijkt derhalve door de statistieken te worden weersproken.

Behalve over de vraag of preventieve interventies de gewenste veranderingen kunnen bewerkstelligen, heeft het rijk vooraf ook onvoldoende nagedacht over de vraag in hoeverre het überhaupt mogelijk is de gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking substantieel te verbeteren. Van vele kanten is gewezen op het uitstekende peil van de gezondheid en de hoge levensverwachting in onze westerse samenleving. 'Gemeten naar klassieke maatstaven is de toestand van de volksgezondheid in ons land nog nooit zo goed geweest als de laatste jaren' (Van de Water e.a. 1994). Ook het rijk zelf geeft dit aan (Borst-Eilers 1999). Betwijfeld wordt of voorlichting en preventie hieraan nog iets kunnen toevoegen.

> 'De winst die aan het eind van de vorige eeuw werd behaald, is bepaald spectaculair te noemen en activiteiten als vaccinatieprogramma's zijn geheel onomstreden. Bij discussies over grootschalige programma's in de huidige tijd wordt evenwel steeds vaker de vraag gesteld of de hoeveelheid te verwachten winst nog wel opweegt tegen de investeringen die moeten worden gedaan' (Van Wijngaarden 1991).

Bovendien heeft een belangrijk deel van het hoge peil van onze gezondheid te maken met preventie van besmettelijke ziekten als gevolg van vele 'hygiënische' maatregelen. Vooral schoon drinkwater, beter voedsel, goede behuizing en riolering hebben hiertoe bijgedragen (Maes 1986; Borst-Eilers 1987; Gezondheidsraad 1990; Van Wijngaarden 1991; Bügel 1994a; Van der Maas e.a. 1996). Dit valt nauwelijks meer te verbeteren.

Voorts zijn er aanwijzingen dat preventieve maatregelen duurder zijn dan curatieve maatregelen. Ofschoon één van de drijfveren achter de *Nota 2000* was de kosten van de gezondheidszorg terug te dringen, is de discussie over de vraag of bij grootschalige programma's de hoeveelheid te verwachten winst nog wel opweegt tegen de investeringen die moeten worden gedaan, nauwelijks gevoerd. Vanuit wetenschappelijke kring werd al bij het verschijnen van deze nota met nadruk op dit onopgeloste beleidsdilemma gewezen. 'Diverse auteurs hebben aangetoond dat preventieprogramma's zelden leiden tot een verlaging van de kosten in de gezondheidszorg' (Borst-Eilers 1987). Later wordt dit herhaald en het argument dat preventie leidt tot kostenbesparingen, blijkt nauwelijks te zijn gebaseerd op feiten (Jonkers e.a. 1988; Van Wijngaarden 1991). Het tegendeel zou wel eens waar kunnen zijn.

> 'Tot nu toe is niet aangetoond dat indien een leven wordt verlengd als gevolg van preventieve acties, dit ook betekent dat de uitgaven voor de gezondheidszorg lager worden' (Schaapveld 1990).

Want preventie kan ertoe leiden dat het aantal oudere mensen met chronische aandoeningen, en de daaruit voortkomende beperkingen voor het dagelijks functioneren, stijgt. Bij succes zal de kostbare zorgbehoefte toenemen (Gezondheidsraad 1990; Van Wijngaarden 1991; Van de Water e.a. 1994; Gunning-Schepers 1998). De winst die bij de ene ziekte wordt behaald gaat weer verloren door toename van andere ziekten (Van de Water e.a. 1994; Tweede Kamer 1995).

In een onderzoeksrapport van de Raad voor het Gezondheidszorgonderzoek wordt gesteld, dat het adagium 'Voorkomen is beter dan genezen' veel van zijn eenvoud en een deel van zijn aantrekkingskracht heeft verloren (Van der Maas e.a. 1996). In de woorden van Schnabel kan hiervoor een even simpele als duidelijke verklaring worden gevonden:

'... omdat er gewoon nog te weinig bekend is over de determinanten van gezondheidsproblemen. Wat er wel bekend is, levert vaak weer te weinig aanknopingspunten om effectief preventief te kunnen ingrijpen' (Schnabel 1996).

Dit heeft geleid tot een vorm van vermoeidheid

'...die het gevolg is van de ongebreidelde kretologie in het verleden over het nut van preventie: veel geschreeuw en weinig wol' (Roscam Abbing 1998).

4 Preventie en gedrag

Doel van collectieve preventie is de gezondheidstoestand van de bevolking te verbeteren. De 'groep' en haar gemeenschappelijke kenmerken alsmede de aanpak van collectief geldende vraagstukken, worden tot uitgangspunt genomen. Daarbij staat vooral kennisvermeerdering of -verbetering centraal. Gedegen kennis over gezondheidsrisico's leidt, zo wordt beleidsmatig verondersteld, automatisch tot een betere gezondheid. De juistheid van deze veronderstelling kan evenwel worden betwijfeld. Een toename van kennis zal nog geen gedragsverandering teweegbrengen (Van der Maas e.a. 1996). Want, ofschoon kennisvermeerdering wel een noodzakelijke voorwaarde is, moet doel van het beleid zijn '...de individuele burger positief te beïnvloeden in zijn gezondheidsbesef en -gedrag' (Schnabel 1986). Een gedragsverandering die ook op langere termijn standhoudt. Juist hierin schuilt het probleem bij (collectieve) preventie (Gezondheidsraad 1990).

'In de eerste helft van deze eeuw hebben we ook met succes preventie bedreven via gedragsbeïnvloeding, maar toen ging het om ongezond gedrag uit onwetendheid. De boer die zijn melkbussen spoelde in de sloot waar enkele meters verderop zijn "huuske" op loosde, deed dat puur uit onwetendheid, en niet uit onvrede met het bestaan of omdat hij eraan verslaafd was. Toen hij besefte dat en op welke wijze hij hierdoor de melk besmette met tyfusbacteriën, veranderde hij zijn handelwijze. En datzelfde gold voor de talloze andere hygiënische maatregelen die hebben geleid tot een effectieve bestrijding van besmettelijke ziekten. Het ongezonde gedrag dat wij thans moeten gaan bestrijden, komt voort uit geheel andere drijfveren, waar we in feite nog te weinig over weten om een effectieve bestrijding ter hand te kunnen nemen' (Borst-Eilers 1987).

Aanbod van kennis (via het collectief) leidt derhalve niet automatisch tot gedragsverandering en zeker niet tot bestendiging daarvan (Van der Maas e.a. 1996). Voor een werkelijk doeltreffende aanpak is het nodig het individu en met name zijn persoonlijke motivatie te kennen. Het individu moet worden overtuigd van de noodzaak zijn gedrag te wijzigen. Beleidsuitgangspunt is dan niet meer kennisvermeerdering, maar het overwinnen van emotionele factoren en weerstanden die gedragsverandering in de weg staan. Dit maakt het beleid gecompliceerder dan het rijk ten tijde van het uitbrengen van de *Nota 2000* aannam. Het beïnvloeden van emotionele factoren is zeer moeilijk en vraagt een gerichte individuele aanpak en benadering (Maes 1986; Jonkers e.a. 1988). In het bijzonder geldt dit voor gezondheidsgedragingen in relatie tot de leefstijl van mensen. Riskante gewoonten als het gebruik van alcohol en andere verslavende stoffen, roken, ongezonde voeding, weinig bewegen en dergelijke, zijn relatief moeilijk te veranderen (Voorham 1994). Daarom zijn ze vooral een uitdaging voor gedragswetenschappers (Kok 1996). De meeste mensen weten rationeel best wel in hoeverre leefgewoonten bijdragen aan hun gezondheid. Maar zij hebben emotioneel goede 'argumenten' om in hun risicovol gedrag te blijven volharden.

Hoezeer ratio en kennis aan de ene kant en emoties en gedrag aan de andere kant uiteen kunnen lopen, werd onlangs nog eens in de praktijk gedemonstreerd bij een tijdelijke afsluiting van de Van Brienenoordbrug in Rotterdam. Ondanks een omvangrijke, goed en tijdig voorbereide voorlichtingscampagne van Rijkswaterstaat, bleef eenieder zijn auto verkiezen boven het gratis ingezette busvervoer. Gevolg waren files met een totale lengte van vijftig kilometer, automobilisten die uren in de file stonden en een aantal ongevallen dat naar schatting drie maal zo hoog lag als normaal (*de Volkskrant* 1998). Voorts bleek recent uit onderzoek dat dertig jaar filebestrijding geen enkel effect heeft gehad (*de Volkskrant* 1999). Tegen diep ingesleten en tegen beter weten in gehandhaafde ge-

dragspatronen is derhalve geen kruit gewassen. Het rijk heeft nog steeds niet de goede beleidsinstrumenten 'in zijn strijd tegen hardnekkige eigenschappen als luiheid, domheid en gulzigheid' (Van der Zee 1987). Deze constatering, gedaan naar aanleiding van het verschijnen van de *Nota 2000*, heeft weinig aan actualiteit verloren.

5 Gemeenten en collectieve preventie

Het rijk is van mening, dat gemeenten een wezenlijke rol behoren te vervullen bij collectieve preventie. Gemeenten hebben een grote betrokkenheid bij de onderhavige materie en de GGD is hierbij het instrument dat zij moeten gebruiken om hun taken naar behoren te vervullen (Tweede Kamer 1989). Uit de verschillende evaluaties de afgelopen jaren is echter gebleken, dat het met deze betrokkenheid van de gemeenten slecht is gesteld. De geringe vorderingen de afgelopen tien jaar ten aanzien van doeltreffendheid en doelmatigheid van collectieve preventie kunnen dit voor een deel verklaren. Een ander deel van de verklaring dient te worden gezocht in de specifieke koppeling die het rijk heeft aangebracht tussen collectieve preventie en gemeenten. Want bij veel sectoren tonen de meeste gemeenten wel degelijk sterke betrokkenheid. Op zulke uiteenlopende beleidsterreinen als openbare orde, ruimtelijke ordening, volkshuisvesting, maatschappelijke hulp- en dienstverlening, sport en recreatie, onderwijs, sociale vernieuwing enzovoort, ontwikkelen zelfs de kleinste gemeenten in samenspraak met het veld actief beleid (Van Dolron 1994a). Bij al deze beleidsterreinen hebben de verschillende actoren elkaar voldoende te bieden om samen te willen werken en compromissen te sluiten.

Een belangrijke taak die gemeenten in het kader van het gezondheidsbeleid hebben toegewezen gekregen, is te zorgen voor afstemming tussen de collectieve preventie en de curatieve gezondheidszorg.

> 'Gemeenten zijn aldus thans tevens uitdrukkelijk gelegitimeerd de verstrekkers en financiers van curatieve gezondheidszorg aan te spreken om aan de gemeentelijke afstemmingstaak ook daadwerkelijk vorm te geven' (Tweede Kamer 1989).

Deze uitspraak heeft, zo is inmiddels vast komen te staan, louter retorische waarde. Gemeenten beschikken niet over de benodigde bevoegdheden en sanctiemogelijkheden (Roes 1989; KPMG 1993; Gevers 1993; Van Dolron 1994b; VNG 1997). Voorts belemmert het feit dat de curatieve en de preventieve zorg langs gescheiden kanalen worden gefinancierd, de doeltreffendheid van gemeentelijke beleidsvoering in sterke mate (KPMG 1993; Gevers 1993). De versnippering van bevoegdheden over vele partijen, waar gemeenten nauwelijks greep op hebben, maakt dat gemeenten gezondheidsbeleid nauwelijks als hun verantwoordelijkheid herkennen (VNG 1997). Het aan gemeenten geven van extra afstemmingsbevoegdheden zal hierin weinig verbetering brengen. Gelet op de recente ontwikkelingen in de gezondheidszorg ontbreekt daarvoor het benodigde draagvlak. De curatieve gezondheidszorg heeft zich sedert de teloorgang van de WVG steeds duidelijker ontwikkeld in de richting van een (gereguleerde) markt en deze is wars van overheidsbemoeienis. Ten slotte kwam het verzet vanuit de curatieve gezondheidszorg tegen de WVG in belangrijke mate voort uit aversie tegen overheidsbemoeienis (Van Dolron 1994b). Waar het haar bij andere beleidsterreinen wel is gelukt, heeft de lokale overheid bij preventie aan het particulier initiatief niet duidelijk kunnen maken dat zij hierin, samen met haar GGD, een zinvolle rol kan vervullen. Omdat de meerwaarde van deze inbreng (inhoudelijk, financieel, procedureel) niet aannemelijk is te maken, en het juridisch instrumentarium nauwelijks ondersteuning biedt, ontbreekt voor de instellingen elke prikkel om deze rol samen met gemeenten in te vullen.

Aan de epidemiologische taakstelling van gemeenten in het kader van de collectieve preventie hecht de wetgever grote waarde. Inzicht in de gezondheidssituatie van de eigen bevolking moet de basis zijn voor de ontwikkeling van preventieprofielen en hierop geënte preventieve acties. GGD'en hebben, daartoe wettelijk verplicht, allemaal de beschikking over eigen epidemiologen en informaticadeskundigen. Dit is minder logisch en doelmatig dan het lijkt. GGD'en kunnen al vanuit allerlei externe bronnen over de relevante gegevens beschikken. In de praktijk zijn er vele instituten (RIVM, TNO, landelijke huisartsen peilstations, onderzoeksinstellingen, universiteiten) werkzaam die indien gewenst alle benodigde gegevens kunnen leveren. Het CBS houdt voortdurend onder negenduizend

personen gezondheidsenquêtes. Het beschikbaar krijgen van epidemiologische gegevens is dan ook niet een probleem voor gemeenten. Het knelpunt vormt veeleer het vertalen hiervan in beleid (KPMG 1993). Gemeenten kunnen met al die gegevens nauwelijks uit de voeten. 'Het produceren van gegevens in eenzaamheid is goed bedoeld en best aardig maar... bestuurlijk en politiek valt er weinig mee te doen' (Hamers 1992). Daarnaast bestaan er twijfels over de vraag of het wel zo doelmatig is gemeenten via hun GGD een eigen epidemiologische functie te laten vervullen.

> 'Aangezien het opstellen van plaatselijke en regionale gezondheidsprofielen tijdrovend, duur en ingewikkeld is, kan het wel eens een weinig efficiënte manier zijn om het gezondheidsbeleid in kleine landen met een tamelijk homogene bevolking te stimuleren (...) Het is wellicht verstandiger een nationaal gezondheidsbeleid te ontwikkelen, dat wordt uitgevoerd toegesneden op regionale of plaatselijke omstandigheden' (Schaapveld 1990).

Net als bij andere gedecentraliseerde beleidsterreinen dienen gemeenten ten behoeve van de collectieve preventie facetbeleid te voeren. De volksgezondheid wordt door allerlei determinanten (leefstijl, opleiding, arbeid, huisvesting, onderwijs, milieu), die onderling op elkaar ingrijpen, beïnvloed. Facetbeleid, dat hierop het antwoord moet zijn, is echter per definitie een moeizame aangelegenheid (Borst-Eilers 1987). Hierbij past, zo erkent het rijk zelf later, daarom enige bescheidenheid (Tweede Kamer 1993). Na enkele jaren ervaring zijn duidelijke conclusies over positieve effecten van intersectorale samenwerking niet voorhanden (Schuilwerve 1994). Bovendien kan, met als voorbeeld het falende tabaks- en alcoholbeleid van het rijk zelf, worden geconcludeerd dat intersectoraal of facetbeleid alleen kansen op succes biedt als de belangen (gezondheid versus economie) niet strijdig zijn (Jansen en Gunning-Schepers 1997). Bij preventie en facetbeleid is daarvan eigenlijk altijd sprake. Voor gemeenten gaat dit evenzeer op. Indien preventieve acties en facetbeleid doel zouden treffen, zorgt dit voor een 'kostbare' verlenging van levens. De kosten daarvan (grotere belasting voor het gehele zorg- en bijstandssysteem) komen deels terecht bij gemeenten. Dat is beleidsmatig een weinig stimulerend vooruitzicht.

Gemeenten zijn, ter uitvoering van de aan hen opgedragen taken in het kader van het gezondheidsbeleid, verplicht een GGD in stand te houden. Halverwege de jaren '80 werd voor gemeenten die nog niet bij een GGD waren aangesloten, een stimuleringsregeling in het leven geroepen. Deze maakte het voor (zeer vele) gemeenten financieel aantrekkelijk om zich aan te sluiten bij een bestaande dienst, of er zelf één op te richten. Stok achter de deur was het vooruitzicht dat zij, indien zij hier niet vrijwillig en tijdig toe overgingen, na inwerkingtreding van de WCPV wettelijk gedwongen zouden worden dit te doen. De aansluitings- of oprichtingskosten moesten in dat geval echter zelf worden betaald. Deze stimuleringsregeling en de wettelijke verplichting zorgde ervoor, dat in 1988 de laatste GGD'en totstandkwamen en er sprake was van een landelijk dekkend netwerk. Via de teugels van de subsidievoorwaarden deden de gemeenten aldus precies wat de subsidiegever (de rijksoverheid) van hen verlangde (Huurman 1997). De gemeenten moesten een beleid gaan uitvoeren, dat in Den Haag was uitgestippeld (Kerkhoff 1994). De GGD'en werden zo uitvoeringsinstrumenten van een landelijk beleid (idem). Daardoor kan worden gesteld, dat de verhouding tussen gemeenten en GGD zich het beste laat karakteriseren als een verstandshuwelijk (KPMG 1993). Verder werd in de stimuleringsmaatregel een voorkeur uitgesproken voor een Gemeenschappelijke Regeling als bestuursvorm voor GGD'en. Deze vorm van publieke organisatie draagt evenmin bij aan de inhoudelijke betrokkenheid van gemeenten. Het kenmerk van gemeenschappelijke regelingen is namelijk, dat de invloed van individuele gemeenten op het beleid aan banden ligt. Een 'gemeenschappelijk geregelde' GGD bevat weinig prikkels die gemeenten ertoe brengen creatief na te denken over collectieve preventie (Van Dolron 1994a). Daarbij werkt de deskundigheid van de medische professie, dominant aanwezig binnen GGD'en, evenmin uitnodigend (De Jongh 1987; KPMG 1993; Van Dolron 1994a; VNG 1997). Hierdoor is er sprake van een situatie waarin het instrument zichzelf stuurt binnen de financiële kaders van de gemeenten (KPMG 1993).

Samenvattend kan worden geconcludeerd, dat de gemeentelijke afstemmingstaak in het veld als

een weinig zinvolle wordt gezien. De epidemiologische taakstelling voegt nauwelijks iets toe aan hetgeen op dit gebied al door andere partijen wordt geleverd. Facetbeleid (alles hangt met alles samen) is eenvoudig te hoog gegrepen. De koppeling van gemeente en GGD ten slotte, biedt formeel en materieel onvoldoende houvast om tot (wederzijds) stimulerende beleidsinitiatieven te komen.

6 Beschouwing

De specifieke context van het overheidsdenken uit de periode waaraan het gezondheidsbeleid en de WCPV hun ontstaan danken, zou met de woorden van Rosenthal als volgt kunnen worden gekarakteriseerd:

> 'autarkie, soevereiniteit, monopolie, exclusieve bevoegdheid, afgebakende jurisdictie, eenzijdige wilsbeschikking, piramidale machtsuitoefening, dwang en geweld' (Rosenthal 1995).

Het is aantrekkelijk om de geringe resultaten die met het gezondheidsbeleid zijn bereikt aldus te verklaren. Gelet op de ongenuanceerde dreigingen van het rijk om gemeenten inzake de collectieve preventie sterker te gaan aansturen, zit deze verklaring er waarschijnlijk niet geheel naast. Toch is een nadere beschouwing zinnig om de beleidswetenschap en de zaak van de preventie wat verder te brengen.

Bij de beoordeling van overheidsbeleid kan nog al eens worden waargenomen dat, bij oplossingen die worden aangedragen voor knelpunten, gebruikelijkheidscriteria zwaarder wegen dan doeltreffend- en doelmatigheidscriteria (Van Dolron 1994c). Naar aanleiding van het evaluatierapport van de commissie-Lemstra wordt opgemerkt, dat 'de toon van het rapport nog het best kan worden betiteld met meer van hetzelfde, ofwel gewoon doorgaan op de ingeslagen weg' (Bannenberg 1997). Tijdens de verschillende evaluaties is verzuimd te onderzoeken, waarom het beleid het gewenste doel niet treft. Het veronderstelde verband tussen beleidsmaatregel en effect, de beleidstheorie (Glasbergen 1987), heeft men niet ter discussie gesteld. Het dilemma dat ligt besloten in de vraag of het bestaand beleid geïntensiveerd dan wel nieuw beleid ontwikkeld moet worden (idem) is derhalve blijven liggen. Geadviseerd wordt eenvoudig het falen op te lossen door meer beleid te ontwikkelen. 'Onverschillig of een beleid geslaagd of mislukt moet worden genoemd, zijn meer regeling, financiering, beleidsontwikkeling en andere vormen van staatsactiviteit het gevolg. Het verschijnsel wordt wel ironisch de wet van de beleidsaccumulatie genoemd' (Ringeling 1987). De gang van zaken rond het volksgezondheidsbeleid is hiervan een schoolvoorbeeld.

Bij de totstandkoming van overheidsbeleid spelen tal van institutionele belangen een rol. Daarbij gaat het altijd om de vraag wat er op grond van de politieke lijn wenselijk en op grond van de wetenschappelijke lijn mogelijk is. Vaak blijkt in de praktijk dat overheidsbeleid veeleer is gebonden aan de politieke dan aan de wetenschappelijke lijn (Schuyt 1987). Bij de collectieve preventie wijkt het rijk, tegen beter weten (de wetenschappelijke lijn) in, niet van haar politiek geformuleerd standpunt af. De huidige vakminister heeft deze beleidstheoretische notie de afgelopen jaren in de praktijk onderbouwd. Destijds liet zij, als directeur van de Gezondheidsraad en wetenschapper, weinig heel van de voornemens van het rijk inzake het gezondheidsbeleid (Borst-Eilers 1987). Tegenwoordig, in haar rol als beleidsbepalende politicus, verdedigt zij deze zelfde beleidsvoornemens met evenveel overtuiging. (Borst-Eilers 1997 en 1999) Om deze discrepantie beter te begrijpen behoeft vorengenoemde notie van Schuyt enige aanvulling.

Niet zelden wordt, als een beleidsterrein politiek onvoldoende interesse heeft, de officiële politieke lijn in belangrijke mate ambtelijk uitgezet. De laatste jaren tonen kabinet en tweede kamer voor de collectieve preventie, uitgevoerd door gemeenten en GGD'en, weinig actieve belangstelling. Daarom lijkt vooral de ambtelijke bureaucratie debet aan de 'beleidsaccumulatie' op het onderhavige terrein. De constateringen dat overheidsbureaucratieën bijzonder resistent zijn tegen verandering en dat met bestaand beleid veel carrières zijn verbonden (Glasbergen 1984) kunnen hier van toepassing worden verklaard. Na jarenlange en intensieve ambtelijke voorbereiding zag de politiek zich gedwongen de WVG weer los te laten. Het institutionele belang van de ambtelijke organisatie kwam hierdoor onder druk te staan. Met het wegvallen van de WVG werd de invloed van het ministerie ingeperkt. Door een

omslag voor te stellen hoefde het beleid niet (volledig) te worden beëindigd en kon het ministerie een deel van haar invloed behouden.

Gemeenten hebben (blijkens de verschillende evaluaties) onvoldoende interesse in het beleidsveld, en onderkennen hun belang te weinig om zich af te vragen of het niet anders en wellicht beter kan. De VNG zou hierin, als belangenbehartiger namens en adviesorgaan voor gemeenten, een veranderende rol kunnen vervullen. Toch heeft zij onbedoeld de institutionele belangen van GGD'en beter behartigd dan die van haar eigen leden. Al sedert halverwege de jaren '80 heeft de VNG zich, in nauwe samenwerking met deze instellingen, juist hard gemaakt voor gezondheidsbeleid uitgevoerd door gemeenten. Voor een deel valt dit ongetwijfeld te verklaren vanuit het feit, dat de VNG het verdwijnen van de invloed die gemeenten hadden op grond van de WVG wilde compenseren. Verder kan de opstelling van de VNG worden toegeschreven aan het ook bij deze organisatie ontbreken van adequate inhoudelijke kennis terzake. Gelet op recente uitspraken, waarin de VNG zich een pleitbezorger toont voor gezondheidsbeleid uitgevoerd door gemeenten, is hierin nog weinig verandering gekomen (VNG 1999). Hiermee lijkt het institutionele belang (de 'politieke' lijn) nog steeds hogere prioriteit te hebben dan het inhoudelijke belang (de wetenschappelijke lijn).

GGD'en en de hieraan gelieerde organisaties behoren in de collectieve preventie tot de meest belanghebbende actoren. Deze zijn, zo mag worden verwacht, huiverig voor ingrijpende veranderingen. Zij zullen een wijziging in het rijksbeleid vooral percipiëren als bedreigend voor het eigen voortbestaan.

7 Slotopmerkingen

De gelijkluidende conclusies uit de verschillende evaluaties terzake zijn juist: het is van het hoogste belang dat collectieve preventie bij de gemeentelijke overheid eens goed op de politieke agenda komt. Maar ook en vooral bij de rijksoverheid zelf. Zij zal de eigen verantwoordelijkheid voor het falende gezondheidsbeleid moeten onderkennen, in plaats van die te leggen bij gemeenten. De minister moet hiervoor haar wetenschappelijke inzichten laten prevaleren boven haar politieke (ambtelijk ingefluisterde) inzichten. Alleen dan kunnen de in het voorgaande gesignaleerde dilemma's en problemen goed worden doordacht, en kunnen hiervoor beleidsmatig adequate oplossingen worden gevonden.

Het feit dat alleen attitudeverandering leidt tot doeltreffende preventie, pleit voor integratie in de curatieve zorg. Dit sluit aan op hetgeen in de ons omringende landen al veel meer gemeengoed is (Kerkhoff 1989 e.a.; Verhaak e.a. 1991). Ofschoon de wetgever iets anders voor ogen stond, heeft zijzelf al in een vroeg stadium de veranderingsrichting aangegeven: 'Gescheiden circuits dienen immers te worden vermeden en de inschakeling van het curatieve zorgsysteem is in dit gebied derhalve essentieel' (Tweede Kamer 1989). Later signaleert het rijk dit nog eens, en lijkt het met minder politieke retoriek te zijn omgeven. 'Middels preventie in de eerste lijn kunnen omvangrijke gezondheidsproblemen in een vroeg stadium worden benaderd' (Tweede Kamer 1993). Uit de vakliteratuur komen voldoende argumenten naar voren die dit ondersteunen.

In weerwil van hetgeen het rijk en de VNG daarover rond de ontwikkeling en voorbereiding van een gemeentelijk gezondheidsbeleid naar voren hebben gebracht, staan gemeenten voor wat betreft preventie te ver af van hun burgers. Zelfs GGD'en komen naar verhouding te weinig met hen in aanraking (Vuijsje 1996). De eerste lijn daarentegen is als voertuig voor preventie in dit opzicht wel geschikt. Huisartsen komen binnen enkele jaren in aanraking met nagenoeg hun gehele praktijkpopulatie en de daarin voorkomende risicogroepen. Bovendien kennen zij het dossier en de eigenaardigheden van hun patiënten (Kerkhoff e.a. 1989; Verhaak e.a. 1991; Van de Water 1992; Joosen 1996; Van Bergen 1996; Van den Bosch 1996). Ook de aard van het contact tussen de huisarts en zijn patiënt vergroot de kans op succesvolle preventie (Huurman 1997). In de spreekkamer is het verband tussen gedrag en preventie het grootst. Hier vindt een subtiel proces van beïnvloeding plaats, waardoor een vruchtbare voedingsbodem aanwezig is voor preventie (Bügel 1994b). Tijdens dit proces wordt veelal een sterk beroep gedaan op de eigen verantwoordelijkheid van het individu. Dit is een noodzakelijke voorwaarde voor gedragsverandering. Mutatis mutandis kan hetzelfde worden gesteld ten aanzien van de curatieve zorg verleend door algemene

en psychiatrische ziekenhuizen, RIAGG's, verpleeghuizen enzovoort.

Bij een dergelijke benadering blijft een zinvolle rol mogelijk voor GGD'en. Hiervoor zijn enkele institutionele veranderingen nodig. GGD'en moeten worden omgevormd tot service-instituten, die aan de curatieve sector hun diensten verlenen. Te denken valt hierbij aan kennisoverdracht, registratie, verzameling en analyse van epidemiologische gegevens, beschikbaar stellen van deskundigen enzovoort. Ook gemeenten kunnen, indien zij daaraan beleidsmatig behoefte hebben, een beroep doen op deze service-instituten. Fusering van GGD'en tot grotere regionale eenheden is onvermijdelijk. Indien daarbij tevens aansluiting wordt gezocht met andere relevante instellingen (Kruiswerk, RIVM, TNO, huisartsen peilstations enz.) zal dit de doeltreffendheid en doelmatigheid ten goede komen.

Literatuur

Bakkenist Management Consultants, 1991, *GVO in bedrijf.* Diemen: Bakkenist.

Bannenberg, A.F.I., 1997, 'Publiek, privaat of gemengd?.' *GGD-Nieuws*, maart 1997: 18-21.

Belleman, S.J.M., 1994, 'Gemeentelijke overheid en lokaal gezondheidsbeleid.' In: H. Garretsen e.a. (red.), *Lokaal gezondheidsbeleid*, Houten: Bohn, Stafleu, Van Loghum, 14-30.

Bergen, J.F.M. van, 1996, 'Programmatische preventie bij de huisarts, zinvol en doelmatig.' *Medisch Contact*, 1 maart 1996: 282.

Binnenlands Bestuur, 1997, 7, 'Druggebruik onder jongeren stijgt.' September 1997.

Borst-Eilers, E., 1987, 'De nota 2000 gewogen.' In: F. Schrameijer e.a. (red.), *De nota 2000 ter discussie*, Alphen aan den Rijn: Samson Stafleu, 254-265.

Borst-Eilers, E, 1997, *Standpunt Collectieve Preventie*, Ministerie van VWS.

Borst-Eilers, E., juni 1999, *Notitie Openbare Gezondheidszorg*, brief aan de Tweede Kamer.

Bosch, W.J.H.M. van den, 1996, 'Prioriteiten voor preventieonderzoek.' *TSG*, 1996, 6: 285-287.

Bügel, P, 1994a, 'Risicofactoren als medische mythe.' *Intermediair*, 27 mei 1994.

Bügel, P., 1994b, 'Het repelsteeltje effect.' *Intermediair*, 16 dec. 1994.

Dekker, E. en Stadlander, M., 1992, 'Staatssecretaris Simons wil preventie versterken.' *Medisch Contact*, 49: 1445-1448.

Dolron, J.H.A. van, 1994a, 'De toekomst van de GGD.' *GGD-Nieuws*, 1, 1994: 5-9.

Dolron, J.H.A. van, 1994b, 'Geen wettelijke obstakels voor privatisering GGD.' *Binnenlands Bestuur*, 17 juni 1994: 29.

Dolron, J.H.A. van, 1994c, 'Onderzoek op baarmoederhalskanker.' *Medisch Contact*, 2 dec. 1994: 1531-1532.

Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid, 1991, *GGD'en en collectieve preventie.* Den Haag: Sdu

Gezondheidsraad, 1990, *Jaaradvies Gezondheidszorg 1990.* Den Haag: Sdu.

Gevers, J.K.M., 1993, 'Gemeentebesturen en openbare gezondheidszorg.' *Gemeentestem*, 6957, 1993: 8-12.

Glasbergen, P., 1984, *Visies op beleid.* Amsterdam: Kobra.

Glasbergen, P., 1987, Beleidsuitvoering als probleem.' In: Percy B. Lehning en J.B.D. Simonis, *Handboek beleidswetenschap.* Meppel/Amsterdam: Boom, 80-103.

Godfroy, A.J.A., 1986, 'Beheersing en productiviteit in de gezondheidszorg.' *Beleid en Maatschappij*, 1986/6: 313-322.

Gunning-Schepers, L.J., 1998, 'Beleid met feiten en visie.' *TSG*, 2: 102-103.

Hamers, A., 1992, 'Presentatie regionale gezondheidsprofielen.' *GGD-Nieuws*, 2: 1992.

Huurman. J., 1997, 'Lokaal volksgezondheidsbeleid op de helling.' *Medisch Contact, 18 april 1997*: 498-500.

Jansen, J. en L.J. Gunning-Schepers, 1997, 'Effecten van preventie.' In: RIVM, *Volksgezondheid Toekomst Verkenningen*, Utrecht: Elsevier/De tijdstroom, 15-41.

Jongh, R.F. de, 1987, *Advies inzake een op te richten Basisgezondheidsdienst voor de Zuidhollandse Eilanden.* Bussum: Galan Groep.

Jonkers, R., W.F.M. de Haes, G.J. Kok, P.C. Liedeker, J.A.M. Saan, 1988, *Effectiviteit van gezondheidsvoorlichting en opvoeding.* Rijswijk: Uitgeverij voor Gezondheidsbevordering.

Joosen, E.A.M., 1996, 'De toekomst van de public health.' In: *GGD-nieuws*, november 1996.

Kerkhoff, A.H.M., C.P.C. Breemer ter Steege, 1989, 'Huisarts en basisgezondheidsdienst.' *Medisch Contact*, 20 januari 1989.

Kerkhoff, A.H.M., 1994, *Honderd jaar gemeentelijke geneeskundige en gezondheidsdiensten.* Bussum: Coutinho.

Kok, G.J., 1996, 'Preventieonderzoeksbeleid en preventiebeleid: Samen?.' *Tijdschrift Sociale Gezondheidszorg*, 1996, 6: 287-288.

KPMG/NIPG-TNO, 1993, *De werking van de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid.* Eigen uitgave, Rijswijk.

Lapré, R.M.,1987, *Hebben de lagere overheden een taak op het gebied van de gezondheidszorg.* Congresverslag conferentie Gezondheidszorg in gemeenten en provincie.

Maas, P.J. van der, K. Schaapveld, A. van der Heide, W. Davidse, L. Bonneux, J.J. Barendrecht, 1996, *Prioriteiten in preventieonderzoek: Onderzoeksverslag.* Raad voor gezondheidszorgonderzoek. Den Haag: Sdu.

Maes, S. 1986, 'Over het bevorderen van gezonde leefwijzen.' *Gezondheid en samenleving*, 4, 1986: 203-205.

Meijer, A.W.M., 1994, 'De GGD en zijn omgeving.' In: H. Garretsen e.a. (red.), *Lokaal gezondheidsbeleid*, 30-45.

Ouwelant, W. van den, 1998, 'Collectieve preventie zonder

vrijblijvendheid.' GGD-*Nieuws*, november 1998: 6-9.
Ringeling, A.B., 1987, 'De instrumenten van beleid.' In: Percy B. Lehning en J.B.D. Simonis, *Handboek beleidswetenschap*. Meppel/Amsterdam: Boom, 105-116.
Roes, Th.H., 1989, 'De rol van de overheid in de gezondheidszorg.' In: J.B.J.M. ten Berge e.a. (red.), *Toekomsttrends en binnenlands bestuur*. Den Haag: Sdu.
Roscam Abbing, E.W., 'Public Health in de partijprogramma's.' *TSG*, 1998, 3: 183-184.
Rosenthal, U., 1995, 'Publiek Partnerschap.' *Bestuurskunde*, 3.
Sociaal en Cultureel Planbureau, 1998, *Sociaal en Cultureel Rapport*. Eigen uitgave, Den Haag.
Schaapveld, K. e.a., 1990, *Setting priorities in prevention*. NIPG-TNO.
Schnabel, P., 1986, 'Zorgelijke gedachten over ziekte en gezondheid.' *Gezondheid en Samenleving*, 4: 217-220.
Schnabel, P., 1996, 'Prioriteiten in preventieonderzoek.' *TSG*, 6: 282-283.
Schuilwerve, N., 1994, 'Intersectoraal samenwerken.' In: H.Garretsen e.a. (red.), *Lokaal gezondheidsbeleid*. Houten: Bohn, Stafleu, Van Loghum, 89-101.
Schuyt, C.J.M., 1987, 'De kloof tussen willen en weten.' In: Percy B. Lehning en J.B.D. Simonis, *Handboek Beleidswetenschap*, Meppel/Amsterdam: Boom, 196-206.
Tweede Kamer, 1989, *Memorie van toelichting op de WCPV*, vergaderjaar 1988-1989.
Tweede Kamer, 1993, *Preventiebeleid voor de Volksgezondheid*, 1992-1993, 22.894. nr. 1.
Tweede kamer, 1995, *Volksgezondheidsbeleid 1995-1998*, vergaderjaar 1994-1995, 24.126. nr. 3.
Vereniging voor Volksgezondheid en Wetenschap (v en w), 1994, 'Bestuurlijke keuzen in preventie: Discussienota en standpunt.' *TSG*, 72, 2: middenkatern.
Verhaak, P.F.M., J.M. Bosman, J. van der Velden, 1991, *Preventie, nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk*. Utrecht: Nivel
VNG, 1997, *Een gezonde stad zo doe je dat*. Den Haag: (eigen uitgave).
VNG, 1999, *Standpunt gemeentelijk gezondheidsbeleid*. Den Haag: (eigen uitgave).
de Volkskrant, 25 augustus 1998, 'Auto's storten zich in chaos bij Rotterdam.
de Volkskrant, 12 mei 1999,' Dertig jaar filebestrijding en geen resultaat.'
Voorham, A.J.J., 1994, 'Leefwijzen en lokaal gezondheidsbeleid.' In: H. Garretsen e.a. (red.) *Lokaal gezondheidsbeleid*, 161-172.
Vuijsje, H., 1996, 'Ongecoördineerde waggelpassen.' *Binnenlands Bestuur*, 19 april 1996: 20-22.
Water, H.P.A. van de en W. Davidse, 1992, *Organisatorische versterking van preventie in de eerstelijnsgezondheidszorg*. Leiden: NIPG-TNO.
Water, H.P.A. van de, 1992, 'Niet meer, maar beter: Versterking van preventie in de eerste lijn door meer programmatisch werk.' *TSG*, 6, 1992: 382-384.
Water, H.P.A. van de, J.A. van Vliet, H.C. Boshuizen, 1994, *Betekenis van vervangende ziekte en sterfte voor volksgezondheidsbeleid*. Leiden: TNO, Preventie en Gezondheid.
Wijngaarden, J. van, 1991, 'Leidt preventie tot gezondheid', *MGZ*, febr. 1991: 4-9.
Zee, J. van der, 1987, 'Het falen van het structuurbeleid in de gezondheidszorg.' In: F. Schrameyer e.a., *De nota 2000 ter discussie*, Alphen aan den Rijn: Samson Stafleu, 22-33.