

Vergaderjaar 2003–2004

22 894

Preventiebeleid voor de volksgezondheid

Nr. 20 herdruk¹

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 31 oktober 2003

De levensverwachting van de Nederlanders stijgt nog steeds: we worden steeds ouder. Toch leeft Nederland niet gezond genoeg. Mensen worden daardoor minder oud dan mogelijk is en zijn vaker ziek dan nodig is. Ongezondheid kost de samenleving veel geld: kosten voor de gezondheidszorg, ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid. Alleen een gerichte aanpak van de belangrijkste «ziekmakers» kan deze ontwikkeling keren. En dat lukt alleen als we allemaal meedoen, om te beginnen de burger zelf, maar ook: rijksoverheid, gemeenten, zorgverzekeraars, bedrijfsleven, maatschappelijke organisaties en onderzoeksinstituten. Dit is in het kort de belangrijkste boodschap uit de kabinetsnota *Langer gezond leven; Ook een kwestie van gezond gedrag* die ik u hierbij, mede namens staatssecretaris drs. Clémence Ross-van Dorp, aanbied.

Ongezonder gedrag: Nederland raakt internationaal gezien achterop

Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) heeft de gezondheidssituatie in Nederland vorig jaar met de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002 indringend in beeld gebracht. Hoewel we in Nederland tot nu toe steeds langer leven en ook langer in goede gezondheid, zakt Nederland door ongezond gedrag af naar de middenmoot van Europa. De levensverwachting van mensen in andere landen van de Europese Unie neemt op dit moment sneller toe dan de levensverwachting van de Nederlandse bevolking. De levensverwachting van vrouwen in Nederland ligt sinds het begin van de jaren negentig zelfs onder het EU-gemiddelde. Ongezonder gedrag bij jongeren neemt hand over hand toe, en dat belooft ook voor de toekomst niet veel goeds. Extra zorgelijk is dat ongezondheid, ziekten en voortijdige sterfte sommige bevolkingsgroepen harder treffen dan andere. Vooral bij mensen met een lage opleiding en een laag inkomen, onder wie veel allochtonen, blijft de gezondheid achter.

¹ I.v.m. het toevoegen van de kabinetsnota aan het kamerstuk.

Een aantal constatering over ongezond gedrag van de Nederlandse bevolking:

- Eén op de drie mensen rookt
- Negen van de tien mensen eet te veel verzadigd vet
- Driekwart van de mensen eet te weinig groente en fruit
- Meer dan de helft van de mensen beweegt te weinig
- De helft van de mannen en een derde van de vrouwen is te zwaar
- Het aantal seksueel overdraagbare aandoeningen (soa's) stijgt, evenals het aantal abortussen onder tieners

Ongezond gedrag heeft grote gevolgen. Die zien we onder andere terug in de toename van hart- en vaatziekten, kanker, astma en andere longziekten, diabetes mellitus (suikerziekte) en klachten aan het bewegingsapparaat. Dat betekent een groot verlies aan levenskwaliteit. Bovendien kosten deze ziekten en klachten de samenleving jaarlijks tussen de € 2,5 miljard en € 4 miljard. Of die kosten omlaag gaan, is in de eerste plaats de verantwoordelijkheid van de burger zelf: het is vooral ook een kwestie van gezond gedrag.

De winst van gezond gedrag

Voorkomen is beter dan genezen. Dat geldt zeker voor de gezondheid. Het RIVM heeft berekend dat vijftien procent van de ziektelast (het totaal van korter en minder goed leven door ziekten) is toe te schrijven aan roken, zeven procent aan overmatig alcoholgebruik en zes procent aan ernstig overgewicht. Het kabinet schat in dat minimaal twintig procent van de ziektelast is toe te schrijven aan ongezond gedrag. Het RIVM heeft verder berekend dat tussen de vijf en de negen procent van de totale uitgaven aan gezondheidszorg het gevolg zijn van ongezond gedrag, overgewicht en hoge bloeddruk.

Daarom investeert de overheid – Rijk en gemeenten – al jaren in preventie. De huidige vaccinatieprogramma's tegen infectieziekten zijn goede voorbeelden van preventieve maatregelen die latere (hoge) kosten voor zorg voorkomen. Via de AWBZ en de VWS-begroting gaat in 2004 in totaal circa € 625 miljoen naar preventiebeleid, vooral naar landelijke preventieprogramma's, jeugdgezondheidszorg, gezondheidsvoorlichting, gezondheidsbescherming en onderzoek. Het kabinet heeft de laatste jaren onder meer de jeugdgezondheidszorg versterkt en de vaccinatie tegen meningitis C ingevoerd inclusief een inhaalcampagne voor jongeren. Maar niet alleen de overheid investeert in preventie. Ook zorgverzekeraars, maatschappelijke organisaties (bijvoorbeeld in de sport), sociale partners en bedrijfsleven, doen dat steeds vaker, omdat ook zij inzien dat concrete actie geboden is.

Gezondheidswinst begint met het aannemen van een andere houding in een veranderende samenleving, waarin inactiviteit als gevolg van technologische ontwikkelingen, arbeidsorganisatie en vrijetijds- en vervoerspatronen meer en meer de norm dreigt te worden. Preventiebeleid slaagt alleen wanneer we burgers meer direct aanspreken op hun eigen gedrag. Gezondheidsnormen verdienen meer aandacht. Het veranderende normbesef over roken is daar een goed voorbeeld van. De meeste mensen zijn er inmiddels wel van doordrongen dat niet-roken de sociale norm moet zijn, op het werk en in openbare ruimten; daarom moet gezond leven voor de burger zelf net zozeer weer de norm worden. Voor mensen met een handicap of chronische ziekte kan een andere norm gelden.

Concrete doelen in drie actieplannen

De kabinetsnota behandelt een groot aantal onderwerpen op het terrein van preventie waarbij actie nodig is. Daar wordt de komende jaren ook aan gewerkt. Daarbinnen kiest het kabinet drie thema's als speerpunt. Die thema's springen er in negatieve zin het meest uit en moeten het meest nodig aangepakt worden.

Deze thema's zijn:

- Roken
- Overgewicht
- Diabetes

Deze speerpunten gaan over de grootste risicofactoren voor ongezondheid, ziekte en voortijdige sterfte. Voor ieder speerpunt wordt een actieplan opgesteld met een concreet doel. Zo moet het aantal rokers met bijna een vijfde dalen, mag het aantal mensen met overgewicht niet verder stijgen en moet diabetes bij jongeren worden teruggedrongen.

Het kabinet heeft bij het uitwerken van de actieplannen de adviezen van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg *Volksgezondheid en Zorg (2001)* en *Gezondheid en Gedrag (2003)* betrokken, evenals het advies van de Gezondheidsraad *Overgewicht en obesitas ((2003)*.

De aanpak van het roken is inmiddels al stevig verankerd en hier wordt gewerkt met een pakket, dat voor het merendeel aantoonbaar effectief is¹. Dit beleid moet de komende jaren krachtig worden voortgezet. Het kabinet geeft daarnaast prioriteit aan het aanpakken van overgewicht en diabetes die sterk met elkaar samenhangen. Dit zijn relatief «nieuwe» problemen die een stevige aanpak vereisen om de stijgende trends tot staan te brengen. Het kabinet komt hiermee tegemoet aan het verzoek van de Tweede Kamer (motie Buijs, 28 600 XVI) om een plan van aanpak voor de diabeteszorg. Bij het aanpakken van deze speerpunten worden kennis en inzichten uit andere onderdelen van het preventiebeleid gebruikt en sluiten we aan bij de acties die in gang gezet zijn om gezond eten gemakkelijker te maken en mensen meer te laten bewegen, zoals met de kabinetsnota *Sport, bewegen en gezondheid*. Naast de drie speerpunten besteedt het kabinet in deze preventienota ook veel aandacht aan psychische klachten en alcoholverslaving.

Het kabinet kan de actieplannen niet uitvoeren zonder medewerking van partijen in het veld. Die partijen hebben uiteraard ook hun eigen verantwoordelijkheid om zelf actie te ondernemen. Het kabinet nodigt die partijen de komende tijd uit om actief mee te werken aan het uitvoeren van de actieplannen en ook zelf met initiatieven te komen. Burgers zijn weliswaar zelf als eerste verantwoordelijk voor hun (on)gezonde gedrag; maar de gezondheid van mensen is niet altijd alleen afhankelijk van hun eigen doen en laten. Ook gemeenten, bedrijven, producenten, scholen, de gezondheidszorg en zorgverzekeraars dragen bijvoorbeeld verantwoordelijkheid. Het kabinet vindt dat de relevante partijen, waaronder ook burgers zelf, hun verantwoordelijkheid moeten nemen. Dat is ook de lijn van de *Beleidsagenda 2004, Keuzes voor een houdbare en beter presterende zorg*, die met de begroting voor 2004 naar de Tweede Kamer is gestuurd.

De burger zelf moet, zoals aangegeven, weer (meer) centraal komen te staan in het preventiebeleid. Volksgezondheid is immers de optelsom van de gezondheid van individuen. Het kabinet kiest daarom voor een aanpak om mensen in de praktijk ook echt te bereiken: thuis, op school, op het werk, op plaatsen waar mensen hun vrije tijd doorbrengen, in de wijk en in de spreekkamer van de dokter. Alleen op die manier kunnen bijvoor-

¹ De Algemene Rekenkamer brengt binnenkort een rapport uit over onderdelen van het preventiebeleid.

beeld lokale gezondheidsachterstanden worden opgespoord en aangepakt, of specifieke doelgroepen worden bereikt (jongeren, allochtonen). Op deze wijze geeft het kabinet invulling aan de toezegging om het kabinetsstandpunt Sociaal-economische gezondheidsverschillen (SEGV) uit te werken in een *Implementatieprogramma SEGV*.

Deze kabinetsnota beschrijft met welke acties het kabinet de doelen voor de drie speerpunten wil bereiken. Een greep hieruit:

- Burgers worden meer nadrukkelijker gewezen op de schadelijke gevolgen van ongezond gedrag. Dit gebeurt in de eerste plaats door intensieve voorlichting, gericht op doelgroepen. Daarnaast zijn er prikkels nodig om mensen te confronteren met de gevolgen van hun eigen gedrag. Zo'n prikkel is het verhogen van de belasting op tabak per 1 februari 2004. Ook anderen dan de overheid kunnen zorgen voor dergelijke prikkels. Zorgverzekeraars bijvoorbeeld kunnen via het aanvullende verzekeringspakket hun verzekerden «prikkelen» tot een gezondere leefwijze.
- Met gemeenten, die een wettelijke taak hebben op het terrein van preventie, wordt overlegd om de speerpunten (nog meer) in te passen in het lokale gezondheidsbeleid. Het thema gezondheid wordt opgenomen in het *Beleidskader grotestedenbeleid (2005–2009)*. Hiermee kunnen de grote steden gezondheidsachterstanden integraal aanpakken (leefstijl, leefomgeving, toegankelijkheid zorg).
- Het bedrijfsleven wordt meer aangesproken op haar maatschappelijke verantwoordelijkheid voor de volksgezondheid. Het kabinet stimuleert zelfregulering (gezonde voeding, rookvrije horeca, reclameuitingen gericht op kinderen) en komt, als dat niet werkt, met passende regelgeving.
- Zorgverleners, zowel in de preventieve als in de curatieve sector (ziekenhuizen, huisartsen), worden gestimuleerd om tijdig gezondheidsrisico's te signaleren die het gevolg zijn van een ongezonde leefstijl bij mensen en hen hier ook op aan te spreken. Het aanpassen van de leefstijl kan en moet veel vaker onderwerp van gesprek zijn tussen hulpverlener en patiënt dan nu het geval is. Verzekeraars moeten beter toezien op het totstandkomen van «ketenzorg», inclusief preventie, en op het toepassen van bestaande standaarden en protocollen in de zorg.
- Scholen worden ondersteund bij het verder realiseren van het concept van de «gezonde school»; de acties op het gebied van schoolfruit (basisonderwijs) en gezonde schoolkantines (voortgezet onderwijs) gaan voorlopig door.

De acties zijn grotendeels mogelijk door het bestaande geld beter te gebruiken en te laten aansluiten op de voornaamste knelpunten én door bestaande mogelijkheden in de praktijk beter te benutten. Daarvoor zoekt het kabinet bewust de samenwerking met andere partijen. Daarnaast trekt het kabinet in 2004 € 5 miljoen extra uit en vanaf 2005 structureel € 10 miljoen. Dit bedrag gaat vooral naar het uitvoeren van de speerpunten en wordt in belangrijke mate voor het uitvoeren van voorlichtingsactiviteiten en -projecten en voor activiteiten in de grote steden ingezet, vanwege grote gezondheidsachterstanden daar. Van de korting van € 10 miljoen op de landelijke sportbonden worden met ingang van 1 januari 2006 € 5 miljoen geherinvesteerd. Deze herinvestering zal voor de helft worden ingezet voor de stimulering van de breedtesport, waarbij het thema Buurt, Onderwijs en Sport een speerpunt is. De andere helft wordt ingezet voor activiteiten op het terrein van het bevorderen van beweging. Deze activiteiten zullen aansluiten bij de speerpunten uit het preventiebeleid en zich vooral richten op de doelgroepen jeugd en mensen met een lage opleiding en een laag inkomen. Het kabinet gaat ervan uit dat andere partijen, vanuit hun eigen verantwoordelijkheid voor preventie, ook doorgaan met het verder investeren in preventie.

Hoog niveau gezondheidsbescherming vasthouden

Naast de actieplannen voor de drie speerpunten, worden tegelijkertijd andere onderdelen van het preventiebeleid voortgezet die de afgelopen jaren hun waarde ruimschoots hebben bewezen. Het dichtbevolkte Nederland kent een hoog niveau van gezondheidsbescherming. Dit is mede te danken aan vaccinatieprogramma's, hygiënemaatregelen, het volgsysteem van de jeugdgezondheidszorg, bevolkingsonderzoeken en maatregelen op het gebied van gezondheid en milieu, productveiligheid en voedselveiligheid. Het kabinet wil het hoge niveau van gezondheidsbescherming behouden en de nota beschrijft welke ontwikkelingen er daarom op dit gebied zijn.

We hebben te maken gehad met de dreiging van moedwillige uitbraken van infectieziekten als gevolg van terrorisme (pokken), de uitbraak van nieuwe en onverwachte infectieziekten (SARS) en ook andere incidenten en rampen (Enschede, Volendam, vogelpest). Die gebeurtenissen benadrukken de (mogelijke) noodzaak van een snelle, grootschalige aanpak en het belang van crisisbeheersing en nazorg. Onder leiding van het ministerie van BZK werken de gezamenlijke departementen aan het uitvoeren van het *Beleidsplan crisisbeheersing 2003–2007*. Een crisis met besmettings- en verspreidingsrisico vereist een eigen aanpak en vraagt aanpassingen in de uitvoeringsstructuur. Dit komt aan de orde in de *Strategienota Infectieziekten* die aan de Tweede Kamer wordt aangeboden. Over de planning van deze nota wordt de Tweede Kamer separaat geïnformeerd.

Doelmatig onderzoek en gerichte subsidies

Investeren in gezondheid loont, maar kost ook geld. De economie stagnert en dat dwingt tot het maken van keuzes, ook op het terrein van preventie. Die keuzes kunnen alleen gemaakt worden als we de aard en de omvang van gezondheidsrisico's goed kennen, de mogelijkheden om hier iets aan te doen, de kosten en opbrengsten van risicobeperkende of gezondheidsbevorderende maatregelen en, niet in de laatste plaats, de zaken die burgers zelf belangrijk vinden.

Doorgaan met onderzoek en kennisoverdracht is van groot belang. In ons nieuwe subsidiebeleid, recent aan de Tweede Kamer aangeboden in de nota *Kennis, Innovatie, Meedoen*, komt de nadruk te liggen op drie doelen: het instandhouden en delen van essentiële kennis, het (tijdelijk) stimuleren van innovatie en het versterken van de positie van kwetsbare groepen. Het onderzoek op het gebied van gezondheid moet zich de komende jaren richten op de belangrijkste problemen, maar ook op de kansen die preventie biedt voor de gezondheid. Onderzoek en kennisoverdracht komen, veel meer dan nu het geval is, ten dienste van de (lokale) praktijk. Lokale partners moeten direct van de opgedane kennis kunnen profiteren. Tegelijkertijd wordt de doelmatigheid van de kennisinfrastructuur bevorderd.

Preventie zaak van lange adem

Samengevat ligt het zwaartepunt van de kabinetsnota op het volgende:

Onze gezondheid wordt steeds weer bedreigd: vooral door ons eigen ongezond gedrag en soms ook door externe factoren. Die ontwikkeling moet gekeerd worden.

Gezond gedrag is in de eerste plaats een zaak van burgers zelf, maar ook andere partijen kunnen en moeten de burger ondersteunen bij het maken

van gezonde keuzes. Samen met onder andere gemeenten, scholen, werkgevers en de zorgsector wil het kabinet daar de komende jaren werk van maken. Het kabinet gaat de medeverantwoordelijke partijen uitnodigen zitting te nemen in een tijdelijk Nationaal Platform Gezondheid. Dit platform moet partijen kunnen aanspreken op hun rol bij het aanpakken van de gesignaleerde gezondheidsbedreigingen en op hun bijdragen aan het realiseren van de geformuleerde doelen.

Gezondheid is een groot goed. Gezonde burgers voelen zich beter, zijn minder vaak ziek, werken meer en langer; kortom, zij kunnen beter meedoen. Gezondheidswinst en het terugdringen van ziektelast en voortijdige sterfte helpen dus zowel de burger als de samenleving. Maar gezondheidswinst door preventie is ook een zaak van de lange adem. Uiteraard worden de effecten van het beleid nauwlettend gevolgd. Over de voortgang wordt de Kamer jaarlijks geïnformeerd, onder meer via het VWS jaarverslag dat elk voorjaar verschijnt. Het kabinet streeft ernaar om gezond gedrag, uiteraard binnen de mogelijkheden van individuele burgers, weer tot sociale norm te verheffen en gezondheid, samen met medeverantwoordelijke partijen, blijvend op de kaart van Nederland te zetten.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
J. F. Hoogervorst

LANGER GEZOND LEVEN
Ook een kwestie van gezond gedrag

Inhoudsopgave

Leeswijzer	8	6.3.2	Arbeidsgerelateerde psychische problematiek	35
		6.3.3	Aanpak in samenhang organiseren	35
Deel I Volksgezondheid en gezond leven	9	7.	Verbreden en verankeren acties	36
1. Waarom een nota preventiebeleid?	9	7.1	Gemeenten	37
1.1 Gezondheid belangrijk voor burger en samenleving	9	7.2	Scholen	38
1.2 Reikwijdte van deze nota	9	7.3	Werk	38
1.3 Noodzaak is groot	9	7.4	Zorg	39
1.4 Doelstellingen voor meer gezondheid	10			
1.5 Gezamenlijke verantwoordelijkheid	10	Deel II	Gezondheid en veiligheid	40
1.6 Richting geven aan preventie	11	8.	Gezondheid en voorkomen ziekten	40
1.7 Extra middelen	12	8.1	Bestrijding infectieziekten	40
		8.2	Jeugdgezondheidszorg	41
2. Volksgezondheid en de samenleving	12	8.3	Bevolkingsonderzoeken	42
2.1 Internationale afspraken	12	9.	Gezondheidsbescherming	43
2.2 Nationale maatregelen	12	9.1	Veilige producten en voorkomen letsel	43
2.3 Lokaal invullen	13	9.2	Voeding en voedselveiligheid	44
		9.3	Gezondheid en milieu	46
3. De huidige situatie	14	9.4	Crisisbeheersing en -nazorg	47
3.1 Volksgezondheid sterk verbeterd	14	Deel III	Investeren in kennis en kwaliteit	48
3.2 Nederland verliest koppositie	14	10.	Investeren in kennis en kwaliteit	48
3.2.1 Ongezond gedrag	14	10.1	Van kennis tot uitvoering	48
3.2.2 Gevolgen	15	10.2	Bijhouden ontwikkelingen in de gezondheid	48
3.3 Verschillen hardnekkig	15	10.3	Versterken onderzoek en ontwikkeling	49
3.4 Toename chronische aandoeningen	16	10.3.1	Keuzes maken bij onderzoeks- en ontwikkelings-activiteiten	49
		10.3.2	Versterken kennisinfrastructuur	49
4. Prioriteiten	17	10.4	Vertalen van kennis naar de praktijk	50
4.1 Zes prioritaire ziekten	17	10.4.1	Ontwikkelen van standaarden en protocollen	50
4.2 Andere ziekten en aandoeningen	18	10.4.2	Implementatie en innovatie	51
4.3 Voorkomen is beter dan genezen	19	11.	Kwaliteit en doelmatigheid	51
		11.1	Kwaliteitsbeleid	51
5. Drie speerpunten	20	11.2	Opleidingen	52
5.1 Roken	23	11.3	Prestaties vergelijken	53
5.1.1 Doelstellingen	23	Deel IV	Financieren	53
5.1.2 Aanpak	24	12.	Uitvoeren, evaluatie en monitoren	53
5.2 Overgewicht	26	12.1	Nationaal Platform Gezondheid	53
5.2.1 Doelstellingen	26	12.2	Financieren	54
5.2.2 Aanpak	27	12.3	Intensiveren van beleid	55
5.3 Diabetes	30	12.4	Beleid monitoren en evalueren	55
5.3.1 Doelstellingen	30			
5.3.2 Aanpak	30			
6. Psychische klachten	31			
6.1 Doelstellingen	32			
6.2 Aanpak alcoholverslaving	33			
6.3 Aanpak depressie	34			
6.3.1 Verbeteren kwaliteit van zorg	34			

LEESWIJZER

Deze nota is opgebouwd uit vier delen. Deel I vormt de kern van de nota en beschrijft de aanleiding, de speerpunten en doelstellingen van het beleid gericht op het stimuleren van een gezonde leefstijl. De andere delen gaan over de ontwikkelingen en voornemens van het kabinet op de andere onderdelen van het preventiebeleid.

DEEL I VOLKSGEZONDHEID EN GEZOND LEVEN

In hoofdstuk 1 worden de aanleiding en de doelstellingen voor deze nota beschreven en wordt stilgestaan bij de bijdrage die preventiebeleid kan leveren aan meer gezondheid.

Vervolgens wordt in hoofdstuk 2 kort ingegaan op de kaders voor het preventiebeleid en op de ontwikkelingen in onze samenleving die van invloed zijn op volksgezondheid en op het preventiebeleid. Het internationale kader, het lokale beleid en de lessen uit het verleden worden als uitgangspunten voor het beleid in dit hoofdstuk beschreven.

In hoofdstuk 3 wordt ingegaan op de belangrijkste bevindingen uit het rapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV-2002), samengesteld door het Rijksinstituut voor de Volksgezondheid en Milieu. Dit rapport, van grote waarde voor het volksgezondheids- en zorgbeleid, geeft inzicht in de gezondheidstoestand in Nederland. In hoofdstuk 4 stelt het kabinet de prioriteiten vast voor het preventiebeleid. Aan de hand van de ontwikkelingen op de prioritaire ziekten kunnen ontwikkelingen in de volksgezondheid worden gevolgd.

In hoofdstuk 5 worden drie speerpunten benoemd en doelstellingen voor het beleid in de komende jaren beschreven. Aan de hand van deze doelstellingen kan verantwoording worden afgelegd over het gevoerde beleid.

Hoofdstuk 6 gaat over de doelen en aanpak van psychische klachten.

De uitvoering van het preventiebeleid ligt voor een groot deel in handen van andere partijen dan de rijksoverheid. Gemeenten spelen een sleutelrol. In hoofdstuk 7 wordt met name aandacht besteed aan het verbreden van preventie naar lokale overheden en naar andere partijen in de samenleving. Partijen worden aangesproken op hun verantwoordelijkheden en aangegeven wordt op welke wijze door samenwerking resultaten kunnen worden geboekt.

DEEL II GEZONDHEID EN VEILIGHEID

De hoofdstukken 8 en 9 beschrijven de ontwikkelingen in het beleid op die terreinen waar in het verleden veel gezondheidswinst mee is behaald. Het gaat over die terreinen waar de overheid een onvervreembare taak heeft om via voorzieningen, voorschriften en voorlichting de volksgezondheid te beschermen of te bevorderen. Deze zijn als het ware de fundamenten waarop nieuwe gezondheidswinst geboekt moet worden.

DEEL III INVESTEREN IN KENNIS EN KWALITEIT

In de hoofdstukken 10 en 11 wordt aandacht besteed aan de kwaliteit en de doelmatigheid van preventie en openbare gezondheidszorg. Kennis, maar vooral ook het toepassen ervan, is een belangrijke basis voor kwaliteit en effectiviteit van handelen. Beter presteren door toepassen van beschikbare kennis is de kern van dit hoofdstuk.

DEEL IV FINANCIEREN

Hoofdstuk 12 tenslotte schetst de wijze waarop het kabinet de uitvoering gaat organiseren en de kosten die met de beleidsvoornemens verband houden en de wijze waarop financiering plaatsvindt. Ook wordt aangegeven hoe het kabinet in de gaten houdt of de gewenste effecten worden bereikt.

DEEL I VOLKSGEZONDHEID EN GEZOND LEVEN

1. Waarom een nota preventiebeleid?

Met een goede kwaliteit van de zorg en met preventie is in Nederland nog veel gezondheidswinst te behalen. Het kabinet wil met deze nota aandacht vragen voor de volksgezondheid en voor preventie.

1.1 Gezondheid belangrijk voor burger en samenleving

Vraag aan mensen wat ze het belangrijkste vinden voor zichzelf en hun naasten en de overgrote meerderheid antwoordt: leven in goede gezondheid¹. De mate van gezondheid is van grote invloed op de kwaliteit van leven. De gezondheidstoestand heeft grote invloed op het doen en laten. Denk bijvoorbeeld aan school en opleiding, werk, gezinssamenstelling, huisvesting, mobiliteit en vrijetijdsbesteding.

Gezondheid is niet alleen een groot goed voor ieder mens persoonlijk, maar ook voor de maatschappij als geheel. De volksgezondheid is van groot belang voor de vitaliteit en veerkracht van onze samenleving. Hoe meer mensen gezond zijn, des te groter de arbeidsproductiviteit en des te lager de kosten van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Daarmee is gezondheid een belangrijke grondstof voor onze welvaart.

1.2 Reikwijdte van deze nota

Gezondheid is het vermogen om lichamelijk, geestelijk en sociaal, naar eigen vermogen, te functioneren in de samenleving². Preventie is het voorkomen van ziekten, het voorkomen van complicaties en verergering bij ziekte, maar ook het handhaven en verbeteren van de gezondheid van de hele bevolking.

Niet alle ziekten zijn te voorkomen en bovendien is het onvermijdelijk dat het aantal chronische ziekten door de vergrijzing van de bevolking toeneemt. Toch is met een goede kwaliteit van zorg die ook ruimte biedt voor preventie nog veel gezondheidswinst te behalen. Dat is de reden dat ook deze vorm van preventie in het beleid een duidelijke plaats krijgt.

Preventiebeleid is niet nieuw. Gezondheidsbescherming en -bevordering en preventie van ziekten vormen al jaren onderwerp van beleid. In deze nota over preventie staat het bevorderen van een *gezonde leefstijl* centraal. Daarbij geven we aan wat we nu al doen, welke nieuwe accenten we daarbinnen leggen en wat we willen bereiken op korte en langere termijn. Niet al het bestaande beleid op het terrein van preventie wordt beschreven. We hebben ons beperkt tot de meest actuele wijzigingen.

1.3 Noodzaak is groot

Het recente rapport *Gezondheid op koers?* van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM)³ heeft een aantal belangrijke bevindingen opgeleverd over de volksgezondheid in Nederland:

- we leven steeds langer en steeds langer in goede gezondheid;
- binnen de Europese Unie raakt Nederland achterop als het gaat om het

¹ Onderzoek van het SCP naar Culturele Verandering laat zien dat 60 procent van de ondervraagden gezondheid op de eerste plaats zet als gevraagd wordt wat het belangrijkste is in het leven.

² Deze definitie komt overeen met de opvattingen van de WHO over wat gezondheid is: 1. A state of complete physical, social and mental well-being and not merely the absence of disease or infirmity. 2. A resource of everyday life, not the object of living. It is a positive concept emphasising social and personal resources as well as physical capabilities.

³ Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; Van Oers, J.A.M. (eindredactie). *Gezondheid op koers? Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) 2002*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum/RIVM, 2002.

langer leven van mensen, ongezond gedrag is daarvan de belangrijkste oorzaak;

- gezondheid is ongelijk verdeeld en deze verschillen blijken hardnekkig te zijn;
- door de groei en het ouder worden van de bevolking zal het aantal ziektegevallen aanzienlijk toenemen, vooral van chronische aandoeningen.

Het RIVM concludeert dat met preventie, en dan vooral door het bevorderen van gezond gedrag, nog veel gezondheidswinst te behalen is; het kabinet onderschrijft deze conclusie.

1.4 Doelstellingen voor meer gezondheid

Het kabinet streeft ernaar dat mensen langer in goede gezondheid leven. Het bevorderen van de volksgezondheid wordt afgemeten aan:

- de toename van het aantal gezonde levensjaren op de totale levensverwachting;
- het terugdringen van vermijdbare gezondheidsachterstanden¹.

Deze doelstellingen zijn niet nieuw voor het preventiebeleid². Het RIVM moet echter vaststellen dat op deze doelstellingen de afgelopen jaren geen wezenlijke vooruitgang is geboekt. Sterker nog: er doen zich ongunstige veranderingen in leefstijl voor die zich op langere termijn vertalen in meer ongezondheid. De prognoses voor «langer gezond leven» zijn ongunstig afgaand op het ongezonde gedrag van volwassenen en jongeren. Alleen de leefstijl van ouderen ontwikkelt zich op onderdelen gunstig.

Het kabinet ziet in deze constatering geen aanleiding de doelstellingen te wijzigen. Wel zijn de constatering voor het kabinet aanleiding om aan de ene kant goed te kijken naar de effectiviteit van het tot nu toe gevoerde beleid en aan de andere kant duidelijk te zijn over de verantwoordelijkheden van Rijk en van andere betrokken partijen bij preventie.

1.5 Gezamenlijke verantwoordelijkheid

Mensen zijn als eerste zelf verantwoordelijk voor hun (on)gezonde gedrag. Zij kunnen door een gezonde leefstijl zelf veel bijdragen aan een goede gezondheid. Maar gezondheid is niet alleen afhankelijk van hun eigen doen en laten. Ook goed en toegankelijk onderwijs, veilige arbeidsomstandigheden, goede woningen en een gezond en veilig milieu zijn essentieel voor het behouden en bevorderen van een goede gezondheid. Dit zijn ook belangrijke voorwaarden voor het terugdringen van gezondheidsachterstanden. Voor een goede gezondheid moeten burgers aanspraak kunnen maken op goede en toegankelijke zorg. Er worden daarom grote inspanningen verricht om bijvoorbeeld de wachtlijsten in de zorg weg te werken en de kwaliteit van de dienstverlening te vergroten.

Zorg voor de volksgezondheid is een onvervreembare taak van de overheid. Burgers moeten erop kunnen rekenen dat de overheid gezondheidsrisico's waarop zij zelf weinig of geen invloed hebben, wel op tijd voorziet en zoveel mogelijk voorkomt. Van de overheid kan echter niet worden verwacht dat zij honderd procent veiligheid garandeert: dat is niet reëel, zou onbetaalbaar zijn en soms ook de vrijheid van burgers verregaand aantasten.

Kortom: Burgers, zorgaanbieders, zorgverzekeraars, maatschappelijke organisaties als scholen, sociale partners en (gemeentelijke) overheden hebben een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor gezondheid.

¹ Een concrete doelstelling voor het terugdringen van sociaal-economische gezondheidsverschillen is door het kabinet geformuleerd in het kabinetsstandpunt SEGV II, Gezondheidsverschillen verkleinen. Tweede Kamer, vergaderjaar 2001–2002, 28 000 XVI, nr. 18.

² Nota VWS Gezond en Wel, Den Haag, 1995.

Project Hartslag

Het concept van een «gezondheidsadviseur», een gespecialiseerde verpleegkundige, wordt momenteel toegepast in het project *Hartslag* in Limburg. Dit succesvolle samenwerkingsproject is gericht op de integrale aanpak van hart- en vaatziekten. Alle partijen in preventie en zorg zijn in dit project verenigd. De patiënt ontvangt werkelijke ketenzorg.

De gezondheidsadviseur helpt de patiënten bij het verwerven van een gezonde leefstijl. De patiënten zijn tevreden over het contact met de adviseur en ruim de helft heeft iets aan zijn manier van leven veranderd. Ook de artsen zijn tevreden: «Er is behoefte aan meer voorlichting over een gezonde leefstijl maar wij hebben daar geen tijd voor. Zo is het nu eenmaal. Ik weet dat sommige collega's hier in huis vinden dat we daar dan maar tijd voor moeten maken, maar de ervaring leert dat dit gewoon niet lukt. In dat geval moeten we meer tijd uittrekken per patiënt en kunnen we dus minder patiënten zien. Terwijl een gespecialiseerde verpleegkundige die voorlichting net zo goed kan geven.» (cardioloog Academisch Ziekenhuis Maastricht.)¹

1.6 Richting geven aan preventie

Gezondheidswinst begint met het aannemen van een andere houding in een veranderende samenleving, waarin inactiviteit als gevolg van technologische ontwikkelingen, arbeidsorganisatie en vrijetijds- en vervoerspatronen meer en meer de norm dreigt te worden. Dit betekent dat preventiebeleid alleen slaagt wanneer we burgers meer direct aanspreken op hun eigen gedrag. Niet alleen sociale normen zijn aan herwaardering toe, ook gezondheidsnormen verdienen meer aandacht.

Met deze nota zet het kabinet de lijnen uit voor de activiteiten van alle betrokken partijen, reikt aanknopingspunten aan en ondersteunt bij hun eigen acties. Hiermee geeft het kabinet invulling aan de opdracht zoals die is vastgelegd in de Wet collectieve preventie volksgezondheid om elke vier jaar de landelijke prioriteiten op het gebied van de collectieve preventie vast te stellen. Concreet betekent dit meer eenheid in het landelijke en het lokale beleid en het verbreden van de actie naar andere partijen zoals scholen, sociale partners, verzekeraars en zorgverleners. Er gebeurt al veel voor het bevorderen van gezondheid en het beschermen tegen ziekte. Maar het werk is te veel verkokerd en versnipperd, er wordt te weinig gebruik gemaakt van de mogelijkheden mensen in hun eigen omgeving te stimuleren gezond te leven.

Een aanpak die effect sorteert als het gaat om het terugdringen van gezondheidsachterstanden, bestaat uit maatwerk voor groepen met betrokkenheid en actieve inbreng van de burger zelf. Op die manier wordt ook recht gedaan aan de eigen verantwoordelijkheid.

Het kabinet wil met deze nota een stap zetten om preventie en gezond leven, ieder naar eigen vermogen, meer duurzaam te organiseren in de samenleving.

Nieuwe norm stellen

Sinds de jaren zeventig zijn vele maatregelen getroffen om het aantal verkeersslachtoffers ten gevolge van rijden onder invloed van alcohol terug te dringen: invoering van de 0,5 promille-grens, ademanalyse, voorlichtingscampagnes, promotie alcoholvrije alternatieven, cursussen voor mensen die onder invloed hebben gereden, politiecontroles, lik-op-stuk beleid. Het aantal slachtoffers is sinds het midden van de jaren tachtig gehalveerd. Algemeen wordt onderkend dat hiermee ook «de» norm over alcohol en verkeer is veranderd. Krop menigeen vroeger nog wel eens met een glaasje te veel op achter het stuur, tegenwoordig is dat «not done».

¹ Concrete bouwstenen voor gemeentelijk gezondheidsbeleid, Public Health Forum, in voorbereiding.

1.7 Extra middelen

De afgelopen jaren is het nodige geïnvesteerd in preventie. Zo is er extra geld gegaan naar het versterken van de jeugdgezondheidszorg, de breedtesport en het bevorderen van sport, bewegen en gezondheid. Ondanks de huidige financiële situatie in ons land trekt het kabinet structureel extra geld uit voor preventie. De rijksoverheid is overigens niet de enige die in preventie moet investeren: dat moeten ook gemeenten, zorgverzekeraars, bedrijven, et cetera. De totale investeringen zijn dus veel hoger dan alleen die van het kabinet.

Het realiseren van onze ambities vraagt om grote inzet en creativiteit van alle betrokken partners, maar vooral ook om het nemen van maatregelen waarvan we weten dat ze werken en de beste resultaten opleveren tegen betaalbare kosten.

2. Volksgezondheid en de samenleving

Nederland is gebonden aan mondiale en Europese afspraken op het gebied van volksgezondheidsbeleid. Ook ontwikkelingen en maatregelen in onze eigen samenleving zijn van invloed op de volksgezondheid en het -beleid.

2.1 Internationale afspraken

Volksgezondheidsbeleid is verplicht. Binnen de internationale gemeenschap zijn hierover afspraken gemaakt die Nederland moet nakomen. De Europese Unie ontwikkelt verordeningen (deze werken rechtstreeks door in de lidstaten) en richtlijnen (deze moeten worden geïmplementeerd in de nationale regelgeving van de lidstaten). Recente voorstellen op het gebied van preventie betreffen bijvoorbeeld het communautair Actieprogramma op het gebied van de volksgezondheid en de verordening voor de totstandkoming van een algemene Europese voedselwet – en daarmee de oprichting van de Europese voedselveiligheidsautoriteit – en voorschriften voor voedingssupplementen.

In de kandidaat-lidstaten van de EU, en dan vooral in de Midden-Europese landen, wijkt de gezondheidssituatie op onderdelen nog sterk af van de situatie in de huidige EU-lidstaten. In verband met het vrije verkeer van goederen, diensten en personen moet scherp worden toegezien op eventuele gevolgen van uitbreiding voor onder meer voedselveiligheid, productveiligheid en de verspreiding van infectieziekten binnen de EU.

Op mondiaal niveau houdt de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) zich bezig met internationale gezondheidsvragen en volksgezondheid. Zo is onlangs op initiatief van de WHO een wereldwijd verdrag voor tabakscontrole gesloten. Een ander voorbeeld is het Verdrag voor de Rechten van het kind van de Verenigde Naties. Met de ratificatie daarvan is Nederland verplichtingen aangegaan op het gebied van de jeugdgezondheidszorg.

2.2 Nationale maatregelen

Volksgezondheid wordt, direct en indirect via onze leefstijl, voor een groot deel ook beïnvloed door de economische, sociale en culturele ontwikkelingen in de samenleving. Maatregelen op het gebied van huisvesting, scholing, werkomstandigheden en sociale zekerheid zijn van groot belang.

Van de overheid mag verwacht worden dat ze de aard en omvang van gezondheidsrisico's goed kent, hier betrouwbaar over communiceert en goed duidelijk maakt hoe ze tot bepaalde keuzes is gekomen bij het

formuleren van gezondheidsnormen en het al dan niet het nemen van maatregelen. Het is de taak van de overheid te signaleren, te informeren, gevolgen van keuzes zichtbaar te maken en waar nodig alternatieven aan te reiken. Ook heeft de overheid een uitdrukkelijke verantwoordelijkheid om te sturen op gezonde keuzes van mensen door te zorgen voor een gezonde en veilige leefomgeving.

Voorbeelden van instrumenten die de rijksoverheid hiervoor in kan zetten zijn wet- en regelgeving (bijvoorbeeld de Warenwet, de Tabakswet en de Drank- en Horecawet), afspraken met het bedrijfsleven over zelfregulering, prijsprikkels, landelijke preventieprogramma's (als het Rijks Vaccinatie Programma) en landelijke voorlichtingscampagnes (uitgevoerd door de landelijke gezondheidsbevorderende instituten: GBI's¹).

2.3 Lokaal invullen

De meer klassieke vormen van gezondheidsbevordering als massamediale voorlichting lijken niet meer (voldoende) te werken bij het bevorderen van een gezonde leefstijl². De communicatie naar met name jongeren en laagopgeleiden (waaronder veel allochtonen) over gezondheidsrisico's verloopt vaak moeizaam via voorlichting alleen. In de praktijk blijken leefstijlinterventies veel beter te werken als er gelijktijdig aandacht wordt besteed aan de leefomgeving. Om mensen te bereiken, moet er meer worden gewerkt vanuit de directe leefomgeving, de zogenaamde «settings»: thuis, op school, bij recreatie, op het werk, in de zorg en in de wijk. Een dergelijke aanpak biedt goede mogelijkheden om burgers te betrekken bij preventie en preventie «op maat» te maken.

Het kabinet vindt het bij uitstek een verantwoordelijkheid voor gemeenten, scholen, zorgverleners en zorgverzekeraars, en werkgevers om burgers in «settings» te benaderen. Getuige de thema's en programma's die in de lokale nota's worden genoemd³, het Branche-rapport Preventie⁴ en de consultatie van een groot aantal vertegenwoordigers van gemeenten, GGD'en (de gemeentelijke en gewestelijke gezondheidsdiensten in Nederland) en andere instanties gebeurt dit al steeds meer. Het kabinet wil deze aanpak verder stimuleren en ondersteunen. De landelijke kennis- en opleidingsinstituten en de GBI's⁵ hebben hierbij een belangrijke taak als het gaat om het ontwikkelen en toegankelijk maken van de beschikbare kennis. Intermediaire organisaties als het Fonds Openbare Gezondheidszorg en ZonMw⁶ faciliteren de uitvoering in de praktijk van innovatieve lokale projecten.

¹ NIGZ, Voedingscentrum, GGD Nederland, Trimbos-instituut, STIVORO, NISB, Consument en Veiligheid, Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW), Stichting SOA bestrijding, Schorerstichting.

² RVZ. Gezondheid en gedrag. Zoetermeer, 2002. RIVM. Tijd voor gezond gedrag: bevordering van gezond gedrag bij specifieke groepen. Bilthoven, 2002.

³ Monitor lokaal gezondheidsbeleid, Resultaten nulmeting, SGBO Onderzoeks- en Adviesbureau van de VNG, oktober 2002.

⁴ Brancherapport Preventie 1998–2001. Ministerie van VWS i.s.m. RIVM. Den Haag, november 2002.

⁵ NIGZ, Voedingscentrum, GGD Nederland, Trimbos-instituut, STIVORO, NISB, Consument en Veiligheid, NIZW, Stichting SOA bestrijding, Schorerstichting.

⁶ ZonMw is het Samenwerkingsverband van ZorgOnderzoek Nederland en Medische wetenschappen van de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek.

Gedeelde verantwoordelijkheden collectieve preventie

De overheid – rijksoverheid en lokale overheden – hebben het voortouw in de collectieve preventie. De rijksoverheid heeft een grondwettelijke verantwoordelijkheid ter bevordering van de volksgezondheid. De lokale overheden hebben de plicht om de gezondheid te beschermen op grond van de Gemeentewet.

Rol van de rijksoverheid

De taken van de rijksoverheid liggen op de terreinen: onderzoek, monitoring en evaluatie; (massamediale) voorlichting, marketing en informatievoorziening; wet- en regelgeving en het toezicht hierop; intersectoraal beleid; subsidiëring -onder andere van onderzoeksprogramma's en landelijke instituten- en (stelsel)financiering. Een belangrijk instrument van de rijksoverheid is ook het overleg met branche- en koepelorganisaties en de industrie.

Voor de uitvoering een aantal AWBZ-gefinancierde taken (rijksvaccinatieprogramma, bevolkingsonderzoeken) heeft de rijksoverheid eindverantwoordelijkheid.

Rol van de gemeenten

Met de inwerkingtreding van de Wet collectieve preventie volksgezondheid in 1990 is een aantal belangrijke taken bij de gemeenten neergelegd: epidemiologie; jeugdgezondheidszorg; infectieziektebestrijding, openbare geestelijke gezondheidszorg; preventieprogramma's, inclusief gezondheidsvoorlichting en -opvoeding; technische hygiënezorg; medisch milieukundige zorg. De Wcpv regelt dat gemeenten gezondheidsbeleid moeten ontwikkelen en uitvoeren en hiervoor gemeentelijke gezondheidsdiensten (de GGD'en) in stand houden.

3. De huidige situatie

Hoewel de gezondheid in het verleden sterk is verbeterd, stagneert deze nu. In dit hoofdstuk worden de oorzaken beschreven.

3.1 Volksgezondheid sterk verbeterd

Ruim anderhalve eeuw openbare hygiëne, voedselveiligheid en gezondheidszorg hebben de volksgezondheid in Nederland ongekend verbeterd. Dat infectieziekten niet meer tot de belangrijkste ziekten en aandoeningen behoren, is grotendeels te danken aan de aanleg van riolering, drinkwatervoorziening en verbetering van de huisvesting. Ook vaccinatie en de toepassing van antibiotica hebben hieraan bijgedragen, evenals de sterke verbetering van de welvaart.

3.2 Nederland verliest koppositie

We worden in Nederland nog steeds ouder¹. Een jongetje dat in 2000 geboren werd, wordt gemiddeld 76 jaar, een meisje gemiddeld 81 jaar. Dit is respectievelijk drie en anderhalf jaar meer dan in 1980, en ongeveer 40 jaar meer dan halverwege de 19de eeuw. Echter, de gezondheidsgroei van Nederlanders stagneert. De toename van de levensverwachting gaat bij mannen steeds trager en stagneert bij vrouwen zelfs geheel. Volgens de meest ongunstige scenario's zou de levensverwachting in Nederland (voor mannen en vrouwen) met drie jaar kunnen dalen. We hebben onze koppositie in Europa al verloren. En het verschil wordt alleen maar groter. Want terwijl in Nederland de toename van levensverwachting stagneert, is deze in andere landen van de Europese Unie nog aan het stijgen.

3.2.1 Ongezonder gedrag

De stagnerende gezondheid heeft een duidelijke oorzaak. Steeds meer mensen leven ongezond:

- Eén op de drie Nederlanders rookt. Het aantal rokers daalde de afgelopen 20 jaar, maar dit stagneert nu. Doordat vrouwen in de jaren zeventig zijn gaan roken, zien we momenteel een toenemende sterfte aan longkanker onder vrouwen.
- Negen van de tien Nederlanders eet te veel verzadigd vet.
- Driekwart van de Nederlanders eet te weinig groente en fruit.
- Meer dan de helft van alle Nederlanders beweegt te weinig.
- De helft van de mannen en ruim eenderde van de vrouwen kampt met overgewicht. Het percentage mensen met ernstig overgewicht (obesitas²) is in ruim 20 jaar bijna verdubbeld.

Vooraf veel jongeren leven ongezond:

- Bijna de helft van de jongeren tussen de 15 en 19 jaar rookt.
- Negen van de tien jongeren eet onvoldoende groente en fruit.

¹ De cijfers uit deze paragraaf zijn ontleend aan VTV-2002.

² Volgens de WHO-definitie is er bij volwassenen sprake van obesitas (ernstig overgewicht) bij een BMI van 30 kg/m² of meer. Een BMI-waarde tussen 25 en 30 kg/m² wordt aangemerkt als overgewicht. De BMI (Body Mass Index) is gedefinieerd als het lichaamsgewicht (in kg) gedeeld door het kwadraat van de lichaamslengte (in m).

- De helft van de jongeren tussen de 13 en 17 jaar (en bijna 60 procent van de mensen tussen de 18 en 34 jaar) beweegt onvoldoende.
- Veertien procent van de jongens en zeven procent van de meisjes drinkt te veel.
- Ongeveer eenderde van de mensen tussen de 15 en 35 jaar met losse partners gebruikt niet altijd een condoom. Een ongezonde leefstijl is moeilijk te veranderen en in het geval van roken en overmatig alcoholgebruik is dit zelfs verslavend. De ongezonde leefstijl van jongeren betekent op lange termijn investeren in ongezondheid.

3.2.2 Gevolgen

Sterfte en ziekten hangen deels samen met – vermijdbare – gezondheidsrisico's. Het totaal van de hoeveelheid verlies aan duur en kwaliteit van leven in een bevolking veroorzaakt door ziekten, heet de ziektelast. Er is steeds meer bekend over de oorzaken van ziekten en aandoeningen. Vaak gaat het om een combinatie van leefstijl, persoonskenmerken en omgevingsfactoren¹.

De bijdrage van een ongezonde leefstijl aan de ziektelast² is als volgt aan te geven:

- | | |
|--|-----|
| • roken | 15% |
| • overmatig alcohol (exclusief ongevallen) | 7% |
| • te weinig bewegen | 5% |
| • te veel verzadigd vet | 5% |
| • te weinig groente en fruit | 4% |

Sinds 2000 stijgen de geregistreerde seksueel overdraagbare aandoeningen (soa's) met circa 20 procent per jaar. Ook het aantal abortussen onder tieners is de afgelopen jaren toegenomen. In 2000 ondergingen ruim 3 900 meisjes in de leeftijdsgroep 15 tot 19 jaar een abortus en kregen meer dan 2 300 meisjes een baby.

Verder is zes procent van de ziektelast toe te schrijven aan ernstig overgewicht, zes procent aan een te hoge bloeddruk en drie procent aan een te hoog cholesterolgehalte. Tot slot is twee tot vijf procent van de totale ziektelast toe te schrijven aan de woon- en leefomgeving, onder andere luchtverontreiniging en binnenmilieu (in huis of op kantoor).

Met gezond gedrag kunnen we dus nog veel gezondheid winnen. De hierboven gepresenteerde cijfers geven het kabinet aanleiding te veronderstellen dat naar schatting minimaal twintig procent van de ziektelast te maken heeft met een ongezonde leefstijl en in theorie vermijdbaar is. Het RIVM heeft berekend wat, kijkend naar omliggende landen, haalbaar is. Als we in Nederland voor de bekende risicofactoren het gunstigste niveau in Europa zouden weten te bereiken kunnen mannen in theorie gemiddeld 1,4 jaar ouder worden en vrouwen 1,2 jaar. Dergelijke berekeningen hebben geen voorspellende waarde, maar zijn wel van belang als spiegel voor de Nederlandse situatie en het Nederlandse beleid.

3.3 Verschillen hardnekkig

De Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) van het RIVM³ constateert dat de grote verschillen in gezondheid voortduren:

- Mensen leven minder lang en minder lang gezond in Zuid-Limburg, in noordoost Nederland en in de grote steden. Deze regionale verschillen lopen op tot bijna tien jaar in goede (ervaren) gezondheid.
- In de steden zijn er grote verschillen tussen goede wijken en achterstandswijken (zie figuur 1).
- Mannen met een lagere schoolopleiding leven vijf jaar korter dan

¹ Lalonde, Marc, Minister of National Health and Welfare: A new perspective on the health of Canadians, a working document; Government of Canada, Ottawa, april 1974.

² Ziektelast uitgedrukt in DALY's (Disability Adjusted Life Years). Het aantal DALY's is het aantal gezonde levensjaren dat een bevolking verliest door een ziekte of aandoening. Het is de optelsom van de jaren die iemand zónder deze ziekte waarschijnlijk langer had geleefd (verloren levensjaren) en de jaren die zijn doorgebracht met de ziekte, waarbij rekening wordt gehouden met de ernst ervan.

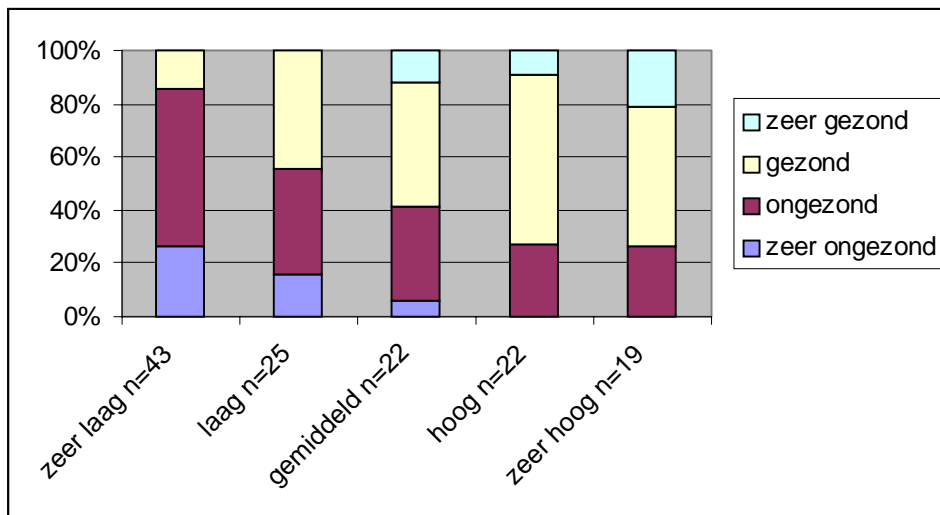
³ VTV-2002.

mannen met een hbo- of universitaire opleiding. Voor vrouwen is dit verschil tweeënhalf jaar.

- Laagopgeleiden¹ leven minder lang gezond. Lager opgeleide mannen en vrouwen leven respectievelijk tien en achteneenhalf jaar korter zonder beperkingen die hun gezondheid belemmeren.

Deze verschillen in gezondheid, ook wel sociaal-economische gezondheidsverschillen genoemd, lijken de laatste tien jaar niet kleiner geworden.

Figuur 1: Sociaal-economische status² en gezondheidsscores (in vier categorieën) in vier steden (Bron: RIVM³).



X² =41,1; statistisch verband tussen SES en gezondheid (p<0,001).

Er zijn grote verschillen in leefstijl tussen de verschillende bevolkingsgroepen. Mensen met een lage opleiding leven ongezonder dan mensen met een hoge opleiding. Allochtonen hebben op bepaalde onderdelen eveneens een ongezondere leefstijl, op andere onderdelen juist weer een gezondere. Niet alleen verschillen in leefstijl dragen bij aan verschillen in gezondheid, ook psychosociale factoren en materiële of structurele omgevingsfactoren zoals een laag inkomen en ongunstige arbeidsomstandigheden spelen een belangrijke rol. Dit geeft aan dat alleen met een gecombineerde aanpak, waarbij de eigen verantwoordelijkheid voor een gezonde leefstijl centraal staat, het beste resultaat is te boeken.

3.4 Toename chronische aandoeningen

Door de groei en het ouder worden van de bevolking neemt het aantal ziektegevallen in de toekomst flink toe, vooral van de chronische aandoeningen diabetes en depressie, en van aandoeningen ten gevolge van valongevallen.

Het aantal 75-plussers neemt de komende jaren met gemiddeld 15 000 mensen per jaar toe tot ruim 1,1 miljoen in 2010. Ongeveer een kwart daarvan is ouder dan 85 jaar⁴.

Naarmate mensen ouder worden is de kans dat ze een chronische ziekte krijgen groter. Van alle 75-plussers heeft 59 procent een of meer chronische ziekten⁵. Het aantal mensen met chronische aandoeningen zoals hartkwalen, longaandoeningen en diabetes zal, gezien de vergrijzing, dan ook sterk toenemen. Hoe gezonder de ouderen geleefd hebben en nog

¹ In deze nota verstaan we onder laagopgeleide: mensen die alleen de lagere school hebben gevolgd. Met hoogopgeleiden bedoelen we mensen met een hbo- of universitaire opleiding.

² De sociaal-economische status is de relatieve positie van mensen in de sociale stratificatie. Hiervoor wordt gekeken naar een samenvatting van de aspecten opleidingsniveau, beroepsniveau en hoogte van het inkomen.

³ Van der Lucht, F. en Verkleij, H. Gezondheid in de grote steden. Achterstanden en kansen. Themarapport van de VTV-2002. RIVM rapport nr. 27 055 503. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2001.

⁴ Zorgnota 2003. VWS, Den Haag.

⁵ SCP, Rapportage Ouderen, 2001.

leven, hoe minder kans zij hebben een chronische aandoening te krijgen. Gezond leven is daarom een leven lang van belang.

4. Prioriteiten

In deze nota stellen we prioriteiten: we kiezen voor de aanpak van bepaalde ziekten. Als basis worden de aandoeningen genomen die de hoogste ziektelast veroorzaken¹. Maar we laten ook andere argumenten meewegen, namelijk hoe we denken dat ziekten zich ontwikkelen in een steeds ouder wordende bevolking, en de maatschappelijke gevolgen van ziekten voor de medische consumptie, de maatschappelijke participatie en de arbeidsbeschikbaarheid. Bovendien moeten er goede mogelijkheden zijn om de ziekten en/of de ziektelast te bestrijden.

Top 20 ziektelast in Nederland (VTV-2002)

De ziektelast wordt uitgedrukt in DALY's (Disability Adjusted Life Years). Het aantal DALY's is het aantal gezonde levensjaren dat een bevolking verliest door een ziekte of aandoening. Het is de optelsom van de jaren die iemand zónder deze ziekte waarschijnlijk langer had geleefd (verloren levensjaren) en de jaren die zijn doorgebracht met de ziekte, waarbij rekening wordt gehouden met de ernst ervan.

De aandoeningen met de grootste ziektelast zijn:

1. Coronaire² hartziekten
2. Angststoornissen
3. Beroerte
4. COPD³
5. Afhankelijkheid van alcohol
6. Depressie
7. Longkanker
8. Artrose
9. Diabetes
10. Dementie
11. Verkeersongevallen
12. Borstkanker
13. Gezichtsstoornissen
14. Longontsteking en acute bronchi(oli)tis
15. Reuma
16. Hartfalen
17. Dikkedarm- en endeldarmkanker
18. Gehoorstoornissen
19. Zelfdoding
20. Privé-ongevallen

4.1 Zes prioritaire ziekten

Aan de hand van bovenstaande criteria moeten de volgende ziekten-(clusters) met voorrang worden aangepakt (zie ook tabel 1 op pagina 16):

- Hart- en vaatziekten: coronaire hart- en vaatziekten, hartfalen en beroerte
- Kanker: longkanker, borstkanker, dikkedarm- en endeldarmkanker
- Astma en chronische longziekten
- Diabetes mellitus (suikerziekte)
- Psychische klachten: depressie, angststoornissen, zelfdoding en alcoholverslaving
- Klachten aan het bewegingsapparaat: nek- en rugklachten, artrose, reumatoïde artritis

Voor de preventie van hart- en vaatziekten, kanker, en astma en chronische longziekten was en is veel aandacht. Daarbij komt nu de prioriteit die het kabinet wil geven aan diabetes, psychische klachten en klachten aan het bewegingsapparaat. Deze aandoeningen komen veel voor en behoren

¹ We hebben ons gebaseerd op de top 20 ziektelast uit VTV-2002.

² Coronair staat voor kransslagader.

³ COPD staat voor Chronic Obstructive Pulmonary Diseases.

bovendien tot de sterke stijgers onder de zieken. Ze kosten veel zorg en vooral psychische klachten en klachten aan het bewegingsapparaat veroorzaken veel ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid.

Deze zes ziekten(clusters) komen systematisch meer – tot drie keer vaker – voor bij mensen met een lage opleiding vergeleken met mensen met een hoge opleiding¹. Het verschil blijft ook bestaan bij mensen boven de 55 jaar². Het aanpakken van deze ziekten heeft daarom gelijktijdig effect op het terugdringen van gezondheidsachterstanden.

4.2 Andere ziekten en aandoeningen

Dat andere ziekten niet prioritair zijn in het preventiebeleid wil niet zeggen dat hieraan geen aandacht wordt besteed. In hoofdstuk 6 wordt een aantal ziekten, waaronder infectieziekten, nader besproken. Infectieziekten zijn en blijven van groot belang voor het beleid. Vanwege de besmettingsrisico's speelt bij infectieziekten niet alleen het individuele, maar ook het collectieve belang. Dat infectieziekten niet voorkomen in de top 20 van ziekten met de grootste ziektelast is een groot goed. Toch moeten we alert blijven op mogelijke uitbraken, mogelijk moedwillig veroorzaakt, en de toename van bekende of nieuwe infectieziekten.

Bij een aantal ziekten speelt preventie al een belangrijke rol. Zo spoort de jeugdgezondheidszorg gezichts- en gehoorstoornissen bij kinderen sinds jaar en dag tijdig op, terwijl gezichtsstoornissen bij ouderen punt van aandacht zijn bij de aanpak van diabetes. Privé-ongevallen, verkeersongevallen en sportongevallen worden voorkomen door het vergroten van de veiligheid: een combinatie van maatregelen gericht op het gedrag van consumenten en hun omgeving.

Privé-ongevallen: het tij gekeerd !?

Een recente analyse van de trends over de afgelopen tien jaar laat, na een stijging van de ongevalletsels in de eerste helft van de jaren negentig, de tweede helft van de jaren negentig een kentering zien (Nota Veiligheid in de privésfeer: Op koers! Consument en Veiligheid, Amsterdam, maart 2003). Het aantal SEH-behandelingen steeg met 15 procent in de periode 1991–1996; daarna daalde het weer over 1996–2001 met acht procent. Het aantal ziekenhuisopnames steeg in de eerstgenoemde periode met negen procent, maar bleef daarna tot 2001 op het niveau van 1996. De gunstige ontwikkelingen doen zich vooral voor bij de leeftijdsgroepen waarop de preventieactiviteiten zich primair hebben gericht: jonge kinderen en sporters. Voor beide groepen daalde het aantal ongevallen in 2001 ten opzichte van 1996 met meer dan tien procent.

Zorgelijk is het feit dat de trend in letsels de afgelopen vijf jaar bleef stijgen bij jeugdigen (vier tot 18 jaar) en volwassenen, onder wie vooral de ouderen. Een stijging met zes procent over 1996–2001 volgde op een toename van ruim 15 procent over 1991–1996. Bij jongeren zijn vooral sportongevallen, met name bij de ongeorganiseerde sportbeoefening en het meedoen aan ragesporten, de oorzaak van het niet keren van de trend. Onder volwassenen leiden de activiteiten in en om het huis (onderhoud, klussen) en in de vrije tijd (uitgaan, bezoek horeca, recreatie) tot verhoogde letselrisico's. Naarmate we ouder worden gaan deze risico's zich meer voordoen in en om de woning en in zorginstellingen.

Over de preventie van sommige ziekten, waaronder dementie, is op dit moment nog weinig bekend. Met de toenemende vergrijzing wordt dementie een groot maatschappelijk probleem. Op dit moment lijden circa 175 000 mensen aan dementie; dit zal oplopen tot boven de 400 000 rond 2050. Hoge bloeddruk, overgewicht, een hoog cholesterolgehalte en roken dragen bij aan een aantal vormen van dementie. Bij andere vormen van dementie tast de wetenschap nog in het duister. Preventie van dementie moet daarom voorlopig «in afgeleide zin» gebeuren: de preventie van de prioritare ziekten zal mogelijk ook een positief effect hebben op het terug-

¹ Schattingen op basis van cijfers uit POLS 1995–1999, 20 jaar en ouder; RIVM, Nationaal Kompas Volksgezondheid.

² Tweede Nationale Studie, NIVEL/RIVM, 2002.

dringen van dementie. Tegelijkertijd wordt, waar mogelijk, onderzoek ondersteund naar het ontstaan van deze ziekte.

4.3 Voorkomen is beter dan genezen

Voorkomen is beter dan genezen. Dat geldt zeker voor de gezondheid. Het RIVM heeft berekend dat tussen de vijf en de negen procent van de totale uitgaven aan gezondheidszorg het gevolg zijn van ongezond gedrag, overgewicht en hoge bloeddruk.

We krijgen een steeds beter inzicht in de mogelijkheden voor preventie. Door middel van onderzoek hebben we steeds meer antwoorden op vragen naar de werkzaamheid en de effectiviteit van preventieve maatregelen¹.

Dat geldt ook voor inzicht in de opbrengsten en kosten van preventie en zorg².

VTV-2002 en een aanvullende studie van het RIVM³ hebben gegevens opgeleverd over de kosteneffectiviteit van preventieve interventies. Daaruit wordt duidelijk dat het voorkomen van ziekte, gezondheidsbevordering en maatregelen om de veiligheid thuis en in het verkeer te vergroten over het algemeen goedkoop zijn. De gezondheidswinst per euro is vaak veel goedkoper dan die van dure zorg later in het ziekteproces.

Studies, projecten en ervaringen in het buitenland tonen aan dat we in Nederland door zorg van goede kwaliteit nog meer ziektelast kunnen verminderen en gezondheidsrisico's kunnen voorkomen. VTV-2002 wijst op het tijdig toepassen van nieuwe medische technologie die goed werkt, het verminderen van variaties in de praktijk van het handelen van artsen, geïntegreerde of ketenzorg (het vanuit de patiënt optimaliseren van de gang van de patiënt door het zorgproces) en het verminderen van ongewenste negatieve effecten van medisch handelen. Ook de voorspellende geneeskunde, nieuwe vaccins voor diverse ziekteverwekkers en nieuwe mogelijkheden om met geneesmiddelen de gevolgen van een ongezonde leefstijl te compenseren kunnen de gezondheidsrisico's beperken. Dit zijn ontwikkelingen en vraagstukken waarop we op termijn een beleidsmatig antwoord moeten geven.

De aanpak vanuit ziektes zorgt ervoor dat de verantwoordelijkheid van alle relevante partijen in de zorgketen duidelijk wordt en dat gezamenlijk gewerkt wordt aan het behalen van gezondheidsdoelen. Voor de afname van de ziektelast van de prioritaire ziekten wil het kabinet concrete doelen stellen. Het is reëel te veronderstellen dat de ziektelast van een aantal ziekten en aandoeningen nog fors omlaag kan. Wanneer de beste Europese «prestaties» maatgevend zouden zijn, kan bijvoorbeeld de ziektelast van longkanker in Nederland nog met 25 procent naar beneden en die van coronaire hart- en vaatziekten met 15 procent. Het kabinet sluit hiermee aan bij de aanbevelingen van de Raad voor Volksgezondheid en Zorg (RVZ) in het advies *Volksgezondheid en Zorg*⁴. In Nederland is inmiddels gestart met het nationale programma kankerbestrijding, een initiatief van verschillende partijen dat door het kabinet wordt ondersteund. Het kabinet overweegt om in aansluiting hierop in 2004 een nationaal platform kankerbestrijding te installeren, dat als aanjager moet gaan functioneren en vernieuwingen stimuleren.

¹ Senten, M. e.a. Preventie loont; tussenstand van het Programma Preventie 1998–2002. ZONMw/Van Gorcum: Den Haag/Assen, 2003.

² VTV-2002, tabel 2.19.

³ Dirkmaat, T., Van Geneugten, M., De Wit, A. De kosten-effectiviteit van preventie; een verkennende studie. RIVM, 2003.

⁴ RVZ. Volksgezondheid en Zorg. Zoetermeer, 2001.

Tabel 1: De ernst en de kosten van de zes prioritaire ziekten(clusters) (Bron: RIVM¹)

	Ernst van de ziekte	Kosten van de gezondheidszorg 1999 (mln. euro)	Veranderingen aantal ziektegevallen 2000–2020 ¹
Hart- en vaatziekten			
– Coronaire hartziekten	Doodsoorzaak nummer 1 Meeste ziektelast	929	44%
– Beroerte	Meeste verloren levensjaren In top 5 doodsoorzaken In top 5 meeste ziektelast	1 029	44%
– Hartfalen	In top 5 meeste verloren levensjaren In top 10 meeste verloren levensjaren In top 10 sterfte	299	43%
Kanker			
– Longkanker	In top 5 doodsoorzaken In top 5 meeste verloren levensjaren Sterke stijging in de sterfte bij vrouwen in periode 1990–2000	104	54%
– Borstkanker	In top 5 meeste verloren levensjaren	138	31%
– Dikgedarm- en endeldarmkanker	In top 10 meeste verloren levensjaren In top 10 sterfte	124	47%
Diabetes mellitus	Sterke stijging in periode 1990–2000	431	36%
Psychisch			
– Depressie	In top 5 verlies aan kwaliteit van leven Sterke stijging onder vrouwen	497 ²	15%
– Angststoornissen	Meeste verlies kwaliteit van leven In top 5 meeste ziektelast In top 5 meest voorkomende ziekte	180	12%
– Afhankelijkheid van alcohol	In top 5 meeste ziektelast In top 5 meeste verlies kwaliteit van leven	Alcohol en drugs: 285	³
Astma en chronische longziekten (COPD)	In top 5 doodsoorzaken In top 5 meeste ziektelast In top 5 meeste verlies kwaliteit van leven Sterke stijging onder vrouwen in periode 1990–2000	594	COPD: 40% Astma: 7%
Bewegingsapparaat			
– Nek- en rugklachten	Meest voorkomende ziekte	549	14%
– Artrose	Knie- en heupartrose: in top 5 meest voorkomende ziekten	304	38%
– Reumatoïde artritis	In top 10 verlies kwaliteit van leven	92	27%

¹ Veranderingen in het aantal nieuwe en bekende gevallen van ziekten en aandoeningen in 2020 ten opzichte van 2000 (in procenten) door ontwikkelingen in de bevolkingsomvang en opbouw naar leeftijd en geslacht.

² Smit, E., Bohlmeijer, E. en Cuijpers, P. Wetenschappelijke onderbouwing depressiepreventie; Epidemiologie, aangrijpingspunten, huidige praktijk, nieuwe richtingen. Trimbos-instituut, Utrecht, 2003.

³ Geen demografische projectie opgesteld wegens ontbreken van geschikte leeftijdsspecifieke cijfers.

5. Drie speerpunten

Om gezondheidswinst te kunnen boeken, gaan we met voorrang zes ziekten aanpakken. Het kabinet wil vanuit deze ziekten de komende jaren met alle betrokken partijen de krachten bundelen en resultaat boeken rondom drie speerpunten:

- roken
- overgewicht
- diabetes

Roken en overgewicht zijn vermijdbare gezondheidsrisico's die een grote ziektelast veroorzaken (zie tabel 2). Stoppen met roken en/of minder overgewicht leiden op korte termijn tot winst. Roken is een bekend en groot volksgezondheid probleem waarvoor al meerdere jaren aandacht is in het beleid en waar de komende jaren de effecten van het beleid zichtbaar moeten worden. Overgewicht is een even groot volksgezondheid probleem aan het worden, waarop nu ingezet moet worden om de stij-

¹ VTV-2002.

gende tendensen te keren. De aanpak is nog in ontwikkeling, maar kan goed aansluiten op het bestaande beleid voor het stimuleren van gezonde voeding en voldoende lichaamsbeweging. Diabetes is een sterk groeiende chronische ziekte. Deze stijging heeft enerzijds te maken met de toenevende vergrijzing, maar anderzijds heeft de stijging bij jongeren vooral ook te maken met ongezonde gedragspatronen. Effectieve preventie van diabetes kan leiden tot gezondheidswinst en afname van de kostengroei in de zorg. Diabetes is daarmee ook een «voorbeeld» ziekte aan de hand waarvan de effecten van gerichte beleidsinterventies bij chronische ziekten zichtbaar gemaakt kunnen worden. Dit sluit aan bij het verzoek van de Tweede Kamer (motie Buijs, 28 600 XVI) om een plan van aanpak voor diabeteszorg.

Met de keuze van deze speerpunten sluiten we tevens goed aan op de internationale en Europese prioriteiten. Daarmee wordt het uitwisselen van kennis en ervaringen en het nemen van gecoördineerde maatregelen mogelijk.

Burgers zijn primair verantwoordelijk voor hun (on)gezonde gedrag. Maar ook gemeenten, bedrijven, producenten, scholen, de gezondheidszorg en zorgverzekeraars dragen verantwoordelijkheid. In hoofdstuk 7 beschrijven we de verantwoordelijkheden van deze partijen in meer algemene zin. We geven daar ook aan welke maatregelen het kabinet neemt om deze partijen (nog meer) te betrekken bij het stimuleren van een gezonde leefstijl en leefomstandigheden.

De burger moet weer (meer) centraal komen te staan in het preventiebeleid. Het kabinet kiest voor een aanpak die mensen in de praktijk ook echt bereikt: thuis, op school, op het werk, op plaatsen waar mensen hun vrije tijd doorbrengen, in de wijk en in de spreekkamer van de dokter. Daarom wil het kabinet samen met gemeenten, scholen, sociale partners, zorgverleners en zorgverzekeraars de actieprogramma's voor de speerpunten verder uitwerken.

Drie actieprogramma's moeten richting geven aan de activiteiten. Partijen uit het veld worden de komende tijd uitgenodigd actief mee te werken aan het uitvoeren van de actieprogramma's. In de acties zullen steeds drie belangrijke doelgroepen terugkomen: jeugd, mensen met een lage opleiding en ouderen:

- stimuleren van gezond gedrag bij de jeugd betekent investeren in de toekomst.
- meer gerichte aandacht voor de leefstijl en leefomstandigheden van mensen met een lage opleiding betekent inlopen van gezondheidsachterstanden.
- vasthouden van aandacht voor de gezondheid van ouderen betekent investeren in een betere kwaliteit van leven.

Om een integrale aanpak voor het inlopen van gezondheidsachterstanden te kunnen realiseren hebben Rijk en lokale overheden inmiddels de handen ineen geslagen en een tweetal trajecten in gang gezet: 1) het streven om gezondheid op te nemen in het komende *beleidskader grotestedenbeleid 2005–2009* en 2) het starten van een programma voor een gerichte *sociale impuls in de (56) aandachtswijken* in de grote steden. De speerpunten uit deze nota vormen in beide trajecten onderdeel van de uit te voeren activiteiten en af te spreken prestaties en resultaten.

Gezondheid in de grote steden

Hoofddoelstelling is het inlopen van de gezondheidsachterstanden bij mensen met een lage opleiding en een laag inkomen. De door de Commissie Albeda in haar eindadvies geformuleerde aangrijpingspunten voor het terugdringen van sociaal-economische gezondheidsverschillen lenen zich uitstekend voor een integrale aanpak in het kader van het grotestedenbeleid. Deze aangrijpingspunten raken zowel de sociale, de economische

als de fysieke pijler van het grotestedenbeleid. (Sociaal-economische gezondheidsverschillen verkleinen. Eindrapportage en beleidsaanbevelingen van de Programma-commissie SEGV-II. Prof. dr. W. Albeda e.a., Den Haag, 2001.) Met de G-30 (zie hieronder) worden afspraken gemaakt over:

- het invoeren van een gezondheidsvergelijking (benchmark);
- het inzetten van specifieke voorzieningen voor de gezondheid en deelname aan de arbeidsmarkt van uitkeringsgerechtigden;
- het inzetten van de jeugdgezondheidszorg voor de risicojeugd op school, mede om schoolverzuim tegen te gaan;
- het invoeren van een integrale wijkgerichte aanpak om gezond leven in achterstandswijken te bevorderen;
- het verbeteren van de toegankelijkheid van de eerstelijnsgezondheidszorg in achterstandswijken.

Tegenover de investeringen en prestaties van de steden stelt het kabinet via het grotestedenbeleid geld beschikbaar. De GBI's en het RIVM worden gevraagd de doelstellingen van het grotestedenbeleid te ondersteunen.

G-4: De vier grootste steden van Nederland, Amsterdam, Rotterdam, Utrecht en Den Haag.

G-26: Na de G-4 de 26 grootste steden in Nederland, waarbij het gaat om een combinatie van inwonertal en grote stedenproblematiek (zie www.kcgs.nl). G-30: De G-4 en G-26 samen.

Sociale impuls aandachtswijken (56)

De sociale problematiek in de steden wordt gekenmerkt door een hardnekkig opeenstapelen van achterstanden. Sociale netwerken staan onder druk. Door verloedering van de leefomgeving hebben bewoners steeds minder band met hun wijken en ontstaan anonieme buurten waar het beleven van belangrijke maatschappelijke waarden en het naleven van normen onder druk staan. Om de leefsituatie in de aandachtswijken die ook in het kader van de stedelijke vernieuwing geselecteerd zijn, te verbeteren, wordt een sociaal programma opgezet. Dit programma duurt vijf jaar (2004–2009). Gezondheid en zorg behoren tot de thema's waarmee burgers en lokale partijen op wijkniveau doelstellingen formuleren. Het verband tussen de fysieke en de sociale pijler van het grotestedenbeleid wordt hiermee duidelijk gemaakt. Het kabinet zet ook hier tegenover de prestaties in de wijken extra geld en ondersteuning in vanuit een aantal landelijke instellingen.

Tabel 2: Relatie tussen enkele risicofactoren en de prioritaire ziekten(clusters) (Bron: RIVM¹)

Ziekte	Risicofactoren voor de ziekte						
	Roken	Overgewicht	Voeding			Bewegen	Alcohol
			Verzadigd vet	Transvet-zuur	Groente en fruit		
Hart- en vaatziekten							
- Coronaire hartziekten	x	x	x	x	x	x	x
- Beroerte	x	x				x	x
- Hartfalen	x	x					
Kanker							
- Longkanker	x				x		
- Borstkanker	x	x			x		x
- Dikkedarm- en endeldarmkanker		x			x	x	
Diabetes mellitus		x				x	
Psychisch							
- Angststoornissen							x
- Afhankelijkheid van alcohol							x
COPD	x						

Bewegingsapparaat
 – Nek- en rugklachten
 – Artrose

x

x

¹ VTV-2002.

5.1 Roken

Roken is en blijft volksgezondheidvijand nummer één en de grootste vermijdbare doodsoorzaak. Als er in Nederland niemand zou roken, zou de algehele levensverwachting (voor rokers en niet-rokers) bij de geboorte vier jaar hoger liggen. Dat de levensverwachting in Nederland naar verhouding minder stijgt, heeft alles met roken te maken. Ruim 20 000 mensen overlijden jaarlijks door roken, vooral aan (long)kanker en harten vaatziekten, maar ook ziekten als astma en chronische bronchitis staan in verband met roken. Daarnaast leidt meerroken tot grote gezondheidsschade bij niet-rokers. In 1993 heeft het Nederlands Kanker Instituut berekend dat in Nederland ieder jaar ongeveer 200 mensen alleen al aan longkanker overlijden door het meerroken met anderen ¹.

Als iedereen morgen stopt met roken, is een enorm gezondheidsprobleem opgelost en besparen we jaarlijks bijna 509 miljoen euro op kosten van de gezondheidszorg. Stoppen met roken betekent minder luchtwegklachten en een betere conditie, waardoor het beroep op de gezondheidszorg onmiddellijk minder wordt.

Maar stoppen met roken is makkelijker gezegd dan gedaan. Nicotine is een bijzonder verslavende stof. Onderzoek toont aan dat meisjes die af en toe roken in drie weken verslaafd zijn en jongens in gemiddeld zes maanden².

Jongeren met een lage opleiding roken tweemaal zo vaak dagelijks als jongeren met een hoge opleiding. Ook in de andere leeftijdsgroepen is het percentage rokers bij laagopgeleiden hoger dan bij hoogopgeleiden. Doordat onder hoogopgeleiden minder wordt gerookt³ neemt dit verschil sinds de tweede helft van de jaren negentig alleen nog maar toe.

5.1.1 Doelstellingen

Niet-roken moet de sociale norm worden. Op dit punt is de afgelopen jaren al het nodige bereikt. Bedroeg het percentage rokers in 1999 nog 34 procent, in 2002 was dit gedaald tot 31 procent. Het streven is het percentage rokers eind 2007 terug te brengen tot 25 procent.

¹ Dit is berekend op basis van een rapport van het Environmental Protection Agency, een adviesorgaan van de Amerikaanse regering. De Gezondheidsraad doet op dit moment onderzoek naar de schadelijkheid van omgevingstabaksrook voor de gezondheid. Dit rapport wordt eind 2003 verwacht.

² DiFranza, J.R., Savageau, J.A., Fletcher, K., Ockene, J.K., Rigotti, N.A., McNeill, A.D., Coleman, M., Wood, C. The development of symptoms of tobacco dependence in youths: 30-month follow-up data from the DANDY study. Tobacco Control, 2002.

³ NIPO-enquêtes naar roken onder jongeren en volwassenen, STIVORO voor een rookvrije toekomst, 2001.

Psychische gezondheid, risicogedrag en welbevinden van Nederlandse scholieren, HBSC Nederland 2002. door Tom ter Bogt e.a. Uitgegeven door het Trimbos-instituut.

Rookgedrag internationaal vergeleken

De cijfers hebben betrekking op de volwassen populatie en dateren uit 2000–2001.

De gegevens komen uit de Country Profiles 2003 van de WHO.

Griekenland	38%
Duitsland	36%
Zwitserland	33%
Luxemburg	32%
Polen	32%
Spanje	32%
België	31%
Nederland	30%
Noorwegen	29%
Oostenrijk	29%
Denemarken	28%
Frankrijk	27%

Ierland	27%
Verenigd Koninkrijk	27%
Italië	25%
Finland	23%
Zweden	19%
Portugal	17%

5.1.2 Aanpak

Het aannemen van de gewijzigde Tabakswet in het parlement in 2002 betekende een grote stap in het beleid om van niet-roken de sociale norm te maken. De gewijzigde Tabakswet levert een belangrijke bijdrage aan het beschermen van de niet-roker, maar ook aan het ontmoedigen van het tabaksgebruik onder jongeren. Kernelementen van de wet zijn: het verbod op reclame voor tabaksproducten, een verkoopverbod aan jongeren onder de 16 jaar en het verbod op roken in openbare ruimten. Bij het handhaven streeft het kabinet binnen het beschikbare budget voor de Voedsel- en Warenautoriteit (VWA) naar een versterking van het toezicht. De Voedsel en Warenautoriteit (VWA)/Keuringsdienst van Waren ziet toe op de uitvoering van de Tabakswet. De wetgeving wordt aangevuld met andere maatregelen zoals voorlichting om niet-roken onder jongeren te promoten en een hoge accijns op tabaksproducten. De effectiviteit van de verschillende maatregelen is in studies van de WHO duidelijk aangetoond. In landen waar deze maatregelen zijn ingevoerd, is het percentage rokers aanzienlijk gedaald. Vooral de combinatie van diverse maatregelen blijkt succesvol: zowel reclameverbod, leeftijdsgrens als gezondheidswaarschuwingen op verpakkingen, naast ondersteuning bij stoppen met roken, rookverboden en accijns¹. Kortom: met name een breed samengesteld en samenhangend pakket met maatregelen heeft werkelijk effect in de strijd tegen roken. Steun en inzet van lokale partners zoals gemeenten en hun GGD'en, scholen en sportverenigingen, zorgverzekeraars, de horeca en werkgevers zijn essentieel.

Actie 1: de niet-roker beschermen.

Om de Tabakswet goed duidelijk te maken naar het grote publiek komen er campagnes. Het gaat hierbij om onderwerpen als rookvrij sporten, rookvrij personenvervoer, rookvrije ruimten voor kinderen en de rookvrije werkplek. Om de Tabakswet toegankelijk te maken, is er op initiatief van VWS en STIVORO² een informatiepunt *Roken en de wet* opengesteld (www.rokenendewet.nl). Het ministerie heeft werkgroepen in het leven geroepen waarin maatschappelijke organisaties, STIVORO en VWS vertegenwoordigd zijn. Op 1 januari 2004 treedt de wettelijke verplichting voor werkgevers om hun werknemers een rookvrije werkplek te bieden in werking. Er zijn ongeveer 7 miljoen werknemers³, daarom is de rookvrije werkplek een belangrijke stap in het bieden van bescherming tegen tabaksrook. De invoering van deze regelgeving wordt ondersteund door directe informatie aan werkgevers, advies aan werkgevers over het opzetten van een goed rookbeleid en een massamediale campagne (www.rokenendewerkplek.nl). Behalve bescherming tegen tabaksrook op de werkplek zal de maatregel voor veel werknemers een stimulans zijn om te stoppen met roken.

¹ WHO. The World Health Report 2002; Reducing Risks, Promoting Healthy Life. WHO: Geneva: 2002.

² STIVORO, voor een rookvrije toekomst (voorheen Stichting Volksgezondheid en Roken).

³ CBS, sociaal-economische maandstatistiek; jaargang 20; augustus 2003.

Actie 2: voorkomen dat jongeren gaan roken.

Voor jongeren is roken vaak onbewust een middel om de eigen identiteit te ontwikkelen. Verslaving treedt echter veel sneller op dan zij voor mogelijk houden. Het verkoopverbod aan jongeren moet helpen hen van het roken af te houden. Een gezamenlijk marketingexperiment «niet-roken voor jongeren» van VWS en STIVORO, dat in de herfst van 2002 plaats-

vond, heeft jongeren laten zien hoe ze ook zonder roken volwassen kunnen worden. Dit experiment wordt de komende jaren door STIVORO landelijk ingevoerd, vooral voor jongeren uit de lagere sociaal-economische groepen.

Big deal?

In een aantal gemeenten in noordoost Noord-Brabant is in aansluiting op het project *Gezonde school en genotmiddelen* van het Trimbos-instituut het project *Big Deal?* uitgevoerd. Jongerenwerkers gingen in gesprek met jongeren om het gebruik van genotmiddelen te bespreken en na te gaan op welke wijze jongeren zelf als «peer group educators» aan de slag kunnen gaan. In Schijndel hebben jongeren ervoor gekozen de lokale muziekbands op te roepen een nummer te schrijven waarin voorlichting wordt gegeven over het gebruik van genotmiddelen. Nagenoeg alle amateurbandjes hebben meegedaan. Er is een festival georganiseerd waar iedere band zijn productie ten gehore kon brengen. De beste band werd door jongeren met de eerste prijs beloond. Er werd niet alleen gekeken naar de muzikale prestatie, maar ook of het nummer de jeugd aansprak wat betreft de inhoudelijke boodschap.¹

Actie 3: hogere accijns.

Het kabinet heeft besloten om per 1 februari 2004 de accijns op shag (pakje 50 gram) en sigaretten (pakje 25 stuks) te verhogen met 0,46 euro (prijs effect 0,55 euro inclusief B.T.W.). De prijs van een pakje sigaretten (25 stuks) in de meest populaire prijsklasse bedraagt momenteel 3,80 euro. De accijnsverhoging komt neer op een prijsstijging van circa 14 procent. Volgens cijfers van de Wereldbank² leidt een prijsverhoging met een procent in welvarende Westerse landen tot een daling van de consumptie met 0,4 procent. Ook het EIM geeft een prijselasticiteit van $-0,4$ ³. Op basis daarvan leidt de voorgenomen prijsverhoging van 14 procent naar verwachting tot een daling van de consumptie met ongeveer vijf tot zes procent. Accijnsverhoging heeft vooral effect op het rookgedrag van jongeren en lage inkomensgroepen. Er beginnen ieder jaar ongeveer 100 000 jongeren met roken. Studies van de Wereldbank wijzen uit dat het aantal jongeren dat begint met roken daalt met ongeveer 9 000 als de prijs van een pakje sigaretten met veertien procent stijgt. Aangezien één op de twee rokers vroegtijdig overlijdt aan de gevolgen van tabaksgebruik, leidt daling van de consumptie en/of het aantal rokers ook tot minder vroegtijdige sterfgevallen door tabaksgebruik.

Actie 4: lokale activiteiten.

Activiteiten gericht op het terugdringen van roken onder jongeren en mensen met een lage opleiding maken deel uit van de verdere uitwerking van de afspraken met de grote steden in het kader van het Beleidskader Grote Stedenbeleid, onderdeel Gezondheid en de Sociale impuls 50-wijken en vormen onderdeel van het Gezonde schoolbeleid (zie paragraaf 7.2).

Ondersteuning bij stoppen met roken

Verzekeraars en zorgverleners kunnen meer aandacht besteden aan ondersteuning bij stoppen met roken. Huisartsen geven bijvoorbeeld in slechts negen procent van de contacten met rokers een stoppen met roken advies en slechts vijftig procent van de CARA-patiënten krijgt het advies te stoppen met roken. Stoppen met roken levert directe gezondheidswinst op voor de (ex-) roker. Vijfenzeventig procent van de rokers die proberen te stoppen, doen dit op eigen kracht. Als rokers bij hun stoppoging steun krijgen wordt de stopkans twee tot drie keer zo groot. Het kan dan gaan om advies door de behandelend arts, farmacologische ondersteuning, individuele begeleiding of een combinatie daarvan.

¹ Concrete bouwstenen voor gemeentelijk gezondheidsbeleid, Public Health Forum.

² The World Bank, *Curbing the Epidemic, Governments and the Economics of Tobacco Control*, 1999.

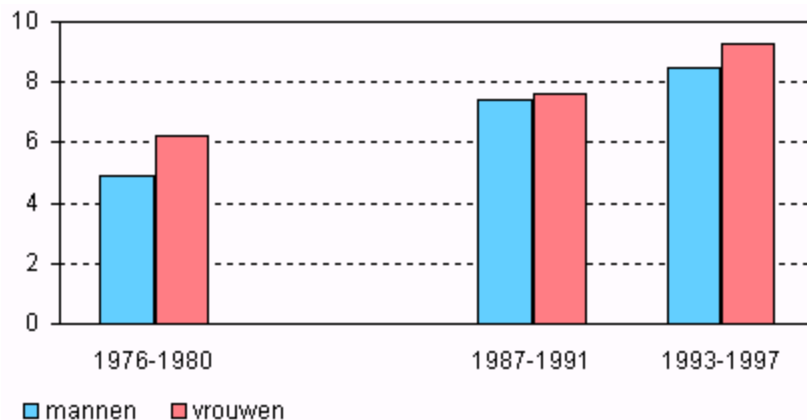
³ EIM; *Accijnsverhoging op tabaksproducten*; Zoetermeer; 2002.

5.2 Overgewicht

Overgewicht is een belangrijk volksgezondheidsprobleem omdat het risico's heeft voor chronische ziekten (zie tabel 2). Het gaat hierbij vooral om diabetes, hart- en vaatziekten, sommige vormen van kanker en aandoeningen aan het bewegingsapparaat. Daarnaast kan overgewicht ook leiden tot stigmatisering van mensen, in het bijzonder van kinderen, en daarmee tot psychische en sociale klachten. Ernstig overgewicht, obesitas, heeft een grotere invloed op het aantal chronische aandoeningen dan roken of overmatig alcoholgebruik. Obese ¹ personen leven minder lang en vooral langer in ongezondheid.

De hoofdoorzaak van overgewicht is het uit balans zijn van de energie-inname via de voeding en het energieverbruik door lichamelijke activiteit, ofwel te veel eten en te weinig bewegen. Soms speelt ook aanleg een rol. Overgewicht neemt de laatste jaren verontrustend toe en dreigt een even grote vijand van de volksgezondheid te worden als roken nu is. Steeds meer jongeren hebben overgewicht. In 1997 varieerde het percentage overgewicht, afhankelijk van de leeftijd, tussen de zeven en 16 procent. Hadden in 1980 tussen de 0,1 en één procent van de mensen tussen twee en 20 jaar ernstig overgewicht, in 1997 was dit toegenomen tot tussen de 0,5 en 2,7 procent. Recentere gegevens laten zien dat deze stijgende trend zich voortzet². De kosten van de gezondheidszorg voor ernstig overgewicht bedragen nu al jaarlijks 505 miljoen euro. Overgewicht en obesitas komen in bepaalde groepen van de bevolking veel vaker voor. Bij laagopgeleide vrouwen komt obesitas vijf keer vaker voor dan bij hoogopgeleiden; bij laagopgeleide mannen is dit drie keer vaker. Ook het aantal mensen met overgewicht is hoog bij deze groep. Uit recent onderzoek³ blijkt dat bijna 90 procent van de Turkse vrouwen in Amsterdam lijdt aan overgewicht. Het percentage allochtonen met overgewicht en obesitas komt overeen met de huidige Amerikaanse percentages, waar de situatie nog ernstiger is dan in Nederland.

Figuur 2: Percentage mensen van 37 tot 43 jaar met ernstig overgewicht (BMI >= 30 kg/m²) in de periode 1976–1997, naar geslacht⁴.



¹ Volgens de WHO-definitie is er bij volwassenen sprake van obesitas (ernstig overgewicht) bij een BMI van 30 kg/m² of meer. Een BMI-waarde tussen 25 en 30 kg/m² wordt aangemerkt als overgewicht. De BMI (Body Mass Index) is gedefinieerd als het lichaamsgewicht (in kg) gedeeld door het kwadraat van de lichaamslengte (in m).

² Viet, A.L., Van den Hof, S., Elvers, L.H. e.a. Risicofactoren En GezondheidsEvaluatie Nederlandse Bevolking; een onderzoek op GGD'en (Regenboogproject). Jaarverslag 2000. Bilthoven: RIVM, 2002.

³ Dijkshoorn, H., Voortman, J. Overgewicht bij Turkse, Marokkaanse en andere allochtone vrouwen. Congres «Allochtoon dus ongezond?» TSG Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen. 2003; 81(4): 10.

⁴ VTV-2002.

5.2.1 Doelstellingen

Het kabinet wil dat het aantal mensen met overgewicht en obesitas over de hele linie niet meer stijgt. Dit is, gezien de verwachte sterke stijging, een ambitieuze doelstelling. In het bijzonder voor kinderen hoopt het kabinet tot een reductie te komen: tijdig signaleren en goed ingrijpen leidt bij kinderen in de groei nog relatief gemakkelijk tot verbeteringen. Een gezond gewicht levert niet alleen op langere termijn gezondheidswinst op,

maar ook op korte termijn een betere conditie en een directe vermindering van gebruik van gezondheidszorg.

Een belangrijk streven is dat mensen meer gaan bewegen en gezonder gaan eten.

Veel animo voor gezondheidstest

Dit jaar is voor de vijfde keer de Nationale Gezondheidstest gehouden.

Deelnemers doen in een gekwalificeerd fitnesscentrum een eenvoudige fysieke test en vullen twee uitgebreide vragenlijsten in over hun leefstijl. Op basis hiervan wordt een inschatting gemaakt van hun fitheid en wordt een persoonlijk beweegadvies gegeven.

Tijdens deze actieweek zijn circa 7 000 mensen getest, waarvan ongeveer 1 000 werknemers van de ING-bank. De test dient niet alleen om mensen aan te zetten tot meer bewegen, maar ook om publiciteit te genereren voor het belang van bewegen en voor het volgen van trends. Opdrachtgever is de Nederlandse Hartstichting; VWS is co-financier.

5.2.2 Aanpak

Mensen zijn en blijven allereerst zelf verantwoordelijk voor het terugdringen van overgewicht. Daarnaast is een gezamenlijke aanpak nodig, gericht op zowel leefstijl als op omgevingsfactoren die goede voeding en voldoende beweging stimuleren. Producenten kunnen hun producten gezonder maken. Scholen en bedrijven kunnen in hun kantine meer nadruk leggen op een gezonde keus. Gemeenten kunnen bij de inrichting van woonwijken meer aandacht besteden aan voldoende speel- mogelijkheden, aan veilige fietsroutes naar scholen en aan bereikbare sportverenigingen.

Gezond op school

Het is vaak mogelijk om met scholen en sportkantines afspraken te maken over het aanbieden van gezonde snacks. Zorgen dat gezonde voeding vooraan ligt en niet verborgen in een hoekje is al een goed begin.

En wat te denken van de halve liter flesjes bronwater waar iedereen in de klaslokalen het laatste jaar opeens uit drinkt? Meer water drinken en minder suikerzoete cola is gezondheidsbevorderend. Dit soort dingen kan in overleg tussen school en leveranciers meer worden uitgedacht. Een goede rage is nooit weg.¹

Praktijk en onderzoek hebben nog geen succesvolle aanpak opgeleverd die voldoende effectief is. De door de Europese Unie georganiseerde «Conference on Obesity» (2002)² en de Gezondheidsraad (2003)³ adviseren dan ook om uit te gaan van een «gezondverstandbenadering». Ze bedoelen hiermee activiteiten en maatregelen waarvan aannemelijk is of waarvan aangetoond is dat ze leiden tot meer bewegen en/of minder energie-inname via voeding. Belangrijke adviezen bij het ontwikkelen van een gezamenlijk plan van aanpak zijn het RVZ advies Gezondheid en Gedrag (2002)⁴ en het advies van de Gezondheidsraad Overgewicht en Obesitas (2003)⁵. Beide adviezen bepleiten het ontwikkelen van een preventieve aanpak met een brede coalitie van betrokken partijen. In mei 2003 heeft een startbijeenkomst plaatsgevonden met 25 maatschappelijke organisaties en vertegenwoordigers van de sociale partners en het bedrijfsleven.

Deze bijeenkomst is afgesloten met het benoemen van een viertal thema's die verder uitgewerkt worden:

1. Hoe kan lokale aandacht voor overgewicht gestimuleerd en gefaciliteerd worden?
2. Op welke wijze kunnen interventies meer van meet af aan opgezet worden vanuit de energiebalans in plaats van primair vanuit voeding of primair vanuit bewegen?
3. Wat kunnen aanbieders van voeding en beweegactiviteiten nog meer

¹ Concrete bouwstenen voor gemeentelijk gezondheidsbeleid, Public Health Forum.

² Kopenhagen, 11 en 12 september 2002.

³ Gezondheidsraad. Overgewicht en obesitas. Den Haag: Gezondheidsraad, 2003; publicatie nr. 2003/07.

⁴ RVZ advies Gezondheid en gedrag, 2002/14. RVZ, Zoetermeer, 2002.

⁵ Gezondheidsraad. Overgewicht en obesitas. Den Haag: Gezondheidsraad, 2003; publicatie nr. 2003/07.

doen om er voor te zorgen dat «de gezonde keuze gemakkelijker wordt»?

4. Welke rol kunnen onder meer de (jeugdgezondheids)zorg en kinderopvang spelen bij de preventie van overgewicht bij jonge kinderen?

Actie 1: aansluiten bij activiteiten gezonde voeding.

Het kabinet kiest ervoor om de activiteiten over overgewicht zoveel mogelijk te laten aansluiten bij al in gang gezet beleid op de terreinen: voeding, bewegen en gezonde jeugd. Voorlichtings- en andere ondersteuningsactiviteiten moeten zoveel mogelijk aansluiten bij de bestaande beleidsvoornemens uit de nota Nederland Goed Gevoed, 1998 die nu wordt uitgevoerd.

Voeding speelt een belangrijke rol bij het terugdringen van overgewicht en in meer algemene zin bij het in stand houden van een goede gezondheid.

Het kabinet stimuleert het bedrijfsleven tot het *aanpassen van producten* met een verminderd vetgehalte en verbeterde vetzuursamenstelling, gelet op de toename in consumptie van kant-en-klaarmaaltijden, hartige sauzen met vet en andere producten met veel verzadigd vet en transvet.

Daarbij volgen we de komende tijd een tweesporenbeleid:

- het bedrijfsleven via een al opgerichte werkgroep van het Regulier Overleg Warenwet stimuleren daadwerkelijk producten aan te passen;
- actief en van tevoren samenbrengen van onderzoeks- en bedrijfspartijen om de kennis over transvetzuren en verzadigde vetten te vergroten. Hiertoe heeft het Voedingscentrum, in opdracht van VWS, een projectplan *Verborgene vetten* opgesteld.

De campagne *Maak je niet dik!* van het Voedingscentrum gaat door en wordt verder ontwikkeld.

Actie 2: gezond gedrag gemakkelijker, aantrekkelijker en vanzelfsprekender maken.

Het kabinet gaat in het Regulier Overleg Warenwet (ROW) met aanbieders van voeding en beweegactiviteiten afspraken maken over het gemakkelijker maken van de gezonde keuze. Het kabinet wil in dit overleg afspraken maken over het aanpassen van producten (als over het vetgehalte in voeding, zie actie 1), portiegrootte, inhoud van snoep- en frisdrankautomaten op scholen, reclame en verkoopactiviteiten voor minderjarige kinderen en productinformatie.

Actie 3: aansluiten bij activiteiten bewegen.

In de nota *Sport, Bewegen en Gezondheid* (2001) is de waarde van lichamelijke activiteit voor de gezondheid, de fitheid en het welzijn van mensen uiteengezet. Daar is ook aangegeven dat de toename van overgewicht veel te maken heeft met te weinig lichaamsbeweging. Het belang van het «samen optrekken» tussen de aanpak van overgewicht en het bevorderen van voldoende lichaamsbeweging is dus evident. De activiteiten op het terrein van het bevorderen van bewegen zullen aansluiten bij de speerpunten uit het preventiebeleid en zich vooral richten op de doelgroepen jeugd en mensen met een lage opleiding en een laag inkomen.

Het Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen (NISB) voert in 2003 en 2004 een tiental *voorbeeldprojecten* voor het ondersteunen van een gezonde en actieve leefstijl.

Deze voorbeeldprojecten zijn onder meer ook bedoeld om inzicht te krijgen in de vraag of een aanpak waarbij gewerkt wordt met en voor mensen met een gezondheidsachterstand geschikt is om deze doelgroep te stimuleren om meer te bewegen en zo ook overgewicht te voorkomen.

Actie 4: overgewicht vroegtijdig opsporen en aanpakken.

Het kabinet gaat met de gemeenten afspreken hoe kinderen vanuit de jeugdgezondheidszorg tijdig advies krijgen over overgewicht of hiervoor

behandeld kunnen worden. ZonMw wordt gevraagd een protocol te laten ontwikkelen. Het Platform Jeugdgezondheidszorg begeleidt de invoering hiervan.

Het Voedingscentrum ontwikkelt voorlichtingsmateriaal voor de werkers in de jeugdgezondheidszorg en in de kinderopvang.

Actie 5: activiteiten op scholen.

Momenteel loopt in zeven grote steden het Schoolfruitproject (motie-Atsma) dat bedoeld is om kinderen op basisscholen meer groente en fruit te laten eten. In dit project werken het Voedingscentrum, AGF promotie Nederland, het Productschap Tuinbouw en de ministeries van LNV, OC&W en VWS samen. Deze activiteit wordt met bijbehorende nulmetingen en effectmetingen voortgezet tot 2005.

Van 2001 tot 2003 is het project *Gezonde schoolkantines* uitgevoerd. Doelstelling hiervan was het bevorderen van een verstandig aanbod aan drinken en etenswaren in de schoolkantines. Het hiervoor ontwikkelde materiaal is geëvalueerd; het Voedingscentrum stelt het nu beschikbaar.

Actie 6: lokale, wijkgerichte activiteiten.

Activiteiten gericht op het terugdringen van overgewicht bij mensen met een lage opleiding maken deel uit van de verdere uitwerking van afspraken met de grote steden in het kader van het Beleidskader Grote Stedenbeleid, onderdeel Gezondheid en van de Sociale impuls 50-wijken.

Actie 7: onderzoek in samenhang brengen.

Het Kenniscentrum Overgewicht stimuleert de samenhang tussen de diverse onderzoeksprojecten over overgewicht en uitwisseling van kennis.

Actie 8: overgewicht in internationaal verband aanpakken.

Wereldwijd is overgewicht inmiddels als probleem onderkend. De WHO is bezig met het ontwikkelen van een «Global strategy on diet, physical activity and health». De Europese Commissie heeft recent een netwerk opgericht om Europees beleid te ontwikkelen. Het kabinet doet actief mee in deze internationale gremia.

«Fabels» over afslanken

Alleen een verantwoorde voeding gecombineerd met voldoende beweging kan het ontstaan van overgewicht voorkomen. Om af te vallen is het dus ook noodzakelijk de eetgewoonten aan te passen en voldoende te bewegen.

Afvallen kan het beste geleidelijk, door:

- een gezond eetpatroon met een beperkte hoeveelheid middelen;
- de hoeveelheid vetten te beperken;
- matig te zijn met voedingsmiddelen waaraan suiker is toegevoegd;
- het drinken van alcohol te beperken;
- meer te bewegen.

Afslankmiddelen werken alleen maar op de korte termijn en voor zo lang de afslankmiddelen gebruikt worden. Bepaalde diëten zoals het Atkins-dieet (geen koolhydraten, veel vetten) kunnen effectief zijn om op korte termijn af te vallen, maar het gewichtsverlies is op de lange termijn meestal niet blijvend. Omdat er geen verandering in de eetgewoonten optreedt valt men na het stoppen van het gebruik van de middelen of het dieet weer snel terug in het oude patroon en dat kan op de lange termijn zelfs leiden tot een hoger gewicht: het zogenaamde «jojo-effect».

5.3 Diabetes

Met 414 000 «erkende» diabetespatiënten in 2000 en 65 000 nieuwe gevallen per jaar is diabetes mellitus de afgelopen tien jaar (1990 tot 2000) een van de sterkste stijgers onder de chronische ziekten. Diabetes leidt tot vermindering van het aantal gezonde levensjaren, aantasting van de kwaliteit van leven en belasting van de curatieve zorg. Ramingen van het RIVM wijzen uit dat jaarlijks minimaal 160 miljoen euro aan medische kosten bespaard kunnen worden door betere en tijdige zorg.

Het stimuleren van verantwoorde voeding en van gezond bewegen, en het opsporen van risicogroepen dragen bij aan het voorkomen van diabetes mellitus. Vroegtijdig diagnosticeren en voorkomen van complicaties door goede zorg kunnen de ziektelast aanzienlijk terugdringen.

De risicofactoren voor type 1 diabetes (ook wel jeugddiabetes genoemd) zijn nog onvoldoende bekend. Risicofactoren voor het ontstaan van diabetes mellitus type 2 (ook wel ouderdomssuiker genoemd) zijn onder andere overgewicht, te weinig bewegen en verkeerde voedingspatronen. Zorgelijk is de toename van diabetes type 2 bij kinderen en jongeren. Te weinig en te laat behandelen en late of verkeerde diagnose zorgen ervoor dat veel diabetespatiënten kampen met ernstige complicaties zoals harten vaatziekten, blindheid, voetafwijkingen waaronder amputaties en aantasten van de nieren.

Mensen met een lage opleiding hebben tweemaal zoveel kans om diabetes te krijgen als mensen met een hoge opleiding. Diabetes komt ook meer dan gemiddeld voor bij bepaalde bevolkingsgroepen, zoals Hindoestanen en Marokkanen. Volgens diverse epidemiologische onderzoeken ligt het aantal niet-opgespoorde gevallen van diabetes type 2 tussen 100 000¹ en 400 000².

Goede zorg kan complicaties als gevolg van diabetes voorkomen. Uit onderzoek blijkt dat diabetes beter te behandelen is dan nu gebeurt³. Een gericht preventief beleid vanuit de zorg kan de ziektelast als gevolg van complicaties aanzienlijk terugdringen.

5.3.1 Doelstellingen

Het doel is het aantal mensen jonger dan 55 jaar met ouderdomssuiker omlaag te brengen. Dit moet worden bereikt door gezonde voeding, meer bewegen, niet roken en matig alcoholgebruik. Het kabinet wil verder dat mensen met diabetes langer gezond leven door te voorkomen dat complicaties ontstaan en door het verergeren van de ziekte tegen te gaan.

5.3.2 Aanpak

De aanpak verloopt langs twee lijnen, namelijk:

1. De burger/patiënt is verantwoordelijk voor zijn gedrag
Door het nemen van verantwoordelijkheid voor gedrag en leefstijl kan de burger de kans verminderen dat hij een chronische ziekte krijgt en het moment uitstellen dat hij ziek wordt. Bovendien kan hij door gezond gedrag en therapietrouw complicaties voorkomen en uitstellen.
2. Patiënt, aanbieder en verzekeraar trekken gezamenlijk op
Patiënt, aanbieder en verzekeraar trekken gezamenlijk op en nemen ieder hun eigen verantwoordelijkheid. Zij maken gezamenlijk afspraken over de inhoud, uitkomsten en financiering van diabeteszorg.

² Nederlandse Diabetes Federatie.

³ RVZ advies Volksgezondheid en Zorg. RVZ, Zoetermeer, 2001.

Actieprogramma diabetes

Er is in overleg met het veld een analyse uitgevoerd van het probleem diabetes. Op basis van de resultaten heeft het kabinet besloten om samen

met verantwoordelijke organisaties een landelijk diabetesprogramma te ontwikkelen. Het streven is dat het diabetesprogramma 2004 – 2008 in het voorjaar van 2004 door de betrokken partijen wordt ondertekend. De Kamer zal na ondertekening worden geïnformeerd over inhoud en voortgang van het programma.

De volgende strategieën maken deel uit van het te ontwikkelen programma.

Strategie 1: voorkoming van diabetes bij de gezonde bevolking.

Verminderen van ongezond gedrag kan in belangrijke mate bijdragen aan het voorkomen van diabetes. Het gaat hierbij om gezonde voeding, beweging, matig alcoholgebruik en niet roken. In ditzelfde hoofdstuk en in hoofdstuk 6 zijn concrete actiepunten op deze terreinen geformuleerd. Het programma zal bij deze activiteiten aansluiten.

Strategie 2: vroegtijdig opsporen mensen met een hoog risico voor diabetes.

Hierbij onderzoeken we de mogelijkheden voor de burger een risicoprofiel te laten maken en daaraan gekoppeld een gezondheidspreventiecontract. Op deze manier krijgen burgers meer inzicht in de individuele gezondheidstoestand zodat zij hun eigen verantwoordelijkheid kunnen nemen. Ook bekijken we of een risicostandaard voor kinderen onderdeel kan uitmaken van het uniforme deel van het basistakenpakket voor de jeugdgezondheidszorg binnen de huidige beschikbare middelen.

Strategie 3: vroegtijdige opsporing van mensen met diabetes.

Over noodzaak en de (kosten)effectiviteit van systematische screening van risicogroepen op diabetes is in maart 2003 advies gevraagd aan de Gezondheidsraad. De Gezondheidsraad zal in 2004 advies uitbrengen. Mede op basis hiervan zal het kabinet een standpunt over screening op diabetes innemen.

Strategie 4: het verbeteren van de bestaande diabeteszorg.

Het streven is het aanbod van preventieve zorg, de behandeling van patiënten en de verwerking van medische gegevens meer in samenhang te brengen zodat er een logische en sluitende keten ontstaat waarin op maat toegesneden zorg wordt gerealiseerd. Noodzakelijke voorwaarde daarbij is dat in een landelijke zorgketenstandaard vastgelegd wordt wie waarvoor verantwoordelijk is in de uitvoering van de keten. Vrijblijvendheid is ongewenst omdat dit zou betekenen dat iedere ketenpartner zelfstandig kan handelen zonder rekening te hoeven houden met de effecten daarvan voor de rest van de keten. Hierbij worden ook de mogelijkheden voor taakverschuiving binnen de totale behandelketen onderzocht. Tevens zal nagegaan worden welke rol de GGD kan vervullen.

6. Psychische klachten

Jaarlijks kampt één op de vier volwassenen met psychische stoornissen¹ zoals depressie, angststoornissen en alcoholverslaving, en krijgen 125 800 mensen tussen de 18 en de 65 jaar voor het eerst in hun leven een depressieve stoornis. In 2000 waren er 233 100² mensen met een depressie. De maatschappelijke kosten van depressie worden geraamd op 1,7 miljard euro. De WHO verwacht dat depressie zich in de geïndustrialiseerde landen de komende decennia ontwikkelt tot volksziekte nummer één. Psychische aandoeningen ontstaan over het algemeen door een combinatie van aanleg, omgevingsfactoren, stress en leefstijl. Preventie en het vroeg opsporen van psychische aandoeningen kunnen zorgen voor het tijdig behandelen van klachten, zodat deze niet verergeren en voor individu, omgeving én maatschappij minder ingrijpende gevolgen hebben. Er

¹ Dit cijfer is gebaseerd op Nemesis (Netherlands mental health en incidence study) van het Trimbos-instituut. Cijfer is onder meer eerder vermeld in de Beleidsvisie geestelijke gezondheidszorg 1999.

² Hier worden de cijfers genoemd uit Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002. RIVM, 2002. Het Trimbos-instituut heeft ook cijfers die afwijken van de VTV-cijfers. Dit heeft te maken met een andersoortige onderzoekopzet en vraagstelling. In de gehele nota wordt zoveel mogelijk uitgegaan van de VTV-cijfers.

is een duidelijke samenhang tussen de lichamelijke en geestelijke gezondheid. Preventie van psychische problemen is daarmee ook van groot belang voor een goede lichamelijke gezondheid.

Mensen met een *depressie* zijn vaak ernstig beperkt in hun sociaal en maatschappelijk functioneren. Laagopgeleiden hebben een tweemaal zo hoog risico op psychische klachten als hoogopgeleiden¹. Voor de preventie van depressie en angststoornissen moet gekeken worden naar de sociale leefomgeving van mensen: gezinssituatie, werk en sociale steun.

Naar de omvang van de *alcoholproblematiek* is veel onderzoek gedaan. Diverse onderzoeken² laten zien dat in 2001 circa negen procent van de volwassen bevolking (ruim 1,1 miljoen mensen) tot de probleemdrinkers kon worden gerekend³. Op jaarbasis voldoet 3,7 procent van de volwassenen tussen de 18 en 65 jaar aan de diagnosecriteria voor alcoholverslaving⁴. Het verminderen van alcoholgerelateerde gezondheidsschade is daarmee een belangrijke volksgezondheidsmaatregel.

Psychische klachten en de mogelijke gevolgen daarvan (verzuim, eenzaamheid, gedragsproblemen, overlast) zijn voor lokale overheden en sociale partners een groot probleem. De rijksoverheid kan deze problemen niet oplossen. Wel kan het Rijk hen ondersteunen bij het beter aanpakken van de problemen. Het gaat daarbij vooral om verbeteringen in de processen van preventie, vroeg herkennen en de zorg. Voor depressies en alcoholverslaving is voldoende bekend over de knelpunten in preventie en de zorg om ermee aan de slag te gaan.

Eenzaam

In de Haagse Schilderswijk is een «contactpunt ouderen» opgezet. Dit contactpunt verzamelt op wijkniveau alle signalen over eenzame ouderen van hulpverleners, wijkbewoners, zelforganisaties van migranten, vrijwilligers, politie, woningbouwvereniging, kerken etc. Vervolgens schakelt het contactpunt hulpverleners of vrijwilligers in om met de eenzame ouderen aan de slag te gaan. Zij organiseert en coördineert de voortgang. Het contactpunt richt zich ook op preventie van eenzaamheid. Zij stimuleert vroegtijdige signalering en besteedt veel aandacht aan de sociale infrastructuur rond ouderen.⁵

6.1 Doelstellingen

Bij alcoholverslaving is de doelstelling het percentage probleemdrinkers van 16 jaar en ouder te laten dalen van negen naar acht procent in 2004, dit is een daling met 11 procent ten opzichte van 2001. Het streefcijfer voor de langere termijn na 2004 wordt vastgesteld op basis van evaluatie volgend jaar.

Psychische klachten vormen een omvangrijk volksgezondheidsprobleem; de problemen zijn complex en volgens de huidige kennis deels met preventie te beïnvloeden. De aard van de problematiek en de beschikbare kennis en inzichten vragen om een stapsgewijze aanpak met deels lange termijn doelstellingen. Een eerste stap is meer aandacht voor preventie en zorg bij depressies, waarbij preventie vaak de vorm heeft van vroegherkenning en vroegbehandeling.

Voor preventie en behandeling van depressie zijn effectieve maatregelen beschikbaar. Veel hulp wordt vrijwel alleen via de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) aangeboden, waardoor ze te weinig mensen bereikt, zeker jongeren. Het kabinet streeft naar een groter bereik van preventieve maatregelen en zal de instellingen GGZ vragen om binnen het bestaande budget prioriteit te geven aan preventie en vroegherkenning van depressies. Daarnaast is er nog veel te winnen door vroegtijdige inzet van mini-

¹ Nationale Monitor Geestelijke Gezondheid (2002).

² Cijfers die we in deze nota gebruiken komen overeen met de cijfers genoemd in de Alcoholnota.

³ Iemand wordt een probleemdrinker genoemd als er sprake is van een combinatie van alcoholgerelateerde problematiek (lichamelijke, sociale of psychische problemen) en excessief drinken.

⁴ Het begrip alcoholverslaving (of alcoholafhankelijkheid) wordt gehanteerd in de DSM (Diagnostic Statistical Manual), een classificatiesysteem voor psychische stoornissen.

⁵ Concrete bouwstenen voor gemeentelijk gezondheidsbeleid, Public Health Forum.

male interventies via GGD'en, scholen, thuiszorg, bedrijfsgezondheidszorg en de eerstelijnszorg. Doet zich toch een depressie voor, dan moet voorkomen worden dat deze verergert en er bijkomende stoornissen ontstaan en dat na herstel of verbetering, de situatie weer verslechtert.

6.2 Aanpak alcoholverslaving

De omvang en ernst van de alcoholproblematiek vragen om acties op het terrein van preventie en zorg. Belangrijk zijn vooral het voorkomen dat jongeren veel teveel drinken en het tijdig herkennen en behandelen van alcoholproblemen. Om de problematiek van overmatig alcoholgebruik te verminderen, worden de Alcoholnota (27 565, nr. 2) en het actieplan Alcoholzorg verder uitgevoerd. Hieronder beschrijven we de belangrijkste ontwikkelingen.

Het Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ) zal *jongeren blijven voorlichten* met grootschalige zomer-campagnes op strandcampings. Het unieke van deze campagnes is dat de voorlichting niet alleen vóór jongeren is, maar ook dóór jongeren wordt gegeven. Jonge vrijwilligers worden getraind om vakantievierende jongeren te benaderen met een boodschap over matig drinken. Eerste onderzoeken tonen aan dat dit gunstige effecten heeft. Jongeren die persoonlijk zijn aangesproken, blijken meer kennis te hebben over alcohol, zich beter bewust te zijn van hun eigen drinkgedrag en minder te willen drinken op een uitgaansavond.

Met de alcoholbranche wordt overlegd om jongeren te vrijwaren van indringende alcoholreclame en -marketing. Dit overleg moet leiden tot nieuwe, concrete, eenvoudig te begrijpen, niet-vrijblijvende afspraken om jongeren te beschermen. Lukt dit niet, dan maakt de minister van VWS een Reclamebesluit op grond van de Drank- en Horecawet waarin dit wettelijk wordt geregeld.

Het NIGZ zet in samenwerking met het Trimbos-instituut de *internet-voorlichting «op maat»* aan stevige drinkers voort. Het gaat hierbij om mensen die weliswaar veel drinken, maar vaak nog geen duidelijke alcoholgerelateerde klachten of problemen hebben of deze niet als zodanig hun alcoholgebruik te laten invullen. Er volgt direct en anoniem een persoonlijk advies hoe met alcohol om te gaan.

De drinkgewoontes van *ouders*, de wijze waarop zij hun kinderen opvoeden en de wijze waarop ze drinkgewoontes van en met hun kinderen bespreken, hebben invloed op het alcoholgebruik van kinderen. Daarom gaat het kabinet na of alcoholgebruik ook kan worden opgenomen in opvoedingsvoorlichting aan ouders.

Op dit moment bereikt de hulpverlening (huisarts en verslavingszorg) slechts een klein percentage probleemdrinkers. Daarom wordt bekeken of het internet mogelijkheden biedt om drinkers die al problemen hebben *op te sporen en vroegtijdig hulpaan te bieden*. Enkele verslavingszorginstellingen, waaronder De Brijder en Jellinek, zijn begonnen met eerste interventies via internet. Dit gebeurt op experimentele basis. Het Trimbos-instituut onderzoekt in samenwerking met het Amsterdam Institute for Addiction Research (instituut voor verslavingszorg) de effectiviteit van een zelfhulpmodule voor probleemdrinkers op internet.

Huisartsen moeten meer doen tegen alcoholmisbruik

Huisartsen zien alcoholmisbruik teveel als een maatschappelijk probleem, terwijl er wel degelijk belangrijke gezondheidsrisico's zijn. Het is daarom niet terecht dat sommige huisartsen twifelen of het wel hun taak is om patiënten te helpen met minder te drinken. Dat stelt dr. P. Anderson, die recent promoveerde op een onderzoek naar de rol die huis-

artsen zouden kunnen spelen bij de preventie van alcoholmisbruik. Uit zijn proefschrift blijkt dat huisartsen risicodrinkers met vrij eenvoudige middelen kunnen opsporen en helpen. In Engeland en Rusland lopen al succesvolle programma's. Huisartsen kunnen de schadelijke gevolgen van overmatig alcoholgebruik effectief met zo'n 10 tot 16 procent beperken. Daarom vindt Anderson het wenselijk dat ook de huisartsen in ons land voortaan screeningsinstrumenten en korte interventieprogramma's gaan aanbieden. Wanneer dit op grotere schaal zou gebeuren, zal dit, aldus Anderson, een groot effect hebben op de algemene gezondheid.

Een huisartsenpraktijk (norm van 2 350 patiënten) kent naar schatting gemiddeld 200 probleemdrinkers. De huisarts herkent in de praktijk maar één op de zeven van deze probleemdrinkers. Hier is dus winst te halen. Onderzoek toont aan dat screening en minimale interventie van alcoholproblematiek in de huisartsenpraktijk effectief is. Volgens de huisartsenrichtlijnen zou dit moeten, maar het toepassen komt onvoldoende van de grond. Overigens is dit ook in andere landen het geval. Het Trimbos-instituut brengt de problemen nog dit jaar in het kader van het VWS-project *Alcohol in de 1e lijn* in kaart.

GGZ Nederland is in 2002 begonnen met het uitvoeren van het *driejarige Actieplan Alcoholzorg*. Voor dit plan worden veel nieuwe, vooral laagdrempelige vormen van hulpverlening gestart. Het gaat vaak om gerichte voorlichting aan specifieke groepen, eerste aanpak bij problematisch alcoholgebruik en trainingen van bijvoorbeeld eerstelijns hulpverleners. GGZ Nederland neemt de meest succesvolle projecten op in een catalogus van zorginnovatieve projecten voor alcoholhulpverlening. Na afloop van het Actieplan Alcoholzorg gaat het extra geld naar (laagdrempelige) alcoholzorg. Succesvolle projecten kunnen dus doorgaan. Daarnaast is er wellicht ruimte om – in overleg met het veld – het accent te verleggen naar preventie in tweede instantie. Het kabinet denkt hierbij aan het ontwikkelen van preventieve cursussen voor jongeren met (beginnende) alcoholproblematiek, bijvoorbeeld jongeren die in aanraking komen met politie/justitie in verband met een alcoholdelict of jongeren die na een ongeval onder invloed worden binnengebracht bij een EHBO-post.

6.3 Aanpak depressie

Het kabinet wil bij de aanpak zoveel mogelijk aansluiten bij al in gang gezette of eerder voorgestelde beleidsmaatregelen. Het kabinet vraagt het RIVM en het Trimbos-instituut een beleidsonderbouwende notitie te schrijven voor de verdere beleidsontwikkeling van preventie van psychische klachten waaronder depressies.

6.3.1 Verbeteren kwaliteit van zorg

In het kader van het *versterken van de eerstelijns GGZ* wordt al enkele jaren projectmatig gewerkt aan het verbeteren van de deskundigheid en de vaardigheden van de huisarts op het gebied van psychische problematiek. Daarnaast wordt de samenwerking tussen de partners in de eerste lijn, alsmede tussen de eerstelijns GGZ en de gespecialiseerde GGZ-instellingen (de tweede lijn), met behulp van projecten gestimuleerd. Via consultatie over preventie en behandeling draagt de tweede lijn bij aan de deskundigheid van de huisarts. Deze projecten blijken waardevol. Het kabinet heeft de stimuleringsregelingen verlengd tot ultimo 2005.

Geweld is een belangrijke risicofactor voor depressie en angststoornissen. Op basis van de nota Privé *Geweld – Publieke Zaak* wordt onder leiding van het ministerie van Justitie tot 2007 een interdepartementaal plan van

aanpak gerealiseerd om huiselijk geweld aan te pakken en waar mogelijk te voorkomen¹.

Het kabinet bevordert via dit plan de deskundigheid van beroepsgroepen in de zorg en hulpverlening op dit terrein. Hulpverleningsmethodieken waarmee geweld (vroegtijdig) gestopt wordt moeten nog verder worden ontwikkeld en getoetst op hun effectiviteit. Voor de werkers in de jeugdgezondheidszorg is een protocol *Kindermishandeling* in voorbereiding; deze is in de loop van 2004 beschikbaar.

6.3.2 Arbeidsgerelateerde psychische problematiek

Nederlandse *werkgevers* lijken actiever te worden in de aanpak en preventie van psychische problemen die met werk te maken hebben. Toch loopt men op dit vlak nog steeds achter bij wat werkgevers doen bij de aanpak van bijvoorbeeld fysieke risico's. Het ministerie van SZW sluit in veel sectoren convenanten af met sociale partners. Hierin staan concrete afspraken over het terugdringen van werkdruk en andere factoren die bijdragen aan psychosociale arbeidsbelasting. In opdracht van de Commissie Het Werkend Perspectief (2003–2007) ontwikkelt TNO Arbeid een handreiking dat werkgevers helpt preventieactiviteiten in hun bedrijfsvoering in te passen.

Ziekmelden wegens psychische problemen heeft een relatief groot risico op langdurige en volledige uitval. Het is daarom belangrijk *tijdig te signaleren en in te grijpen* als sprake is van psychische problemen die met het werk te maken hebben. Oorzaken van niet-medische aard, zoals conflicten op het werk, moeten op tijd worden aangepakt om te voorkomen dat hierdoor psychische problemen ontstaan. In veel gevallen is er sprake van depressie en angststoornissen. Ook stoornissen in middelengebruik/verslaving hebben gevolgen voor het werk. Van de werkenden die om psychische redenen verzuimen, gaat circa 42 procent in de twee maanden voor de ziekmelding naar een huisarts. TNO Arbeid bereidt daarom een advies voor over de rol van de huisarts in de preventie voorafgaand aan de ziekmelding. ZonMw werkt aan een effectieve interventie (van huisarts of bedrijfsarts) om werknemers te informeren over psychische problematiek. Huisarts en bedrijfsarts stellen in de praktijk niet altijd dezelfde diagnose bij overspanning, depressie en angststoornissen. Er is dus behoefte aan een richtlijn voor de diagnostiek, begeleiding en behandeling van werknemers met psychische klachten voor de bedrijfsarts en huisarts gezamenlijk. Dit is opgepakt in het NWO-programma *Psychische vermoeidheid in de Arbeidssituatie*², dat loopt tot begin 2004. De landelijke steunfunctie Preventie (samenwerkingsverband GGZ Nederland en Trimbos-instituut) en het Nederlands kenniscentrum Arbeid en Psyche (NKAP) willen preventieprotocollen opnemen in de dit jaar ontwikkelde reeks *Protocollen Arbeidshulpverlening bij psychische klachten*. Verder wil het bureau Richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfs-geneeskunde (NVAB) een richtlijn ontwikkelen voor preventie van psychische klachten.

6.3.3 Aanpak in samenhang organiseren

Psychische klachten zoals depressies zijn een landelijk probleem, maar moeilijk aan te pakken met landelijke maatregelen. Ook is de preventie van depressies niet alleen een zaak van gespecialiseerde GGZ-instellingen. Net als bij het bevorderen van een gezonde leefstijl moet ook het tegengaan van depressie gebeuren *op de plaatsen waar mensen leven*: thuis, op school, op het werk en in de wijken. In gemeenten is veel aandacht voor psychische klachten, zeker nu de zorg «vermaatschappelijkt» en mensen die voorheen in instellingen woonden, meer en meer in de samenleving terugkeren. Gemeenten moeten meer

¹ De nota «Privé geweld – Publieke zaak» is een uitgave van het ministerie van Justitie, verzorgd door de projectleider van het landelijk project «voorkomen en bestrijden huiselijk geweld», onder verantwoordelijkheid van de Directeur-generaal Preventie, Jeugd en Sanctiebeleid, april 2002.

² Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO), 2001.

mogelijkheden hebben om te kunnen sturen op de collectieve GGZ-preventie. Het kabinet overweegt daarom, zoals voorgesteld in het rapport *Zorg van velen*¹, de verantwoordelijkheid voor de collectieve GGZ-preventie bij de gemeenten te leggen en de betreffende AWBZ-middelen over te hevelen. Met betrokken partijen (waaronder VNG, GGD Nederland, GGZ Nederland, Trimbos-instituut) wordt de komende periode overlegd of en hoe dit gerealiseerd kan worden. Het kabinet wil dat het Trimbos-instituut en GGD Nederland in 2004 in overleg met de VNG een plan van aanpak maken om de lokale processen te ondersteunen.

Het Trimbos-instituut gaat bovenstaande aanpak in overleg met de relevante partijen in het veld verder uitwerken. Die partijen moeten aangeven voor welke bijzondere risicogroepen er voldoende beproefde kennis is om specifieke actie te ondernemen en deze partijen bij elkaar te brengen in een Platform depressiepreventie.

Vanwege de ingrijpende gevolgen van psychische klachten hebben vroegherkenning (het vroeg herkennen van problemen) en vroeginterventie bij *kinderen en jeugdigen* prioriteit. Door hun grote bereik spelen de jeugdgezondheidszorg en de scholen hier een belangrijke rol. In niet-urgente gevallen kan de jeugdgezondheidszorg vormen van individuele en collectieve opvoedingsondersteuning bieden. Wanneer toch gespecialiseerde hulp nodig is, wordt doorverwezen naar het maatschappelijk werk, de jeugdzorg of de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg.

Opvoedingsondersteuning kan helpen om depressie, gedragsproblemen en opvoedingsproblemen bij ouders te voorkomen. Het kabinet stimuleert de laagdrempelige opvoedingsondersteuning als onderdeel van het huidige aanbod in het basistakenpakket jeugdgezondheidszorg. Daarom worden in nauw overleg met de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG), GGD Nederland, Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT), Platform Jeugdgezondheidszorg en de gezondheidsbevorderende instituten handreikingen voor deze laagdrempelige opvoedingsondersteuning verder ontwikkeld en ingevoerd. Deze actie is onderdeel van de ambities van het kabinet om tot een sluitende keten van zorg voor jeugdigen te komen: de operatie *JONG* waarin de meest betrokken departementen nauw samenwerken.

Cursus helpt tegen depressie

De cursus *In de put, uit de put* is een gestructureerde interventie, gebaseerd op technieken uit de cognitieve gedragstherapie, gericht op de aanpak van depressie. Doel van de cursus is het aanleren van vaardigheden om de negatieve spiraal van depressieve klachten te doorbreken en daarmee verergering van klachten te voorkomen. Dit gebeurt door middel van ontspanningsoefeningen, cognitieve vaardigheden (het herkennen en doorbreken van negatieve denkpatronen) en sociale vaardigheden. Uit onderzoek blijkt dat de depressieve klachten van de deelnemers sneller en meer afnemen dan van mensen in een controle-groep. Van de cursus zijn diverse varianten ontwikkeld: voor 55-plussers, mensen met een chronische lichamelijke ziekte, jongeren, jongvolwassenen en Turkse en Marokkaanse migranten. De cursus voor volwassenen en 55-plussers is inmiddels in ruim 90 procent van de GGZ-regio's geïmplementeerd bij de preventieafdelingen van de GGZ-instellingen. Door het laagdrempelig aanbieden van de cursus worden ook mensen bereikt die nog geen hulp (willen) zoeken voor hun depressieve klachten.

7. Verbreden en verankeren acties

Het kabinet kan de in deze nota beschreven ambitie niet alleen waarmaken. Het is daarbij van belang de verantwoordelijkheden goed te verdelen en de randvoorwaarden te realiseren die een lokale aanpak mogelijk maken. De verantwoordelijkheidsverdeling op het terrein van preventie is complex en de rollen zijn vaak minder afgebakend dan

¹ De Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid heeft op verzoek van Minister Borst een rapport over toename van het aantal aanmeldingen bij GGZ-instellingen geschreven, 27 februari 2002.

bijvoorbeeld in de zorg. Het kabinet bekijkt deze kabinetperiode goed wie waarvoor verantwoordelijk is. Kortom: verbreden en verankeren.

7.1 Gemeenten

De Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv) legt vanaf 1990 (gewijzigd per 1 januari 2003) een aantal belangrijke taken bij de gemeenten neer. Uitgangspunt is dat beleid en uitvoering van activiteiten om de gezondheid te bevorderen en te beschermen dicht bij de burger moeten plaatsvinden, op basis van goede kennis over de gezondheidssituatie op lokaal niveau. Een tweede uitgangspunt is dat gezondheidsbeleid niet alleen een zaak is van de gezondheidssector, maar dat gezondheid integraal onderdeel uitmaakt van de beleidsontwikkeling en besluitvorming in andere sectoren. De lokale nota's gezondheidsbeleid, maar ook de Bestuursakkoorden Nieuwe Stijl (BANS), vormen de schakel tussen de lokale situatie en de landelijke prioriteiten. Inmiddels (peildatum 1 september 2003) hebben 135 van de 489 gemeenten een nota vastgesteld. De overige gemeenten zijn bezig en stellen de nota waarschijnlijk nog in 2003 vast.

Gemeenten en de gemeentelijke gezondheidsdiensten (GGD'en) moeten dus gezondheidsbeleid ontwikkelen en uitvoeren. Hiervoor is het benodigde geld naar het Gemeentefonds gegaan. Toch ontbreekt lokaal nogal eens aandacht voor gezondheidsbeleid. Rapporten van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), recent onderzoek naar gemeentelijk gezondheidsbeleid¹, VTV-2002 en een recente peiling in het veld van preventie en openbare gezondheidszorg² laten dat ook zien. Het kabinet heeft begrip voor de problemen van gemeenten bij het uitvoeren van het lokale gezondheidsbeleid. De signalen van gemeenten dat de «praktijk» vele malen weerbarstiger is dan het «papier» worden serieus genomen. Het kabinet biedt de helpende hand bij het vlottrekken van het uitvoeren van het lokale gezondheidsbeleid; de deskundigheid van de landelijke kennis- en opleidingsinstituten en de GBI's³ op de landelijke doelen en prioriteiten moet zoveel mogelijk toegesneden worden op de lokale behoefte en voor gemeenten en lokale partners beschikbaar komen. Ook wil het kabinet met de gezondheidsfondsen, zoals de Nederlandse Hartstichting, afspraken maken over hun inzet bij het stimuleren en ondersteunen van lokale activiteiten. Door steun aan het Netwerk Gezonde Gemeenten wil het kabinet bijdragen aan het uitwisselen van (ervarings-)kennis tussen gemeenten. Het NIGZ biedt gemeenten via de website www.slag.nu direct toegang tot kennis op het gebied van achterstandsgroepen.

Gemeenten hebben een belangrijke rol in het afstemmen van preventie, curatieve gezondheidszorg en verpleging en verzorging op lokaal niveau. Zij moeten de toegankelijkheid van de zorg en het samenwerken van partijen stimuleren en mogelijk maken. Dit kan door een actief spreidings- en vestigingsbeleid voor voorzieningen te voeren en door zorgverzekeraars aan te spreken op hun zorgplicht voor specifieke lokale behoeften. Het kabinet heeft de RVZ om advies gevraagd over de verantwoordelijkheid van gemeenten bij het afstemmen van preventie, genezing, en verpleging en verzorging op lokaal niveau. Het advies wordt voorjaar 2004 verwacht. Het kabinet neemt kort daarna een standpunt in en betreft het advies tevens bij het uitwerken van de modernisering van de eerstelijnszorg.

De Wcpv verplicht gemeenten gezondheid intersectoraal te benaderen. Zij kunnen op lokaal niveau de noodzakelijke verbanden leggen tussen gezondheid, wonen en welzijn⁴. Gemeenten zijn immers verantwoordelijk voor zaken als ruimtelijke ordening, openbaar onderwijs, werk en uitke-

¹ Monitor lokaal gezondheidsbeleid. SGBO 2002.

² Openbare gezondheidszorg is het geheel van activiteiten dat vanuit het openbaar bestuur wordt ondernomen gericht op bescherming en bevordering van de volksgezondheid.

³ NIGZ, Voedingscentrum, GGD Nederland, Trimbos, STIVORO, NISB, Consument en Veiligheid, Stichting SOA bestrijding, Schorerstichting, RIVM, TNO.

⁴ RIVM-rapport Een gezond Grotestedenbeleid? Een screening van de gezondheidseffecten van de meerjaren ontwikkelprogramma's 1999-2003 van vier gemeenten. Penris, M. en Koornstra A., maart 2003.

ringen, welzijns- en jeugdbeleid en het algemeen maatschappelijk werk. Hier liggen voor gemeenten ook de aanknopingspunten om gezondheidsachterstanden aan te pakken. Vooral in de grote steden blijft de gezondheidstoestand van bewoners van achterstandswijken achter bij die van de rest van de inwoners.

7.2 Scholen

Scholen besteden in hun onderwijs aandacht aan het belang van gezondheid. Leerdoelen in het primair onderwijs zijn in ieder geval dat leerlingen kunnen aangeven hoe zij bijdragen aan het behoud en de bevordering van de eigen gezondheid en dat zij weten wat ze kunnen doen als zijzelf of anderen ziek worden of een kleine verwonding oplopen. Aandacht voor zaken als lichaamsverzorging, de risico's van verslavende gedragingen als roken en alcoholgebruik en het verantwoord omgaan met situaties in en om de school die mogelijk gevaar opleveren behoren hiertoe. Daarnaast zorgen scholen er ook voor dat het onderwijs plaats vindt in een veilige en gezonde omgeving.

Rond dit alles voeren scholen een meer of minder expliciet schoolgezondheidsbeleid. Bij het ontwikkelen en uitvoeren van schoolgezondheidsbeleid kunnen scholen ondersteuning vragen van GGD'en, de bureaus Jeugdzorg en GGZ-instellingen. Scholen die hiervan gebruikmaken zijn daar meestal zeer tevreden over. Ook maken scholen reeds op individuele basis gebruik van materiaal dat ontwikkeld is door de landelijke gezondheidsbevorderende instellingen.

Scholen kunnen ervoor kiezen om méér aandacht te besteden aan gezondheid en het gezondheidsbeleid op school; zij kunnen ernaar streven een «gezonde school» te worden. Een «gezonde school» is een breed concept en heeft betrekking op de gezondheid van leerlingen en docenten. Naast gezondheid omvat dit begrip ook individuele zorg en de schoolomgeving. Het realiseren hiervan is geen eenvoudig doel, niet alleen vanwege de complexe problematiek, maar ook door de huidige lerarentekorten, de grote druk op het uitvoeren van kerntaken en de druk van buitenaf dat de school tal van maatschappelijke vraagstukken aan de orde moet stellen.

Het kabinet wil stimuleren dat meer scholen «gezonde school» worden. Scholen worden uitgenodigd mee te doen aan een landelijke netwerk van *Gezonde Scholen*. Samen met de gezondheidsbevorderende instellingen wordt het concept *Gezonde School* verder ingevuld.

Ondersteuning voor het realiseren van Gezonde Scholen zal worden gegeven in de vorm van onderzoek naar en modelontwikkeling van schoolondersteunende vormen van regionale samenwerking. Deze regionale samenwerking houdt in dat instellingen zoals bijvoorbeeld Jeugdzorg, RIAGG's, Consultatiebureaus voor Alcohol en Drugs en lokale welzijnsinstellingen in de regio samenwerken om scholen vraaggericht te ondersteunen. Hierbij kunnen de GGD'en een centrale rol innemen.

Ondersteuning vindt tevens plaats door het laten ontwikkelen van kwaliteitsinstrumenten voor het lesmateriaal over gezondheid. Scholen blijven uiteraard vrij om te kiezen voor ondersteuning en het toepassen van de aangeboden modellen en instrumenten.

Vanwege het toenemend aantal ongewenste zwangerschappen en seksueel overdraagbare aandoeningen wordt het thema gezond seksueel gedrag bij deze activiteiten betrokken.

7.3 Werk

Het kabinet wil dat werkgevers meer prioriteit geven aan gezondheidsbeleid. Gezondheid is een primaire grondstof voor arbeidsbeschikbaarheid en -productiviteit. Werkgevers zijn zich hiervan in toene-

mende mate bewust. Steeds meer (grote) bedrijven in Nederland erkennen de noodzaak om gezondheid onderdeel te maken van de bedrijfsvoering. De ontwikkelingen in het beleid op het terrein van de sociale zekerheid hebben het bedrijfsgezondheidsbeleid een duidelijke impuls gegeven. De toenemende vergrijzing van de bevolking dwingt bedrijven bovendien tot een (leeftijds)bewust en gezond personeelsbeleid. Het ministerie van SZW heeft in veel sectoren met sociale partners convenanten afgesloten over de preventie van arbeidsrisico's en over snelle en effectieve manieren om weer aan het werk te komen (reïntegratie).

Het kabinet gaat praten met werkgevers en werknemers om het voeren van een integraal gezondheidsbeleid te stimuleren, waarbij specifiek aandacht uitgaat naar de speerpunten uit deze nota. Het kabinet stimuleert dat GGD'en en gemeenten meer samenwerken met regionale/lokale werkgevers om dit preventieve gezondheidsbeleid uit te voeren. Werkgevers kunnen de deskundigheid van instituten als het NIGZ en TNO Arbeid gebruiken. Daarbij gaat de aandacht in eerste instantie uit naar sectoren waar naar verhouding veel mensen met een lage opleiding werken. Ook bedrijfsartsen kunnen werkgevers ondersteunen. De NVAB stimuleert dat deze beroepsgroep ook actief kan zijn op het terrein van preventie.

Het kabinet heeft recent de resultaten van het project *Sociale Zekerheid en Zorg* aan de Tweede Kamer aangeboden¹. Het kabinet geeft hierin aan wat de beleidsagenda voor de komende tijd is en welke activiteiten het kabinet samen met andere partijen onderneemt.

Doel van het project is de schotten tussen de sociale zekerheid en de gezondheidszorg versneld weg te halen. Om mensen met gezondheidsklachten voorspoedig te laten (re)integreren in het arbeidsbestel is goed samenwerken tussen partijen die betrokken zijn bij preventie, verzuim en (re)integratie essentieel.

7.4 Zorg

Aandacht voor preventie hoort bij het bieden van verantwoorde zorg; daarmee is preventie onderdeel van de verantwoordelijkheid van *zorgaanbieders*. Zorgaanbieders kunnen stimuleren dat leefstijlgerichte acties (stoppen met roken, fitness) aan de behandeling worden gekoppeld door hun patiënten meer aan te spreken op de eigen verantwoordelijkheid voor een gezonde leefstijl. Het aanpassen van de eigen leefstijl kan en moet veel vaker onderwerp van gesprek zijn tussen hulpverlener en patiënt dan nu het geval is. De individuele gezondheidszorg heeft een belangrijke taak als het gaat om preventie. Veel goede initiatieven daargelaten, vindt het kabinet dat de individuele gezondheidszorg tot nu toe nog te weinig aandacht heeft voor de preventie van ziekten en het aanpakken van gezondheidsrisico's. Goede praktijkvoorbeelden moeten ook elders de norm worden².

Het kabinet is van mening dat ook *zorgverzekeraars* een belangrijke rol hebben als het gaat om het stimuleren van een gezonde leefstijl onder hun verzekerden. Diverse verzekeraars zoeken deze markt al op. Fitness, stoppen met roken en de gezondheidstest behoren al bij een aantal verzekeraars tot de standaard mogelijkheden die beschikbaar zijn via de aanvullende verzekering. Preventie kan positief bijdragen aan het imago van een verzekeraar, het kan een goedlopend en aantrekkelijk product zijn, waarnaar steeds meer vraag komt. Maar preventie heeft ook directe effecten op de gezondheid en de medische consumptie van verzekerden. Minder luchtwegklachten en een betere conditie verminderen de medische consumptie onmiddellijk en leveren ook op korte termijn winst voor de verzekeraar. Het kabinet wil verzekeraars graag uitdagen om meer

¹ Vervolg project Sociale Zekerheid en Zorg. Brief van 29 september 2003 aan de Tweede Kamer (SZW-0 372 330).

² Moderne patiëntenzorg in Nederland. Redactie: Schrijvers e.a. Elsevier Gezondheidszorg.

aandacht te besteden aan preventie onder andere door hen goed op de hoogte te houden van kosteneffectieve preventieve maatregelen.

Van ketenzorg, een effectieve en integrale aanpak van ziekten en aandoeningen, wordt nog veel gezondheidswinst verwacht. Dit is met name belangrijk bij de zorg bij chronische ziekten en aandoeningen. In proefprojecten is aangetoond dat specifieke gezondheidsrisico's in de zorg, zoals doorliggen en wondinfecties, bij gerichte aandacht sterk verminderd kunnen worden¹. Ook met het consequent toepassen van standaarden en protocollen kunnen onnodige complicaties van ziekte worden voorkomen². Het kabinet vindt dat *zorgverzekeraars* goed moeten toezien op het realiseren van een goede zorgketen en het toepassen van bestaande standaarden en protocollen. Met het ontwikkelen en uitvoeren van prestatievergelijking (benchmarking) voor de verschillende zorgsectoren (huisartsenzorg, acute zorg, ziekenhuiszorg) stimuleert het kabinet het werken volgens standaarden en protocollen.

Het kabinet onderkent een aantal belangrijke beletsels voor zorgverzekeraars en zorgverleners om te investeren in preventie. Zo gaan de kosten van preventieve zorg voor de baten uit, zijn de effecten voor de gezondheid niet altijd duidelijk en treden deze waarschijnlijk pas op de langere termijn op. Bij verzekeraars profiteert de concurrentie dan (onbedoeld) mee van de winst: verzekerden hebben immers vrije keuze uit verzekeraars. Huisartsen hebben een hoge werkdruk en veronderstellen soms dat ongevraagd advies en een sturend optreden de vertrouwensrelatie met hun patiënten op het spel kan zetten.

Het kabinet beziet in het kader van het verder uitwerken van het nieuwe zorgstelsel (invoering basisverzekering in 2006) de verantwoordelijkheden en bevoegdheden van zorgverzekeraars en zorgverleners. Het plan van aanpak preventie en zorg voor diabetes beschouwt het kabinet als een «doorbraakproject» voor het beter beleggen van de verantwoordelijkheden van verzekeraars en aanbieders van zorg.

DEEL II GEZONDHEID EN VEILIGHEID

8. Gezondheid en voorkomen van ziekten

In het verleden behaalde successen bieden geen garantie voor de toekomst. In dit hoofdstuk geven we aan hoe we – ook op de terreinen waar in het verleden gezondheidswinst is behaald – nieuwe risico's willen aanpakken en inspelen op nieuwe ontwikkelingen.

8.1 Bestrijding infectieziekten

Nederland is dichtbevolkt. Met het toenemende mondiale verkeer van personen en de uitbreiding van de Europese Unie hebben nieuwe infectieziekten meer kans. Dankzij een groot aantal maatregelen, waaronder vaccinatieprogramma's (het Rijksvaccinatieprogramma) en hygiëne-maatregelen, is veel bereikt op het terrein van het bestrijden van infectieziekten. Met de huidige uitvoeringsstructuur zijn we uitstekend in staat om de bekende infectieziekten aan te pakken. Dit is gebleken uit de wijze waarop in 2002 meningitis C is aangepakt.

Het kabinet wil een vaccinatiegraad van boven 95 procent voor het Rijksvaccinatieprogramma en van 80 procent voor het Nationale Programma Grieppreventie. De kans op (omvang van) besmetting bij infectieziekten als seksueel overdraagbare aandoeningen (soa's), meningitis en multiresistente ziekenhuisbacteriën moet minder worden. Bij soa's is het streven

¹ Kwaliteit van zorg. Brief van 4 december 2002 aan de Tweede Kamer (IBE/1-2 340 727).

² RVZ. Volksgezondheid en Zorg. Zoetermeer, 2001.

een stabilisering van het percentage jongeren dat veilig vrijt bij een wisselend contact op 69 procent¹.

De ontwikkelingen van de laatste tijd geven aan dat organisatorisch nieuwe impulsen nodig zijn om beter in te kunnen springen op nieuwe en onbekende infectieziekten en grootschalige dreigingen. Een effectieve en doelmatige voorbereiding op de mogelijke komst van nieuwe, soms nog onbekende ziekten, is van groot belang. Dit heeft consequenties voor de wijze waarop de centrale overheid en de lokale overheden de beschermende taken moeten uitvoeren. In de *Strategienota Infectieziekten* wordt hier op ingegaan.

8.2 Jeugdgezondheidszorg

Het kabinet streeft naar een sluitend aanbod van voorzieningen in de jeugdgezondheidszorg, kwalitatief van een hoog niveau en voor iedereen toegankelijk. De per 1 januari 2003 ingevoerde Wet collectieve preventie volksgezondheid kent een basistakenpakket voor de jeugdgezondheidszorg. Deze preventieve zorg is erop gericht actief en tijdig ziekten en gezondheidsrisico's op te sporen die een normale fysieke, mentale en sociale ontwikkeling kunnen verstoren. Het wetenschappelijk onderbouwen van het basistakenpakket wordt verder verbeterd. Om het basistakenpakket uit te kunnen voeren, worden in het kader van het preventieprogramma bij ZonMw standaarden en protocollen ontwikkeld. Het Platform Jeugdgezondheidszorg dat in het voorjaar 2003 is gestart is belast met het beoordelen, bewaken en bevorderen van de kwaliteit van het basistakenpakket.

Het basistakenpakket kent een uniform deel en een maatwerkdeel. Gemeenten hebben bij het uniforme deel de regie over de organisatie van de uitvoering. Bij het uitvoeren van het maatwerkdeel moeten gemeenten beleid en uitvoering goed laten aansluiten bij de lokale situatie. De gezondheid van de jeugd krijgt een extra impuls als (meer) wordt samengewerkt tussen de verschillende personen of instanties die invloed uitoefenen op het kind of zijn omgeving, zoals ouders en verzorgers, school, jeugdzorg, jeugdgezondheidszorg, welzijnsvoorzieningen en andere voorzieningen.

De gemeente moet zorgen dat de betrokken instanties samenwerken, moet zorgen voor een goede organisatie van voorzieningen voor de jeugd en voor intersectorale samenhang. Sociaal-culturele omstandigheden, het woon- en leefmilieu en de sociaal-economische positie van het gezin hebben een grote invloed op de ontwikkeling van kinderen en hun gezondheid. De jeugdgezondheidszorg en de jeugdzorg hebben steeds meer aandacht voor individuele en collectieve opvoedingsondersteuning. Daarbij kan niet altijd de «vraag van de cliënt» worden afgewacht. In het belang van ouders en hun kinderen zal de hulpverlening vaker bemoeizuchtig («outreaching») moeten zijn.

Leren van onze zuiderburen

In het kader van het succesvolle Belgische programma *Kind en Gezin* zijn er regiohuizen met een consultfunctie, consultatiebureaus, gezinsbezoeken en informatieavonden voor alle gezinnen. Gezinnen met problemen krijgen ook praktische hulp en psychosociale ondersteuning. Een bijzondere functie vervullen de preventieve zorgcentra in de kansarme buurten die zijn ingesteld met het idee dat er blijvend kansen moeten worden gecreëerd voor gezinnen die het moeilijk hebben. Bij de ondersteuning van gezinnen worden naast interculturele medewerkers ook «ervaringsdeskundigen in de kansarmoede» ingeschakeld. Een ervaringsdeskundige is iemand die zelf kansarm is geweest, maar die deze situatie gedeeltelijk is ontgroeid. Door deze ervaringen kan hij of zij de kloof tussen het

¹ Brief van VWS aan de Tweede Kamer Preventie seksueel overdraagbare aandoeningen van 22 september 2003, Den Haag 2003.

Het kabinet hecht er grote waarde aan dat de gezondheid van de Nederlandse kinderen en jongeren goed gevolgd kan worden. Daarvoor moet de informatie tijdens de contactmomenten op een gelijke manier worden verzameld en vastgelegd. De gebruikte begrippen moeten dezelfde zijn. Het kabinet stimuleert daarom dat de jeugdgezondheidszorg «eenheid van taal» vastlegt en invoert. Verder helpt zij de sector bij de gezamenlijke ontwikkeling van het elektronisch dossier door het nationaal instituut voor ICT in de zorgsector (NICTIZ) bij het proces te betrekken.

Het kabinet wil stimuleren dat de «ketenzorg» voor kinderen en jongeren verder wordt versterkt. Doel is een sluitend aanbod te realiseren van signaleren, doorverwijzen, zorg- en hulpverlening, met een «vangnet» voor de kwetsbare jeugd.

Er zijn signalen dat in de jeugdgezondheidszorg een tekort aan artsen is ontstaan. Het kabinet gaat na of een goede taakverdeling tussen arts en verpleegkundige kan bijdragen aan een oplossing voor dit dreigende tekort. In dit kader laat het kabinet ook de mogelijkheden onderzoeken voor een doorverwijsfunctie voor jeugdartsen.

8.3 Bevolkingsonderzoeken

Preventie in de zorg begint bij vroeg opsporen van – en daarmee tijdig ingrijpen bij – ziekten. Het kabinet streeft naar het doeltreffend uitvoeren van bevolkingsonderzoeken naar specifieke ziekten als borsten baarmoederhalskanker en van prenatale screeningen. Bij borstkanker is de doelstelling een gemiddelde onderzoeksgraad van 80 procent, bij baarmoederhalskanker van 75 procent. Het bereik van de hielprik bij pasgeborenen moet worden gehandhaafd op 99 procent.

Bij steeds meer ziektebeelden is vroeg opsporen, screenen, mogelijk, soms zelfs ruim voordat de ziekte zich manifesteert. Door ontwikkelingen in de wetenschap en techniek moet worden verwacht dat deze mogelijkheden verder toenemen. Vooral de diagnosemethoden voor erfelijke en aangeboren aandoeningen, waaronder de voorspellende genetische diagnostiek en de mogelijkheden voor genetische screening, ontwikkelen zich snel. Het kabinet wil waken voor eventuele negatieve consequenties. Aspecten als behandelbaarheid van de aandoening, verzekeraarbaarheid, ethische dilemma's, solidariteit en toename van de zorg vragen om een weloverwogen visie op het toepassen van grootschalige screeningen in de toekomst.

Bij het indienen van het voorstel tot wijziging van de Wet op het bevolkingsonderzoek, voorjaar 2004, komt het kabinet met een nadere visie op het toepassen van grootschalige bevolkingsonderzoeken.

Een brede maatschappelijke discussie over de doeleinden en uitgangspunten van screening van pasgeborenen is van belang. Mede naar aanleiding van het signaleringsrapport van de Gezondheidsraad is in overleg met de Gezondheidsraad besloten de adviesaanvraag over screening op cystic fibrosis (CF) te verbreden naar advisering over neonatale screening. Dit advies omvat het gehele spectrum van screening van pasgeborenen, inclusief screening op aangeboren stofwisselingsziekten en CF. De Gezondheidsraad brengt het advies naar verwachting eind 2004 uit. De Gezondheidsraad brengt in 2004 tevens advies uit over het vraagstuk van de behandelbaarheid. Op grond van de Wet op het bevolkingsonder-

zoek is voor onderzoek een vergunning nodig als de betreffende ziekte niet-behandelbaar is. In de praktijk blijkt behandelbaarheid een moeilijk te hanteren begrip.

9. Gezondheidsbescherming

Het voorkomen en voorzien van gezondheidsrisico's waarop burgers zelf weinig of geen invloed hebben is een belangrijke overheidstaak. Nieuwe ontwikkelingen vragen om een alerte overheid.

9.1 Veilige producten en voorkomen letsel

Ongevallen in en om huis vormen een belangrijk veiligheids- en gezondheidsprobleem. Kinderen en ouderen zijn de belangrijkste risico-groepen, maar geen enkele leeftijdsgroep is gevrijwaard van ongevalsrisico's. Bij een groot deel van de ongevallen is een product of een ander fysiek omgevingsobject betrokken (woning, openbare ruimte, speelgelegenheid, en dergelijke). Naast het stellen van normen door de overheid is het van belang dat aanbieders van producten en diensten zich bewust zijn van hun primaire verantwoordelijkheid voor de veiligheid ervan. De consument zelf is verantwoordelijk voor veilig gebruik van producten en diensten. Productveiligheid is niet alleen van belang voor het voorkomen van ongevallen. Ook is er aandacht voor de mogelijke gezondheids-effecten op de langere termijn.

Doel is het aantal ongevallen in de privé-sfeer verder te laten dalen met tien procent over de periode 2001 tot 2008. In 2006 moet het aantal ongevallen terug zijn op het niveau van beginjaren negentig, te weten 700 000 SEH-behandelingen. In 2001 waren er nog 750 000 SEH-behandelingen. Dit willen we bereiken door:

- Minder ongevallen met zeer jonge kinderen (nul tot vier jaar): een afname van vijf procent in 2006 ten opzichte van 2001. In 2001 werden van de 100 000 kinderen er 6 200 op de spoedeisende hulp behandeld.
- Het totaal aantal sportletsels verder terugdringen met tien procent¹.

Een ander belangrijk aandachtspunt is letsel door brand. Branden veroorzaken jaarlijks in de privé-sfeer 1 700 ongevallen. Het aantal ernstig gewonden bedroeg in 2001 ongeveer 800, een stijging met 30 procent in de laatste vijf jaar. Doel is het aantal doden en gewonden als gevolg van branden in de privé-sfeer in 2006 te verminderen met tien procent ten opzichte van 2001².

Om deze doelen te bereiken kiest het kabinet voor een aanpak die erop is gericht burgers goed voor te lichten over de ongevalsrisico's en over de maatregelen die men zelf kan treffen. Dit gebeurt via massamediale campagnes, maar ook via scholen, via de jeugdgezondheidszorg, via sportverenigingen of via de zorg. Samen met het bedrijfsleven zorgt het kabinet voor veilige consumentenproducten. Hieronder worden deze maatregelen verder uitgewerkt.

Producten kunnen behalve letsel ook andere soorten gezondheidsschade opleveren. Het beleid is erop gericht producten voor de consument te weren die wezenlijke chemische, microbiologische of stralingsrisico's opleveren voor de gezondheid of veiligheid. De komende jaren wordt ingezet op een meer preventief stoffenbeleid (*Strategie Omgaan Met Stoffen*, SOMS) waarin het bedrijfsleven wordt gevraagd actief te communiceren over hoe zij de chemische veiligheid van consumentenproducten controleert en garandeert.

De nieuwe *Europese Algemene Productveiligheid Richtlijn* wordt in 2004 ook in Nederland opgenomen in de Warenwet. Deze richtlijn verbiedt het

¹ Nota Sport, Bewegen en Gezondheid, VWS, 2001.

² Brandweerstatistiek 2001, CBS, Voorburg.

verhandelen van elk onveilig product dat bestemd of geschikt is voor de consument. Dit is een krachtig middel om op te treden tegen onveilige producten waarvoor geen specifieke veiligheidsregelgeving bestaat en introduceert een vorm van vereenvoudigde normstelling door middel van Europese normen. Het bedrijfsleven krijgt een meldingsplicht van onveilige producten en de overheid krijgt de bevoegdheid een product dat al bij de consument is beland uit de schappen te laten halen. Er wordt vooral gewerkt aan het tot stand brengen van Europese normen voor producten waarvan letselregistratie aantoont dat zij vaak bij ongevallen zijn betrokken. Voor de richtlijn moeten overheid en bedrijfsleven nog te ontwikkelen eenduidige methoden voor risicobeoordeling van producten hebben.

Op het gebied van de veiligheid van dienstverlening steunt Nederland de verkenningen van de Europese Commissie om regelsystemen te ontwikkelen voor dit uiteenlopende gebied. De ervaringen in eigen land met zelfregulering, zoals ontwikkeld voor de veiligheid van zwembaden, maneges, ragesporten en basisscholen, staan daarbij centraal. Dit beleid wordt samen met het bedrijfsleven en dienstverleners in zowel de commerciële als de publieke sector uitgevoerd.

De gunstige ervaringen op het gebied van *publiek-private samenwerking* bij kinderveiligheid (het laagdrempelig beschikbaar stellen van beveiligingsmiddelen en het faciliteren van toepassing ervan) worden benut voor de andere beleidsonderdelen, te weten veiligheid en onderhoud van de woning, ongeorganiseerde sportbeoefening en veiligheid bij het klussen thuis. Consument en Veiligheid is daarbij onafhankelijk kenniscentrum. Partners zijn onder meer gemeenten, projectontwikkelaars, woningbouwverenigingen, de doe-het-zelfbranche, gas- en energiebedrijven, de installatiebranche, klussendiensten, fabrikanten/importeurs, maar ook aanbieders van nieuwe sport- en recreatieactiviteiten.

Risicocommunicatie is essentieel om begrip te krijgen bij burgers voor zowel wettelijke maatregelen als voor het realiseren van veranderingen in leefstijl. De positieve resultaten die geboekt zijn met de systematische aanpak van publieksvoorlichting over kinderveiligheid moeten minstens vastgehouden worden.

De massamediacampagnes worden uitgevoerd samen met bovengenoemde partners die ook aanzienlijk moeten bijdragen in het uitvoeren. In 2004 gaat het Nationaal Plan Brandveiligheid van start. Hierin werken de ministeries van BZK, VROM, OC&W, SZW, VWS en Justitie samen. Voor het uitvoeren is steun toegezegd door het Verbond van Verzekeraars, VNO-NCW en de Nederlandse Vereniging voor Brandweezorg en Rampenbestrijding (NVBR).

9.2 Voeding en voedselveiligheid

Voeding speelt een belangrijke rol bij het in stand houden van een goede gezondheid. Het aantal personen dat in Nederland voldoet aan de Richtlijnen Goede Voeding (RGV) en de voedingsnormen is gering. Het streven is dat in 2010 meer mensen voldoen aan de RGV en de voedingsnormen voor verzadigd vet, transvet en groenten en fruit. In 1995 vormden transvetzuren nog twee procent van de totale energie-inname, dit moet in 2010 zijn gedaald tot één procent. In 1997/1998 was de energie-inname van verzadigd vet 14 procent; dit moet dalen tot tien procent in 2010. Het eten van groenten en fruit wordt bevorderd.

De overheid wil voorkomen dat consumenten met voeding te veel of te weinig belangrijke vitamines of mineralen gebruiken. Een voorbeeld hiervan is foliumzuurprofylaxe ter voorkoming van baby's met een open

ruggetje. Verder moet voorkomen worden dat voedingsmiddelen te hoge gehalten aan agrarische, industriële, milieu- en procesverontreinigingen bevatten. Voedingsmiddelen afkomstig van genetisch gemodificeerde organismen (ggo's) en nieuwe voedsel ingrediënten moeten veilig zijn.

Borstvoeding speelt een belangrijke rol in het beschermen van de moeder tegen borstkanker en mogelijk ook tegen eierstokkanker en botbreuken. Zuigelingen die borstvoeding krijgen lopen minder risico op het krijgen van acute middenoorontsteking, achterstand in de cognitieve ontwikkeling en atopische aandoeningen. In 2000/2001 kreeg 18,5 procent van de kinderen zes maanden uitsluitend borstvoeding¹. Het streven is dit te verhogen naar 25 procent in 2010. Het verhogen van het percentage borstvoede baby's leidt tot minder gezondheidszorguitgaven². Het Voedingscentrum heeft, in opdracht van VWS, voor vijf jaar de campagne *Borstvoeding verdient tijd* ontwikkeld die in 2002 van start is gegaan. De campagne stimuleert het geven van borstvoeding vanuit verschillende invalshoeken (moeder, sociale omgeving, gezondheidszorg, beleid) en stimuleert het certificeren van instellingen volgens het *Baby Friendly Hospital Initiative* (BFHI) van de WHO.

Jaarlijks worden nog tientallen kinderen met een open ruggetje geboren, met bijbehorend verlies aan gezondheid en kwaliteit van leven. Het gebruik van *extra foliumzuur* bij vrouwen rond de conceptie kan een belangrijke bijdrage leveren aan het meteen voorkomen van neurale buisdefecten (NBD). Na een publiekscampagne in het najaar van 1995 steeg het foliumzuurgebruik zeer geleidelijk. Toch blijkt dat nog een grote groep het advies niet of onvoldoende opvolgt. Bij allochtone vrouwen en vrouwen met een laag opleidingsniveau blijft het percentage dat foliumzuur gebruikt veel te laag en dit percentage neemt niet meer toe. Om het percentage vrouwen dat foliumzuursupplementen slikt gedurende de geadviseerde periode te verhogen van 35 procent naar 70 procent wordt door het Voedingscentrum en het ERFO Centrum de voorlichting over foliumzuur voortgezet. De Gezondheidsraad wordt gevraagd de gezondheidswinst en -risico's af te wegen bij gelijktijdig verrijken van producten met foliumzuur in combinatie met het gebruik van foliumzuur-supplementen. Dit advies wordt begin 2004 verwacht.

Per jaar lopen ongeveer 53 000 mensen een *Salmonella*-infectie en 80 000 mensen een *Campylobacter*-infectie op. Deze laatste infectie leidt naast acute gastro-enteritisklachten³ tot circa 60 gevallen van de ziekte van Guillain Barré, enkele duizenden gevallen van reactieve artritis, een grotere kans op overlijden en omstreeks 25 doden. De kosten hiervan bedragen naar schatting ten minste 30 miljoen euro per jaar. Circa 40 procent van de *Campylobacter*- en/of *Salmonella*-infecties komt door besmet pluimveevlees⁴.

Het besluit van 5 juni 2001 (Staatsblad 272) geeft aan dat het afleveren of verkopen aan de consument van pluimveevlees met *Campylobacter* of *Salmonella* op de iets langere termijn (vier tot vijf jaar) niet meer aanvaardbaar is.

Mijn ambtsvoorganger heeft in een reactie (brief 28 maart 2002, kamerstukken II 2001–2002, 26 991, nummer 64) op het advies *Voedselinfecties* van de Gezondheidsraad (2000) maatregelen aangekondigd om te komen tot minder besmetting van pluimveevlees met *Campylobacter* en *Salmonella*.

Recent onderzoek van de VWA/Keuringsdienst van Waren (*Monitoring pathogenen in kip en kipproducten*, 2002) toont aan dat 40 procent van het pluimveevlees bij verkoop aan de consument nog steeds besmet is met *Salmonella* of *Campylobacter*. Het kabinet vindt het daarom noodzakelijk het eerder aangekondigde mogelijke verbod op de verkoop van besmet pluimveevlees aan de consument nu ook in te voeren. Doelstelling is een

¹ Peiling melkvoeding van zuigelingen 200/2001 en het effect van certificering op de borstvoedingscijfers, TNO Preventie en Gezondheid, 2001 252.

² De kosten-effectiviteit van preventie, RIVM-rapport 260 601 001/2003, pag. 40.

³ Het betreft hier klachten door ontstekingen van het maagslijmvlies of van de dunne darm.

⁴ Disease burden and cost of illness of campylobacteriosis in the Netherlands, Manges, M.J.J., De Wit, G.A., Havelaar, A.H., Van Koningsveld, R.G. en Bernsen, R.J. RIVM rapport in voorbereiding.

verbod op de aanwezigheid van Salmonella- en Campylobacter-bacteriën op rauw pluimveevlees voor de consument in 2007. Voorwaarde hiervoor is wel dat deze mogelijkheid verankerd zal worden in Brusselse regelgeving betreffende hygiëne. Ziektekiemen zijn in vlees nooit helemaal te vermijden; daarom wordt dit streven vertaald in «aanwezigheid op een laag niveau (nul+)» of «nagenoeg ziektekiemvrij».

Allergieën en voedselintoleranties nemen toe. Het medisch aantoonbaar voorkomen van voedselallergie ligt in Europa rond de twee procent voor volwassenen en vijf tot acht procent voor kinderen¹. Bovendien is er een relatie tussen voedselallergieën en -intolerantie op jeugdige leeftijd en andere allergieverschijnselen, zoals astma, op latere leeftijd. De Gezondheidsraad wordt om advies gevraagd over voedselallergieën en intoleranties. Daarnaast komt de VWA/Keuringsdienst van Waren voorjaar 2004 met een advies over de wijze waarop de nieuwe EU-regelgeving kan worden gehandhaafd zodat deze betere informatie geeft aan consumenten met een voedselallergie of -intolerantie. Op basis van deze adviezen bereidt VWS in de nabije toekomst een integraal plan van aanpak (vanuit voedsel-, medische en VWA-oriëntatie) voor.

9.3 Gezondheid en milieu

Het RIVM schat dat twee tot vijf procent van het gezondheidsverlies komt door (bekende en onbekende) milieufactoren, zoals grootschalige luchtverontreiniging door fijn stof en ozon, geluidshinder door het verkeer en huisstofmijt en schimmel in woningen. Het bevorderen van de kwaliteit van de leefomgeving en het terugdringen van gezondheidsrisico's zijn onder meer belangrijk in achterstandswijken in grote steden waar de risico's die met milieu te maken hebben zich ophopen.

In de Notitie *Gezondheid en Milieu* van het vorige kabinet is nagegaan waar op het grensvlak van milieu en gezondheid nog gezondheidswinst mogelijk is². Het verminderen van geluidsoverlast, het verder tegengaan van de verontreiniging van de buitenlucht door fijn stof en ozon en het verbeteren van de kwaliteit van het binnenmilieu kunnen nog aanzienlijke gezondheidswinst opleveren. Het actieprogramma³ dat tussen 2002 en 2006 wordt uitgevoerd gaat vooral over de kwaliteit van het binnenmilieu en versterking van het lokale milieugezondheidsbeleid. Het kabinet rapporteert de Tweede Kamer begin 2004 over de voortgang. Het kabinet besteedt in 2004 via landelijke campagnes aandacht aan de kwaliteit van het binnenmilieu. Daarnaast worden lokale proeven met het toepassen van sensoren in woningen en scholen die de kwaliteit binnen verbeteren ondersteund en gestimuleerd.

Het kabinet merkt dat gemeenten steeds meer aandacht hebben voor de relatie tussen gezondheid van burgers en de kwaliteit van de leefomgeving. Om gemeenten hierbij te ondersteunen versterken GGD Nederland en de VNG de komende jaren de kwaliteit van de *medische milieukunde*. Het actieprogramma maakt landelijk aanwezige kennis en deskundigheid toegankelijk voor gemeenten. Ook in het kader van het voorbereiden van de nieuwe convenantperiode voor het grotestedenbeleid worden gezondheid en leefomgeving met elkaar verbonden.

Gezondheid en milieu is bij uitstek een onderwerp waarover op *Europees en mondiaal niveau* afspraken worden gemaakt. WHO Europa bereidt een ministeriële conferentie voor over kind, milieu en gezondheid die in 2004 in Boedapest wordt gehouden. Nederland levert een bijdrage aan het brengen van eenheid in de beleidsrapportage over gezondheid en milieu. Ook steunt het kabinet het voorstel om monitorgegevens beter naar beleid te vertalen. De Europese Unie heeft een Europese strategie voor

¹ Loveren, H. van, Food, novel foods, and allergenicity. RIVM-rapport 640 400 001/2002.

² Notitie gezondheid en milieu: opmaat voor een beleidsversterking, TK 2001–2002, 28 089 nr. 1.

³ Actieprogramma gezondheid en milieu, uitwerking van een beleidsversterking, TK 2001–2002, 28 089 nr. 2.

gezondheid en milieu vastgesteld. De Europese Unie en de WHO werken nauw samen.

9.4 Crisisbeheersing en -nazorg

De laatste jaren is Nederland steeds vaker getroffen door crises en rampen: de Bijlmerramp, de nieuwjaarsbrand in Volendam, de vuurwerk-ramp in Enschede en het ongeval met de Hercules in Eindhoven. Dergelijke incidenten kennen vaak (vele) doden en gewonden en worden ervaren als een ramp: het zijn schokkende gebeurtenissen die mensen lichamelijk, geestelijk en materieel treffen.

Daarnaast eisen nieuwe bedreigingen van de volksgezondheid steeds vaker de aandacht op. Het gaat hierbij om crises op het gebied van infectieën dierziekten zoals BSE, MKZ, vogelpest en het dreigen van nieuwe virusinfecties zoals SARS. Een crisis met besmettings- en verspreidingsrisico vraagt een geheel eigen aanpak. Een dergelijke crisisdreiging kan ook worden veroorzaakt door een bioterroristische aanslag; de consequenties hiervan zijn van dezelfde aard en verspreiding.

De aandacht voor de crisisbeheersing neemt hierdoor toe. Crisisbeheersing richt zich op het zoveel mogelijk beperken van de schadelijke gevolgen van acute noodsituaties door middel van preventie, voorbereid zijn, reageren en nazorg. De gezamenlijke departementen investeren onder leiding van BZK steeds meer in crisisbeheersing. Belangrijke projecten zijn *Kwaliteitsborging crisisbeheersing en Beleidsplan crisisbeheersing 2003–2007*.

De geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van Rijk (VWS en BZK) en gemeenten. Het verder inbedden van spoedeisende medische hulpverlening in de openbare gezondheidszorg vraagt aandacht. In het kader van het verder versterken van de voorbereiding op crises en rampen op het gebied van infectieziekten worden de recent ontwikkelde draaiboeken in samenwerking met de GGD'en geëvalueerd en bijgesteld. De aandacht van VWS richt zich ook op (psychosociale) opvang van slachtoffers en nabestaanden en het invullen van de nazorg. Vanuit de toegenomen aandacht voor nazorg wordt een plan van aanpak opgesteld voor het bevorderen van de regierol van verzekeraars bij rampengerelateerde uitgaven in de zorg, ongeacht het ramptype. Nazorg bij rampen is nu nog hoofdzakelijk gefinancierd vanuit begrotingsgeld.

ZonMw is gestart met het voorbereiden van een onderzoeksprogramma naar de afstemming tussen traumatologie en geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen in de eerste fase na het uitbreken van een crisis. Dit programma start in 2005.

Na (grootschalige) incidenten en crises ontstaat steeds vaker een discussie over de relatie tussen mogelijk blootstellen aan onder meer gevaarlijke stoffen en de gevolgen daarvan voor de gezondheid. Getroffenen schrijven gezondheidsklachten veelal toe aan dergelijke blootstelling.

VWS is verantwoordelijk voor *gezondheidsonderzoek*, waarin zij zelf het voortouw kan nemen of de verantwoordelijkheid kan delen met derden. Het snel starten van een gezondheidsonderzoek is daarom belangrijk. Het kabinet wil hiermee bereiken dat minder mensen blijvende gezondheidsklachten krijgen of houden. Gezondheidsonderzoek levert bovendien een bijdrage aan het herkennen en erkennen van de problematiek van getroffenen. Om kennis en menskracht voor gezondheidsonderzoek bij rampen beter te kunnen inzetten heeft VWS bij het RIVM het Centrum voor

Gezondheidsonderzoek bij Rampen (CGOR) ingesteld. Het CGOR werkt nauw samen met de Stichting Impact, het Landelijke Kenniscentrum psychosociale zorg na Rampen. De GGD en de regionaal geneeskundige functionaris kunnen bij dit instituut te rade gaan bij hun preventieve taak, ook in het kader van de secundaire preventie.

In de periode 2004–2007 lopen nog diverse onderzoeken die na de rampen in onder meer Enschede, Volendam en de Bijlmer in gang zijn gezet. Doelstellingen zijn bij de getroffen en blijvende schade en lichamelijk onverklaarde klachten als gevolg van de ramp te voorkomen en hen de draad weer te laten oppakken.

DEEL III INVESTEREN IN KENNIS EN KWALITEIT

10. Investeren in kennis en kwaliteit

Kennis is de basis voor beleid en praktijk, mits deze bruikbaar is en goed wordt opgepakt. Als hieraan wordt voldaan, is kennis de motor voor innovatie en kwaliteitsverbetering.

10.1 Van kennis tot uitvoering

In beleid en praktijk is voortdurend behoefte aan vernieuwen en verbeteren op basis van inzicht in medisch-biologische, psychologische en maatschappelijke processen die invloed hebben op de effecten van preventie. De kennis strekt zich uit van meer fundamenteel onderzoek tot onderzoek dat zich richt op de succes- en faalfactoren bij het invoeren van nieuwe inzichten in de praktijk van preventie. Het gaat om uiteenlopende kennis die op allerlei plaatsen (in de wetenschap, door intermediaire organisaties, in de praktijk en in internationaal verband) wordt ontwikkeld en uitgewisseld.

Uit het recente advies van de Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO)¹ blijkt dat er voldoende inspanningen worden gedaan op het gebied van kennisvermeerdering, maar dat die kennis niet altijd optimaal benut wordt. Dit heeft te maken met organisatie, samenwerken, afstemmen en wijze van financieren. Het kabinet wil het proces van kennisproductie entoeppassing op gang houden en stimuleren dat kennis beter rendeert.

10.2 Bijhouden ontwikkelingen in de gezondheid

Met de volksgezondheid toekomstverkenningen (VTV) van het RIVM heeft het kabinet een goed instrument om de ontwikkelingen op het gebied van de volksgezondheid in de gaten te houden. Naast een vierjaarlijks samenvattend rapport verschijnen er jaarlijks themarapporten. Onderzoeksgegevens van het RIVM zijn bovendien beschikbaar via de *Nationale Atlas Volksgezondheid* en het *Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Deze gegevens zijn met andere onderzoeksgegevens de basis voor het ontwikkelen en evalueren van het beleid.

In de loop der jaren besteedt de VTV steeds meer aandacht aan (effecten van) preventie en zorg. Door die effecten te verbinden met de volksgezondheidstoestand en door het maken van geografische vergelijkingen heeft de VTV meer nut bij het maken en verantwoorden van beleid. Met het RIVM is afgesproken hoe een volgende VTV nog beter kan ondersteunen bij het maken van beleidskeuzen in het voorbereiden van nieuw beleid.

Het RIVM verzamelt en analyseert vanaf 2004 gegevens over de ontwikkelingen in gezondheidsverschillen in de zogenaamde Monitor sociaal-economische gezondheidsverschillen. Met «kennisvragen» die het kabinet

¹ RGO Advies Preventieonderzoek (nr. 33, 2001), Kennisinfrastructuur Public Health (nr. 39, 2003).

jaarlijks aan het RIVM stelt houden we onder meer de ontwikkeling van de belangrijkste ziekten in de gaten.

Lokaal gezondheidsbeleid moet het gevolg zijn van inzicht in de gezondheidsproblemen in de eigen gemeente. Recent onderzoek van de IGZ laat zien dat ruim de helft van de GGD'en een duidelijk beeld heeft van de gezondheidsproblemen in de eigen regio. De andere helft is niet goed in staat beleid uit te stippelen aan de hand van lokale gegevens. Het project van GGD Nederland met RIVM *Lokale en nationale gezondheidsmonitor*, waarbij GGD'en afspraken maken over het verzamelen van een aantal kerngegevens (basisset), kan hierbij helpen. Het RIVM schetst op basis van de regionale gegevens een landelijk beeld en stelt de regionale en landelijke gegevens vervolgens digitaal beschikbaar.

10.3 Versterken onderzoek en ontwikkeling

Het RGO-advies geeft aan dat er behoefte is aan het ontwikkelen van (kosten)effectieve preventieve maatregelen en programma's, evaluatie van bestaande maatregelen en programma's en kennis over het effect van beleidsinstrumenten. De onderzoeks- en ontwikkelingsactiviteiten moeten zich hierop richten. De RGO schetst een vergelijkbare behoefte in het advies Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde¹. Het kabinet stuurt separaat een standpunt op dit advies naar de Tweede Kamer. Relevant in dit kader zijn ook de beleidsprogramma's van de Europese Unie. Voorbeelden daarvan zijn het Actieprogramma Volksgezondheid, het Zesde Milieu Actieprogramma (2002–2012) en het Zesde Kaderprogramma (een onderzoek voor de periode 2002–2006). Nederlandse organisaties en overheden kunnen – meer dan nu het geval is – profiteren van de stimuleringsprogramma's van de Europese Unie.

10.3.1 Keuzes maken bij onderzoeks- en ontwikkelingsactiviteiten

Veel meer dan nu het geval is, moeten de prioriteiten uit het beleid en de problemen en vragen uit de praktijk de agenda van de kennisinstituten beïnvloeden. Nieuwe kennis moet bruikbaar en toepasbaar zijn voor beleid en praktijk. Dit betekent dat er keuzes gemaakt moeten worden bij de onderzoeks- en ontwikkelingsactiviteiten. Voor de prioritaire ziekten en speerpunten moeten landelijk effectieve preventieve acties ontwikkeld zijn, toegepast en beoordeeld. Programma's als het *Preventieprogramma en het programma Gezond leven* van ZonMw maken nieuwe aanpakken voor preventie mogelijk.

ZonMw heeft een centrale rol bij het programmeren van onderzoeks- en ontwikkelingsactiviteiten die VWS betaalt. De prioriteiten uit deze nota krijgen in de opdracht aan ZonMw dan ook een centrale plaats. De uitgevoerde activiteiten moeten zichtbaar bijdragen aan het realiseren van de doelen van het preventiebeleid.

Om meer zicht te krijgen op effectieve vormen van preventie, de levensfasen waarin mensen open staan voor gezond gedrag en de rol van de overheid bij preventie vraagt het kabinet het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) vanuit een sociologische invalshoek kansen en (on)mogelijkheden voor preventie aan te geven. Bovendien vraagt het kabinet het SCP om gezondheid en gezondheidsgedrag nadrukkelijk mee te nemen in het levenslooponderzoek.

10.3.2 Versterken kennisinfrastructuur

De RGO constateert dat er geen goede afstemming is tussen de verschillende universitaire en buitenuniversitaire onderzoeksgroepen. Het

¹ RGO Advies Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (nr. 41, 2003).

schaarse geld wordt daardoor onvoldoende doelmatig besteed. Ook is de interactie tussen praktijk en wetenschap nog te beperkt, waardoor de ontwikkelde kennis te weinig benut wordt in de sector.

Het kabinet geeft voorrang aan het versterken van de interactie tussen wetenschap, onderwijs, beroepsgroepen en praktijk. Slimme samenwerkingsconstructies tussen wetenschap en praktijk moeten wederzijdse beïnvloeding stimuleren. Voorbeelden zijn reeds beschikbaar, zoals de succesvolle samenwerking tussen GGD'en en universiteiten, onder meer in het project *Hartslag Limburg* (zie pagina 6).

Er moet een goed overzicht zijn van de beschikbare kennis op het gebied van preventie en volksgezondheid. Het gaat daarbij niet alleen om de wetenschappelijk onderbouwde kennis, maar ook om kennis die via praktijkexperimenten (best practices) is opgebouwd. Deze vormt de basis van praktijkrichtlijnen die hieruit volgen. Verder kan een goed overzicht over het onderzoeksveld bijdragen aan een betere regie op de onderzoeksspanningen van universiteiten en buitenuniversitaire instituten zoals het RIVM. Deze regie vergt een gezamenlijke inspanning van het beleids-terrein onderwijs en preventie.

In opdracht van VWS moet ZonMw met NWO via integraal programmeren relevante kennis laten ontwikkelen en het toepassen ervan stimuleren. ZonMw functioneert als intermediaire organisatie in het netwerk van onderzoek, beleid en openbare gezondheidszorg.

Het kabinet vraagt ZonMw de interactie tussen wetenschappelijk onderzoek en praktijk verder te stimuleren en te organiseren en daarbij ook aan te sluiten bij de initiatieven die het veld¹ onderneemt naar aanleiding van het RGO-advies. Deze opdracht sluit aan bij het door ZonMw uitgevoerde Implementatieprogramma en bij het uitvoeren van het tweede Preventieprogramma.

10.4 Vertalen van kennis naar de praktijk

Het hanteren van standaarden, protocollen en instrumenten op een aantal preventiegebieden is nog te vrijblijvend. De doelmatigheid van de sector blijft hierdoor onnodig achter. Er is behoefte aan een cultuur waarbij het hanteren van richtlijnen en standaarden meer vanzelfsprekend is en de brede toepassing ervan wordt gestimuleerd.

10.4.1 Ontwikkelen van standaarden en protocollen

De RGO constateert dat het ontwikkelen van standaarden en protocollen op onderdelen van de preventie nog onvoldoende op gang is gekomen. Zij voegt hieraan toe dat dit ook niet goed mogelijk is doordat het ontbreekt aan goede, systematische overzichten en beoordelingen van preventieve maatregelen en programma's. Het kabinet ziet een aantal positieve ontwikkelingen:

- Op het gebied van het bestrijden van infectieziekten, bedrijfsgezondheidszorg en jeugdgezondheidszorg zijn en worden standaarden en protocollen ontwikkeld.
- Op het gebied van de medische milieukunde en technische hygiënezorg zijn landelijke centra in oprichting of net opgericht om standaarden en protocollen te ontwikkelen.
- Het Centrum voor Review en Implementatie, onderdeel van het Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ), verzamelt kennis en inzichten over gezondheidsbevordering en verspreidt deze op grote schaal.
- Het kwaliteitsinstrument Preffi – een instrument voor systematisch

¹ De Nederlandse Public Health Federatie organiseert naar aanleiding van het RGO-advies studiedagen.

ontwikkelen en uitvoeren van (nieuwe) interventies ontwikkeld door het NIGZ – neemt de beschikbare kennis en inzichten als uitgangspunt.

Het kabinet onderzoekt hoe de coördinatie en het beheer van richtlijnen en standaarden voor preventie kunnen verbeteren. De voorkeur gaat uit naar een geformaliseerd werkverband tussen de organisaties die op dit terrein activiteiten ontplooiën. De rol van onderwijs en bij- en nascholing moet hierbij nadrukkelijker worden betrokken.

Het kabinet heeft, op grond van het SER-advies over nieuwe *arbeidsgerelateerde gezondheidsrisico's*¹, besloten een studie te laten doen naar de meest relevante kennisleveranciers op dit vlak. Het accent ligt op de vraag hoe kennis en inzichten over dergelijke aandoeningen het beste gebundeld, toegankelijk gemaakt en overgedragen kunnen worden aan werkgevers, Arbo-diensten en andere partijen die verantwoordelijk zijn voor het treffen van maatregelen om nieuwe arbeidsrisico's te bestrijden. Samen met betrokken partijen als werkgevers, werknemers, Arbo-diensten, wetenschappers en verzekeraars verkent SZW de mogelijkheden voor aanvullende maatregelen om de gevolgen van Repetitive Strain Injuries (RSI) en werkdruk verder terug te dringen. In vervolg op het advies over RSI van de Gezondheidsraad² hebben de ministeries van SZW en VWS een opdracht uitgezet bij TNO Arbeid om effectieve maatregelen in beeld te brengen. De rapportage wordt in 2004 verwacht.

10.4.2 Implementatie en innovatie

Bestaande kennis en nieuwe inzichten moeten beter worden gebruikt. Innovatie kan worden bereikt door het ontwikkelen en implementeren van nieuwe interventies en/of interventiemethodieken. Er zijn de afgelopen jaren tal van succesvolle projecten uitgevoerd en effectieve interventies ontwikkeld op het gebied van preventie. Deze projecten zijn over het algemeen onvoldoende bekend en hebben onvoldoende vervolg gekregen. Beschikbare kennis moet breder toegepast worden. Ook samenhang en samenwerking zijn nog niet optimaal. Het kabinet vindt dat zowel ZonMw als GGD Nederland, Fonds Openbare Gezondheids Zorg, de VNG, het RIVM, de NVAB, de Netherlands School of Public and Occupational Health (NSPOH) en de gezondheidsbevorderende instituten hierin een belangrijke rol spelen. Zij dienen te beschikken over de expertise om de uitvoering van het beleid te ondersteunen en zijn tevens een schakel tussen kennis en uitvoering. Essentieel zijn een klantgerichte opstelling, waarbij de problemen in de sector leidend zijn, en de expertise om kennis naar concrete ondersteuning te vertalen. Goed samenwerken tussen deze instituten is een voorwaarde voor het adequaat «bedienen» van het praktijkveld.

Om de uitvoering beter te coördineren, vraaggerichtheid en een meer planmatige en prestatiegerichte werkwijze te stimuleren, brengt het kabinet een aantal noodzakelijke veranderingen tot stand in de aansturingrelatie tussen het ministerie van VWS, de kennisinstituten en de gezondheidsbevorderende instituten.

11. Kwaliteit en doelmatigheid

Preventieve zorg moet van een goed niveau zijn, dat wil zeggen: effectief, cliëntgericht, op basis van wetenschappelijk bewijs, veilig en gericht op samenwerking.

11.1 Kwaliteitsbeleid

Met ingang van 1 januari 2003 vallen de Wcpv-taken onder de

¹ Advies van de Sociaal-Economische Raad. Nieuwe risico's; 02/06, 17 mei 2002.

² Gezondheidsraad. RSI. Den Haag: Gezondheidsraad, 2000; publicatie nr. 2000/22.

Kwaliteitswet Zorginstellingen. Dit betekent dat instellingen die deze taken uitvoeren, de GGD'en en de consultatiebureaus, aantoonbaar verantwoorde zorg moeten leveren. Hiermee krijgt de burger meer zekerheid over de kwaliteit van de geleverde preventieve zorg.

Uit de diverse rapportages van de IGZ over de uitvoering van de Wcpv-taken¹ en uit de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen² blijkt dat kwaliteitsbeleid bij GGD'en nog onvoldoende op gang is gekomen. Er zijn nog nauwelijks normen en criteria waaraan de kwaliteit kan worden gemeten. De IGZ constateert ook dat de GGD'en als organisaties sterk in beweging zijn. Overal in het land vindt schaalvergroting plaats door fusies van kleinere diensten. Het kabinet deelt de mening van de IGZ dat schaalvergroting onvermijdelijk lijkt om de kwaliteit van de werkzaamheden op een verantwoord niveau te brengen. Van GGD'en wordt verwacht dat zij hun expertise met gemeenten delen, deze adviseren in het te voeren beleid en pal staan voor het uitvoeren van de wettelijke taken en voor de opdrachten die zij van de gemeente krijgen.

De VNG, GGD Nederland en LVT gaan aan de hand van het model van de Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ) het kwaliteitsbeleid verder bevorderen en stroomlijnen. Het kabinet maakt dit traject mogelijk met geld voor de Stichting HKZ en door de start van een programma bij de Stichting Fonds Openbare Gezondheidszorg dat de kwaliteit van de collectieve preventie wil verbeteren. Dit programma loopt tot 1 januari 2007. Net als alle andere instellingen die onder de Kwaliteitswet zorginstellingen vallen, moeten ook de aanbieders van preventieve zorg op basis van de Wcpv eind 2005 kwaliteitssystemen hebben die goed verankerd zijn in de eigen organisatie. De IGZ ziet toe op handhaving van het kwaliteitsbeleid. De IGZ wil met GGD Nederland een datum afspreken waarop alle GGD'en over een integraal kwaliteitsstelsel beschikken.

Op sommige terreinen moet de GGD actiever zijn. De GGD moet een vanzelfsprekend loket zijn voor opvoedingsondersteuning, een professionele kracht bij het invoeren van schoolgezondheidsbeleid, de motor achter de wijkgerichte aanpak en een gelijkwaardige gesprekspartner in de keten van preventie, zorg, verzorging en verpleging. Bovenregionale uitvoering van onderdelen van de GGD-taken is een goede stap voorwaarts.

11.2 Opleidingen

Een voorwaarde voor kwaliteit is deskundigheid van de werkers in het veld van preventie en openbare gezondheidszorg. De opleiding van deze mensen is daarom van groot belang. De NSPOH en TNO Preventie en Gezondheid (TNO-PG) zijn binnen de openbare gezondheidszorg belangrijke opleidingsinstellingen³. De NSPOH leidt sociaal-geneeskundigen op tot artsen «maatschappij en gezondheid» en tot artsen «arbeid en gezondheid». Daarnaast verzorgt de NSPOH bij- en nascholingstrajecten voor professionals en bestuurders in de openbare gezondheidszorg, waaronder onderwijsmodules voor mensen die verantwoordelijk zijn voor het lokale gezondheidsbeleid. De NSPOH en het NIGZ hebben afspraken gemaakt over het afstemmen van cursusactiviteiten.

De tweejarige opleiding tot jeugdarts, verzorgd door TNO-PG, stopt. TNO-PG start in plaats daarvan een nieuwe eenjarige opleiding voor artsen die voornamelijk uitvoerend werk doen in de jeugdgezondheidszorg. Deze opleiding is afgestemd op de opleiding arts maatschappij en gezondheid.

De minister van VWS stelt een *Stuurgroep Modernisering Opleidingen en Beroepen in de Gezondheidszorg (MOBG)* in die moet bevorderen dat de

¹ GGD'en op de drempel van de eeuwwisseling, verslag van een inspectieonderzoek. Den Haag, IGZ, oktober 2000.

² Evaluatie Kwaliteitswet zorginstellingen. Den Haag, ZonMw, november 2001.

³ Naast de NSPOH en TNO Preventie en Gezondheid zijn nog andere opleidingsinstellingen actief.

initiële opleiding geneeskunde zo goed mogelijk aansluit op de vervolgoopleidingen, waaronder de vervolgoopleidingen sociale geneeskunde. Daarnaast moet er in de initiële opleiding geneeskunde voldoende aandacht zijn voor sociale geneeskunde. Om dit te bereiken wordt het laatste jaar van de zesjarige studie geneeskunde ingericht als schakeljaar dat voorbereidt op de vervolgoopleidingen. Verschillende faculteiten bereiden zich daar al op voor.

11.3 Prestaties vergelijken

Het behalen van de landelijke doelen is mede afhankelijk van de prestaties van de preventie-instellingen. Om die prestaties te kunnen beoordelen en te verbeteren, stimuleert het kabinet prestatievergelijking (benchmark). Het kabinet wil dat niet alleen GGD'en en thuiszorginstellingen (waar deze manier van vergelijken al enige tijd bestaat), maar ook gemeenten en scholen hun prestaties als gezonde gemeente of als gezonde school onderling gaan vergelijken. Het voortouw hiervoor ligt bij de scholen en gemeenten.

De minister van Bestuurlijke Vernieuwing en Koninkrijksrelaties is vanuit het plan van aanpak modernisering overheid voorstander van concrete prestatievergelijkingen in de publieke sector. Het kabinet stimuleert dat partijen zich bij het verder ontwikkelen van preventiebenchmarks zoveel mogelijk aansluiting zoeken bij dit traject en bij reeds lopende activiteiten vanuit de VNG, in het kader van het grotestedenbeleid en van brancheorganisaties in het onderwijs.

Ook *internationaal* vinden steeds meer benchmarks plaats, de zogenaamde Health System Performance Assessments. De prestaties van het Nederlandse gezondheids- en zorgsysteem zijn in verschillende studies vergeleken, onder meer door de WHO en de Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). De OECD is bezig met een drie jaar durend onderzoek naar de prestaties van gezondheidszorgsystemen: het OECD Health Project. Het deelproject Health Care Quality Indicators (indicatoren voor kwaliteit van gezondheidszorg) ontwikkelt indicatoren om de kwaliteit van de gezondheidszorg van verschillende landen te kunnen beoordelen. Hierbij wordt (onder meer) gekeken naar de effecten van zorg op gezondheid.

Nederland neemt deel aan het OECD Health Project dat in mei 2004 wordt afgerond.

DEEL IV FINANCIEREN

12. Uitvoeren, evaluatie en monitoren

Dit hoofdstuk beschrijft hoe het kabinet de uitvoering gaat organiseren en hoe in de gaten wordt gehouden of de gewenste effecten worden bereikt.

12.1 Nationaal Platform Gezondheid

Om de maatschappelijke opgave op het terrein van preventie en (volks)gezondheid te realiseren moet het Rijk samenwerken met andere partijen, die zich mede-eigenaar (zouden moeten) voelen voor de gestelde doelen. Deze samenwerking is absoluut noodzakelijk en komt slecht moeizaam tot stand.¹ Om doelgerichte afspraken te maken over rol en verantwoordelijkheden, overweegt het kabinet tijdelijk een Nationaal Platform Gezondheid in te stellen. Dit platform krijgt als opdracht overeenstemming te bereiken over de maatschappelijke opgaven rondom preventie en het (mede-)eigenaarschap van de betrokken partijen. De rol en de verantwoordelijkheden van alle betrokken partijen moeten helder zijn evenals de activi-

¹ VWS neemt het voortouw bij het formuleren van deze visie. Deze visie wordt opgesteld naar aanleiding van een Ronde Tafel Conferentie openbare gezondheidszorg, juni 2003 en begin oktober 2003 voorgelegd aan het veld.

teiten die daaruit voort horen te vloeien. Het platform zal de partijen aanspreken op hun bijdragen aan het aanpakken van de gesignaleerde gezondheidsrisico's en op het realiseren van de in deze nota geformuleerde doelen. Zo zorgen we ervoor dat we collectief beter in staat zijn de gezondheidsproblemen van vandaag en morgen aan te pakken.

12.2 Financiering

In 2004 gaat er in totaal ruim 45 miljard euro om in de volksgezondheid en de zorg in Nederland. Daarvan gaat 625 miljoen euro naar gezondheidsbevordering en -bescherming. In dit bedrag ontbreken nog de preventie-activiteiten die geïntegreerd zijn in de zorg en in sociaal beleid, jeugd-beleid en sportbeleid.

Een belangrijk deel hiervan (ruim 210 miljoen euro) gaat naar de *landelijke preventieprogramma's*, zoals het Rijksvaccinatieprogramma, het Nationaal Programma Grieppreventie, het bevolkingsonderzoek naar borsten baarmoederhalskanker, en de onderzoeken voor PKU/CHT/AGS, familiale hypercholesterolemie, hepatitis B bij zwangeren. Sinds 1 januari 2003 valt de totale jeugdgezondheidszorg 0–19 jaar onder regie van de gemeenten. Hiervoor wordt via de regeling specifieke uitkering jeugdgezondheidszorg een bedrag van ruim 176 miljoen euro aan de gemeenten uitgekeerd.

Ook worden vanuit de beschikbare middelen de *gezondheidsbevorderende instituten*, als het NIGZ, het Trimbos-instituut, STIVORO, het Voedingscentrum, de Stichting Consument en Veiligheid, het Aidsfonds en de Stichting SOA-bestrijding gefinancierd.

Via de financiering van programma's en activiteiten van ZonMw en het Fonds Openbare Gezondheidszorg investeert het kabinet in *onderzoek en ontwikkeling*.

Een groot deel van de gegevens voor *beleidsinformatie en -monitoring* komt uit de vierjaarlijkse VTV, de jaarlijkse brancherapporten, de themarapporten, de *Nationale Atlas Volksgezondheid* en het *Nationaal Kompas Volksgezondheid* van het RIVM. Dit laatste instituut wordt structureel uit de VWS-begroting betaald. Ook de gezondheidsbevorderende instituten verrichten monitoractiviteiten; deze worden uit de instellingssubsidies aan de betreffende instituten gefinancierd.

Verdeling middelen voor gezondheidsbevordering en -bescherming (2004, in miljoenen euro's); gespecificeerd naar speerpunten nota.

Premiegefinancierde preventie	210,8
waaronder:	
Rijks Vaccinatie Programma	49,2
Griepvaccinatieprogramma	33,8
Bevolkingsonderzoeken	67,3
Ouder- en kindzorg/dieetadvisering	24,1
Begrotingsgefinancierde preventie	414,9
Gedragsgerichte gezondheidsbevordering	18,3
waaronder:	
alcohol	4,1
roken	6,5
overgewicht/voeding	2,0
Voorkomen en opsporing (infectie)ziekten	29,0
waaronder:	
hepatitis B vaccinatie	2,3
Nederlands Vaccin Instituut	13,4
Uitvoering openbare gezondheidszorg	191,9
waaronder:	
jeugdgezondheidszorg	176,1
opleidingen	2,3
bevorderen kwaliteit	1,7

Coördinatie/nazorg bij crises en rampen	10,5
waaronder: nazorg vuurwerkkramp	3,6
nazorg Volendam	1,2
Bescherming gezondheid consument	83,3
waaronder: KvW/VWA	70,4
voedingsvoorlichting	1,0
Programmering onderzoek en ontwikkeling	81,9
waaronder: leefstijlcampagnes roken	7,8
leefstijlcampagnes overgewicht	1,5
leefstijlcampagnes bewegen	0,8
leefstijlcampagnes alcohol	0,8

12.3 Intensiveren van beleid

Deze nota beschrijft de terreinen waaraan de komende jaren prioriteit wordt gegeven. De afgelopen jaren is het nodige geïnvesteerd in preventie. Zo is er extra geld gegaan naar het versterken van de jeugd-gezondheidszorg, de breedtesport en het bevorderen van sport, bewegen en gezondheid. Ondanks de huidige financiële situatie trekt het kabinet binnen de begroting volksgezondheid in 2004 5 miljoen euro extra uit voor preventie; dit bedrag loopt op naar 10 miljoen euro structureel voor de jaren daarna. Dit bedrag is bedoeld voor het uitvoeren van activiteiten, waaronder leefstijlcampagnes en met name daar waar de gezondheidsproblemen het grootst zijn, rondom de speerpunten en het behalen van de gestelde doelen. Het kabinet verwacht dat zowel landelijk werkzame als lokale partijen zich inspannen en investeren om bij te dragen aan de in deze nota gestelde doelen door in hun beleid de betreffende ziekten en speerpunten aandacht te geven. Daarmee zijn de totale investeringen dus veel hoger dan die van het kabinet alleen.

Voor de stedelijke prestaties gezondheid in het kader van de nieuwe convenantperiode voor het Grotestedenbeleid 2005–2009 stelt het kabinet vanaf 2005 jaarlijks 5 miljoen euro beschikbaar. Het gaat daarbij om twee onderwerpen, *Jeugd en onderwijs* en *Gezond en wel in de stad*. De inzet van steden en Rijk wordt op die manier gebundeld. Met het intensiveren van het partnerschap, dat wil zeggen een grotere betrokkenheid vanuit de departementen, is er voldoende gelegenheid om landelijk en lokaal beleid beter op elkaar te laten aansluiten. De Tweede Kamer heeft tijdens de behandeling van de alcoholnota aangegeven¹ dat scholen verregaand moeten worden ondersteund door preventieconsulenten en -activiteiten vanuit de GGD'en. Via deze investering wordt de motie uitgevoerd.

12.4 Beleid monitoren en evalueren

Deze nota beslaat de periode 2004–2007. Of dit beleid het gewenste effect sorteert, wordt nauwlettend in de gaten gehouden. Daarbij gaat het om de vragen:

- Bereikt het kabinet wat het wil bereiken?
- Heeft het kabinet gedaan wat het wilde doen?
- Heeft het gekost wat het zou gaan kosten?
- Zijn de gemaakte beleidskeuzen nog de juiste?

Het beleid in deze nota staat beschreven in de vorm van deels kwalitatieve en deels kwantitatieve doelen. Hieronder vallen het bestrijden van prioritaire ziekten en het behoud van het huidige beschermingsniveau. Deze doelen worden concreet gemaakt in overleg met relevante partijen uit het preventieveld, de zorgsector, bedrijven en maatschappelijke organisaties. Het ontwikkelen en concretiseren van de doelen moet leiden tot voor

¹ Motie Buijs.

iedereen duidelijke en meetbare doelen met een breed draagvlak. De relevante partijen kunnen vervolgens op basis van deze doelen hun eigen activiteiten vaststellen.

Het kabinet ontwikkelt in nauw overleg met deze partijen prestatie-indicatoren die moeten laten zien of de doelen behaald worden. Het jaarverslag van VWS over 2004 rapporteert voor het eerst over de voortgang van de activiteiten genoemd in deze nota.