

Vergaderjaar 2013–2014

32 793

Preventief gezondheidsbeleid

Nr. 114

LIJST VAN VRAGEN EN ANTWOORDEN

Vastgesteld 22 januari 2014

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen voorgelegd aan de Minister en de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over hun brief van 11 oktober 2013 ter aanbieding van het Nationaal Programma Preventie 2014–2016 (Kamerstuk 32 793, nr. 102).

De bewindslieden hebben deze vragen beantwoord bij brief van 21 januari 2014. Vragen en antwoorden zijn hierna afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,
Neppéus

Adjunct-griffier van de commissie,
Clemens

Deel 1

1

Als de gezondheidsverschillen tussen lager en hoger opgeleiden groter dreigen te worden waarom richt de overheid zich dan niet op het beter begeleiden van jongeren, het tegengaan van schooluitval en het stimuleren van het volgen van een opleiding?

De overheid richt zich zeker op het begeleiden van jongeren naar een baan, het tegengaan van schooluitval en loopbaanbegeleiding richting en opleiding of baan. Dit zijn enkele speerpunten van het beleid van het Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (OCW) en Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW).

Dit kabinet streeft er bijvoorbeeld naar dat zoveel mogelijk jongeren een startkwalificatie behalen. Er wordt daarom ingezet op een verdere verlaging van de schooluitval: in 2016 maximaal 25.000 nieuwe voortijdig schoolverlaters. De strijd tegen schooluitval verloopt goed. Het aantal jongeren dat de school verlaat zonder startkwalificatie is in tien jaar gehalveerd. Door toewijding en gezamenlijke inspanningen van alle partijen is dit resultaat bereikt. De uitdaging voor de komende jaren is vasthouden en doorgaan.

2

Welke concrete randvoorwaarden wilt u creëren waarbinnen de activiteiten kunnen bijdragen aan een blijvend effect?

Zie vraag 1.

3

Er wordt geconstateerd dat er «grote verschillen in gezondheid» bestaan tussen groepen mensen. Kan een internationale vergelijking worden gemaakt van de gezondheidsverschillen binnen landen, waarbij in ieder geval alle Westerse landen worden meegenomen? Hoe kan in het licht van deze vergelijking de uitspraak dat er «grote» verschillen zijn worden onderbouwd?

Er is geen samengestelde maat of indicator voor het meten van gezondheidsverschillen. Gezondheidsverschillen worden daarom vaak uitgedrukt in het verschil tussen laag en hoog opgeleiden ten aanzien van bijvoorbeeld hun levensverwachting, gezonde levensverwachting of ervaren levensverwachting. In Nederland is de afgelopen 10 jaar het verschil in de gemiddelde levensverwachting van Nederlanders met verschillende opleidingsniveaus groot maar stabiel gebleven (7 jaar).

Doordat er geen samengestelde maat is, is het niet eenvoudig om een internationale vergelijking te maken van de gezondheidsverschillen binnen landen. Hoewel er verschillende studies beschikbaar zijn met een vergelijking van de gezondheidsverschillen tussen landen (EURO-GBD-SE, Health inequalities in the EU door Michael Marmot, Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region), is er slechts zeer beperkt vergelijkbare informatie over de sociaaleconomische gezondheidsverschillen binnen landen. Dit komt doordat landen sociaaleconomische gezondheidsverschillen dus op verschillende manieren berekenen. Dit geldt niet alleen ten aanzien van de indicator voor gezondheid, maar ook de indicator voor sociaal-economische status.

Nederland gebruikt bijvoorbeeld voor het bepalen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen de opleiding van personen als indicator voor sociale status. Veel landen doen dit echter niet en gebruiken in plaats

daarvan inkomen, de sociale status van een gebied, arbeidsmarktpositie of een combinatie van deze indicatoren. De verschillende studies wijzen uit dat het in veel landen moeilijk is om gegevens op individueel niveau over sociale status te verzamelen.

Om een voorbeeld te geven:

Bij geboorte leven mannen in het Verenigd Koninkrijk die wonen in gebieden met de hoogste sociale status gemiddeld 15 jaar langer zonder beperking dan mannen uit gebieden met de laagste sociale status. Voor vrouwen is dit verschil 13,5 jaar (periode 2007–2010)(bron: Office for national statistics UK).

In Nederland kan een vergelijking worden gemaakt op basis van opleidingsniveau (periode 2005–2008). Hoogopgeleide mannen en vrouwen leven respectievelijk 14,3 en 15,3 jaar langer zonder beperkingen (bron: Kompas Volksgezondheid). Deze cijfers zijn niet zonder meer vergelijkbaar doordat sociale status op verschillende manieren berekend is.

Op onderdelen kunnen er soms vergelijking gemaakt (die terug te vinden zijn in eerder genoemde studies, bijvoorbeeld een verdeling van overgewicht naar sociale klasse binnen landen), maar er is geen compleet beeld.

Er worden wel pogingen gedaan om in algemene zin iets te concluderen over de gezondheidsverschillen binnen landen. Gegeven de genoemde beperkingen concluderen de verschillende studies, waaronder de EURO-GBD-SE studie, dat er over het algemeen een hogere mate van verschillen is in Centraal en Oost-Europese landen.

4

Er wordt gesproken over economisch nut van preventie en over grote gezondheidsverschillen tussen groepen mensen. Op welke groep(en) mensen moeten de preventie-activiteiten gericht worden om te komen tot de grootste economische opbrengst?

De wetenschappelijke onderbouwing van de relaties tussen beleidsinterventies en effecten is zeer complex. Er verschijnen veel maatschappelijke kosten baten analyse (MKBA's) en business cases, maar de kwaliteit is wisselend. In de MKBA's wordt veelal naar drie soorten baten gekeken: besparing op de zorgkosten, voorkomen van arbeidsuitval en gezondheidswinst. Over het algemeen is het zo dat de arbeidsbaten (het voorkomen van arbeidsuitval) vaak doorslaggevend zijn in de MKBA's die er zijn. Dat pleit voor maatregelen op de werkvloer (werkgevers en werknemers), maar ook eerder, op school (onderwijsinstellingen en leerlingen).

5

Er wordt gesproken over economisch nut van preventie. Kan worden aangegeven wat het economisch nut is van alle genoemde maatregelen, zodat er ook een heldere onderbouwing van deze stellingname en van de gekozen maatregelen ontstaat?

Verschiedende publicaties, o.a. van de World Health Organisation (WHO), Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD) en het in het Nationaal Programma Preventie aangehaalde Centraal Planbureau (CPB) rapport «Gezondheid loont, tussen keuze en solidariteit» van maart 2013, alsmede verschillende opgestelde business cases tonen aan dat investeren in meer gezondheid loont, met name wat betreft de kwaliteit van leven. Ook geven ze aan dat de economische schade van gezondheid gerelateerd verzuim en verlies aan arbeidsproductiviteit aanzienlijk is. Tegelijkertijd blijven er onder economen ook meningsverschillen bestaan over wat nu precies het economisch saldo is van langer gezond leven

(hogere inkomsten door minder verzuim en hogere arbeidsproductiviteit versus hogere kosten door meer AOW-, pensioen- en zorgkosten). Wat het economisch nut van alle maatregelen precies zal zijn is nog minder makkelijk aan te geven. Voor de meeste breed ingevoerde preventieve maatregelen, zoals vaccinaties of toedienen van foliumzuur zijn effectiviteitsanalyses in termen van gezondheidswinst en kosteneffectiviteitsberekeningen gemaakt. Op basis daarvan wordt soms het economisch nut van een enkele maatregel gemodelleerd. Het uitvoeren van maatschappelijke kosten- en batenanalyses is nog geen gemeengoed, maar neemt wel toe (zie verder ook vraag 6).

Vaak zijn echter de baten minder eenduidig aan één maatregel toe te schrijven. De complexiteit van de diverse terreinen is immers groot. Ook is de wetenschappelijke onderbouwing van de relaties tussen beleidsinterventies en effecten op langere termijn complex. Ervaring op lokaal en internationaal niveau leert dat een geïntegreerde lange termijn aanpak op verschillende terreinen, verschillende niveaus en door verschillende actoren de meeste kans geeft op daadwerkelijke gezondheidswinst. En daarmee op betere kwaliteit van leven op individueel niveau en in maatschappelijk en economisch voordeel door langer werken, leren en participeren.

6

Er wordt gesproken over de noodzaak en de voordelen van preventie. Zijn er maatschappelijke businesscases beschikbaar (nationaal en internationaal) waarin de baten en de lasten gekwantificeerd in geld inzichtelijk worden gemaakt? Zo ja, kunt u de Kamer dan een overzicht van deze studies verschaffen?

De afgelopen jaren zijn verschillende MKBA's voor preventie verschenen. Een gedegen overzicht ontbreekt echter. Over de wetenschappelijke waarde/kwaliteit van MKBA's voor preventie bestaat de discussie. Het CPB en Planbureau voor de Leefomgeving (PBL) hebben recentelijk een algemene leidraad voor MKBA's gepubliceerd (zie: <http://www.cpb.nl/publicatie/algemene-leidraad-voor-maatschappelijke-kosten-batenanalyse>). Deze leidraad is op 6 december jl. door het Kabinet aan uw Kamer toegestuurd (Kamerstuk 33 750 IX, nr. 9). In de begeleidende kabinetsbrief worden departementen opgeroepen bestaande werkwijzers te actualiseren respectievelijk werkwijzers op te stellen voor nieuwe beleidsterreinen. Op basis van deze algemene leidraad overweegt VWS een eigen werkwijzer op te stellen. Bij de uitwerking van deze werkwijzer zullen inzichten aan de orde komen die nog niet in de algemene leidraad zijn verwerkt. Vooral bij de niet-fysieke beleidsterreinen bevindt de toepassing van de MKBA zich nog in een ontwikkelingsfase en kan sprake zijn van voortschrijdend inzicht. Aan de hand van deze werkwijzer kunnen (nieuwe) MKBA's voor preventie beter worden beoordeeld en maatschappelijke kosten en baten van preventie beter inzichtelijk worden gemaakt. In het voorjaar van 2014 publiceert het RIVM een themarapport over de maatschappelijke kosten en baten van gezondheid dat als basis voor een eventuele werkwijzer kan dienen. Dit rapport wordt naar uw Kamer gestuurd.

7

Hoe komt het dat sociaaleconomische gezondheidsverschillen steeds groter worden en dat er maar niet in wordt geslaagd om deze discrepantie een halt toe te roepen? Wat gaat het programma hieraan bijdragen?

De afgelopen 10 jaar is het verschil in de gemiddelde levensverwachting van Nederlanders met verschillende opleidingsniveaus groot maar stabiel gebleven, zo blijkt uit de Volksgezondheid Toekomst Verkenning -2010. Dit

betreft een trendbreuk met de jaren daarvoor, waarin de verschillen alleen maar toenamen.

Om verschillen in gezondheid tussen groepen aan te pakken is het belangrijk om langdurig op de verschillende oorzaken van gezondheidsachterstanden in te zetten. Daar waar initiatieven gebundeld en intensief worden aangeboden, wordt het meeste succes verwacht.

Oorzaken liggen in meer dan opleiding en inkomen alleen. Vooral de omgeving en het risicoprofiel van mensen zijn van belang. Het gaat daarbij om bijvoorbeeld woon- en werkomstandigheden, leefstijl, stress, vaardigheden, culturele achtergrond, werkloosheid en maatschappelijke positie. Het programma zet succesvolle aanpakken in de schijnwerpers zodat verschillende partners van elkaar kunnen leren. Voorbeelden zijn de inzet rondom de gezonde school, een wijkgerichte aanpak, het vervolg op Healthy Pregnancy 4 All, JOGG, Urban 40 en het Actieplan Gezond Bedrijf. Deze voorbeelden zijn met name gericht op achterstandswijken en wijken met een lage SES.

8

In hoeverre zijn er genoeg interventies en maatregelen voorhanden om sociaaleconomische gezondheidsverschillen en de toename van het aantal chronisch zieken tegen te gaan? In hoeverre worden de meest kwetsbare doelgroepen bereikt en welke activiteiten worden er ondernomen om dit bereik te vergroten?

Uit divers onderzoek blijkt dat maatregelen die in het kader van gezondheidsbescherming worden genomen, zoals zoutreductie, verwijderen van transvetten, prijsmaatregelen, verhoging van leeftijdsgrenzen voor alcohol en tabak en beleid rondom de rookvrije horeca vooral effect hebben op mensen met een lage opleiding. Uit de bereikcijfers voor de deelname aan programmatische ziektepreventie, zoals het Rijksvaccinatieprogramma (RVP) en griepvaccinatie, blijkt dat vooral lager opgeleiden zich bijvoorbeeld laten inenten tegen griep.

Voor wat betreft gezondheidsbevorderende maatregelen, zijn maar voor een paar interventies SES specifieke bereikcijfers bekend (RIVM Briefrapport 270171004). De wetenschappelijke onderbouwing van de relaties tussen beleidsinterventies en effecten is zeer complex. De cijfers die er zijn geven een divers beeld. Sommige interventies hebben grotere effecten bij lager opgeleiden, sommige kleinere, en bij sommige is het effect gelijk. Om het bereik te vergroten, worden specifieke programma's ingezet, zoals Healthy Pregnancy 4 All, JOGG, buurtsportcoaches, Urban 40 en de Gezonde Wijk aanpak. Deze programma's richten zich met name op achterstandswijken en wijken, dorpen en plattelandsgebieden met een lage SES. Het is met name van belang om maatregelen gelijktijdig te nemen, dicht bij mensen, op lokaal niveau. Hier kunnen de risico's het beste worden ingeschat en zijn maatregelen het meest effectief.

Pharos start in 2014 een meerjarig traject «Verbetering vroegsignalering en preventie chronische aandoeningen bij lage SES», samen met de NHG en de huisartsen achterstandsfondsen om succesvolle interventies uit binnen- en buitenland op brede schaal te gebruiken en te implementeren.

9

Als wordt gesteld dat de toename van chronisch zieken deels vermijdbaar is, in hoeverre kan het huidige preventieve beleid dan effectief worden genoemd aangezien het aantal chronisch zieken blijft stijgen? Wat gaat het programma hieraan doen en welke concrete doelstelling is hieraan gekoppeld? Hoe kunnen resultaten met betrekking tot het aantal chronisch zieken straks inzichtelijk worden gemaakt?

Dat het aantal chronische ziekten de komende periode zal toenemen is als zodanig niet te vermijden. Immers, chronische ziekten manifesteren zich vooral bij de oudere leeftijdsgroepen en in Nederland is nu eenmaal sprake van een dubbele vergrijzing. Daarnaast zijn er aandoeningen die vroeger dodelijk waren – zoals verschillende typen kankers – maar door verbeterde behandelmethoden nu chronisch zijn geworden. De aanwezigheid van chronische ziekten is daarom niet uit te bannen. Wel zijn er risicofactoren zoals leefstijl die medebepalend voor de kans of een ziekte zich eerder of later in het leven voordoet of in het geheel wordt uitgesteld. Inzet op het beïnvloeden van deze risicofactoren kan het verschil maken met een situatie zonder beleid. Het is niet nauwkeurig in termen van minder aantal chronisch zieken aan te geven wat de resultaten van preventiebeleid zullen zijn. Wel kunnen doelstellingen geformuleerd worden voor de risicofactoren, als roken en alcoholgebruik. Het RIVM legt op dit moment de laatste hand aan een trendscenario. Op basis daarvan zullen wij een voorstel voor een ambitieuze maar haalbare doelstelling op de verschillende speerpunten voor het jaar 2030 formuleren. Wij stellen voor om dit voorstel met de partners en experts uit het veld op de startconferentie op 5 februari a.s. af te stemmen, conform het verzoek in de motie (Kamerstuk 32 793 nr. 74) van Dijkstra en Bruins Slot, en u daarna hierover te informeren. De resultaten met betrekking tot het aantal chronisch zieken worden gemonitord in de vierjaarlijkse Volksgezondheid Toekomst Verkenning.

Zie ook antwoorden op vragen 5, 38 en 39.

10

Hoe leidt het verweven van alle goede lokale initiatieven tot een gebundelde «preventiegolf» tot betere effecten op zowel nationaal als lokaal niveau? Is dit gebaseerd op ervaringen in het buitenland? Hoe wordt concreet gemeten wat hiervan de effecten zijn?

Op lokaal niveau zijn al veel initiatieven (geweest) om de gezondheid van inwoners te verbeteren. Tot voor kort leken deze initiatieven nog weinig zoden aan de dijk te zetten, maar ze waren dan ook erg versnipperd, kleinschalig, geïsoleerd en vaak tijdelijk. Een goede uitzondering daarop was Hartslag Limburg. Gezondheidsachterstanden blijven aanwezig en zijn op onderdelen zelfs toegenomen (bijvoorbeeld meer mensen die roken in achterstandswijken). Maar daar waar initiatieven gebundeld en intensief worden aangeboden, blijkt dat er wel degelijk verbetering mogelijk is in de gezondheid van mensen in achterstandssituaties. Dit blijkt zowel uit recent onderzoek in Nederland (Urban40 en Local50) als uit ervaringen in het buitenland (Zweden en Groot-Brittannië). Urban40 heeft onderzocht wat de effecten van de wijkenaanpak zijn op de gezondheid van bewoners. Daaruit blijkt dat een positief effect op gezondheid met name in wijken waar op grote schaal maatregelen werden doorgevoerd op meerdere thema's tegelijk. In wijken met een Gezonde Wijk aanpak waar expliciet aandacht is voor het thema gezondheid was in relatief korte tijd op een aantal punten een positief effect op gezondheid zichtbaar. Ook bij JOGG zijn effecten zichtbaar. Via de Volksgezondheid Toekomst Verkenning zal landelijk gemonitord worden hoe sociaal-economische gezondheidsverschillen zich in de tijd ontwikkelen. Uiteindelijk willen we een verbetering van de gezondheid van kwetsbare mensen. Dit meten we af aan de gezonde levensverwachting (ervaren gezondheid) op basis van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning. Om de voortgang te kunnen meten op kortere termijn kijken we naar een aantal procesindicatoren zoals het aantal gemeenten, steden en buurten dat inzet op een integrale aanpak van de gezondheid van kwetsbare mensen (aantal Gezonde Wijken, het aantal gemeenten met een integrale aanpak op overgewicht en het aantal gemeenten met een aanpak babysterfte).

11

In hoeverre laten lokale initiatieven zich bundelen, aangezien zij vooral zijn toegespitst op de unieke lokale context waarin zij worden ingezet? Wat is er nodig voor een doelmatige bundeling van initiatieven?

Uitgangspunt blijft dat gemeenten op basis van de lokale context en aanwezige problematiek kiezen voor hun eigen aanpak. Ervaring van zowel Gezonde Wijk aanpak als van Gezonde Slagkracht als van de JOGG-aanpak leert dat daarbij op lokaal niveau niet automatisch de meest logische verbindingen gelegd worden. Juist om de lokale aanpak verder te optimaliseren, zodat de effecten zo groot mogelijk zijn, is het van belang om ondersteuning te bieden op juist het verbinden van en schakelen tussen bestaande initiatieven.

12

Wat draagt het programma concreet bij aan randvoorwaarden die nu nog ontbreken voor het ontplooiën van effectieve en doelmatige preventie-initiatieven? Welke randvoorwaarden zijn dat? En wat zijn de belangrijkste vernieuwende pijlers voor dit programma die daar verandering in gaan brengen?

We zien dat vrijwel overal in Nederland mensen en organisaties actief zijn met gezondheidsprogramma's en dat het ook vaak effectieve initiatieven zijn. Toch blijven die initiatieven vaak kleinschalig en ad hoc. Aansluiten bij de leefwereld van de doelgroep is belangrijk en wordt vaak vergeten. De randvoorwaarden om dat te verbeteren zijn o.a. groter betrokkenheid van sectoren en actoren buiten zorg, maar ook daar binnen, grotere bekendheid van effectieve methoden en van de economische en maatschappelijke voordelen van dergelijke programma's, meer samenwerking binnen en tussen domeinen en het wegnemen van perverse prikkels. Het programma werkt aan al die randvoorwaarden. De belangrijkste vernieuwing zit daarbij in het nadrukkelijk betrekken van veel partners buiten de zorg, het werken in een brede coalitie van partners in een netwerkstructuur met de overheid als een van die partners en het bij elkaar brengen van vele verschillende activiteiten in een grote nationale beweging.

13

In hoeverre gelden de twee extra levensjaren, die er recent zijn bijgekomen, ook voor mensen met een lage sociaaleconomische status? In hoeverre geldt voor deze groep dat bijgekomen levensjaren grotendeels in goede gezondheid en zonder beperkingen zijn? Wat betekent dit voor de aandacht die deze groep krijgt in het programma? Wordt er met de juiste partijen samengewerkt om deze doelgroep te bereiken?

De stijging van de levensverwachting bij mensen met een laag opleidingsniveau houdt gelijke tred met de trend in de algehele bevolking (CBS, Statline). Ook de trends bij gezonde levensverwachting voor laag opgeleiden wijken niet evident af van de trends in de totale bevolking. Ook laag opgeleiden krijgen er jaren in gezonde levensverwachting bij.

De focus van het programma ligt vooral op de verbetering van de gezonde levensverwachting, omdat hier de meeste gezondheidswinst te behalen is. Om dit te bereiken wordt met en tussen zeer veel partners samengewerkt, waaronder gemeenten, verzekeraars, eerste lijn, scholen, bedrijfsleven onder andere de voedingsindustrie, werkgevers en jeugdgezondheidszorg. Een recente quickscan van onderzoeksbureau Panteia laat zien dat de samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars in de laatste jaren toeneemt.

14

Tot waar reikt de rol van de overheid als het gaat om het maken van gezonde keuzes? Welke risicofactoren kunnen burgers volgens de visie van dit kabinet zelf geheel beïnvloeden en waar dient de overheid randvoorwaarden te creëren? Wordt er wel eens geëvalueerd of deze randvoorwaarden toereikend zijn voor de meest kwetsbare groepen?

De Wet publieke gezondheid vormt het kader voor de rollen van de overheid, in dit geval zowel de rijksoverheid als die van gemeenten. Daar waar burgers geen invloed kunnen uitoefenen op de te lopen risico's, is het aan de rijksoverheid om bescherming te bieden. Dit geldt voor voedselveiligheid, productveiligheid, en omgevingsfactoren als milieu.

De rijksoverheid zorgt daarnaast voor een toegankelijke en betrouwbare informatiebasis om mensen in staat te stellen gezonde keuzes te maken. Tevens worden er vaccinatie- en screeningsprogramma's actief aangeboden, waarbij de burger uiteindelijk nog wel zelf kiest, maar het wordt hen erg gemakkelijk gemaakt, ook financieel.

Naast directe informatie voor de burger kunnen ook zorgverleners, organisaties, professionals en gemeenten hier gebruik van maken voor hun voorlichtings- en zorgadviesrol. Voor deze informatievoorziening zijn onder andere loket gezond leven (www.loketgezondleven.nl), regelhulp (www.regelhulp.nl) en de website van stichting Opvoeden NL (www.opvoeden.nl) opgezet. Een belangrijke randvoorwaarde is dat burgers beschikken over voldoende basisvaardigheden om de goede keuze te kunnen maken. Aansluiting bij de leefwereld is daarbij cruciaal. Zoals ik heb aangegeven in de landelijke nota gezondheidsbeleid «Gezondheid dichtbij», beschikken niet alle Nederlanders in voldoende mate over alle basisvaardigheden. In de Alliantie Gezondheidsvaardigheden werken partijen in de zorg samen om gezondheidsvaardigheden te verbeteren. Zie bijvoorbeeld de website www.oefenen.nl. Ook het Kabinet zet zich in algemene zin in om de basisvaardigheden van mensen te verbeteren.

Zowel met de uitvoering van beleidsevaluaties, zoals bijvoorbeeld de evaluatie van het Centrum Gezond Leven (CGL)¹ en de Beleidsdoorlichting letselpreventie 2008 – 2012², als met de volksgezondheidstoekomstverkenning, dat het RIVM elke vier jaar in opdracht van VWS uitvoert wordt inzicht in gezondheidsrisico's en effectiviteit van beleid verkregen.

15

In hoeverre wordt maatschappelijke participatie als belangrijke pijler voor gezondheid gezien binnen het programma? Hoe wordt participatie straks gemeten in de evaluatie van het programma?

Er is een duidelijke relatie tussen maatschappelijke participatie en gezondheid en welbevinden. Wie meedoet in de maatschappij, of het nu gaat om betaalde of onbetaalde activiteiten, voelt zich over het algemeen gezonder. De relatie is wederkerig want wie zich gezond voelt participeert makkelijker. Maatschappelijke participatie en gezondheid zijn daarom zowel randvoorwaarde als uitkomst van elkaar. Tegelijkertijd hebben ook andere factoren, bijvoorbeeld economische omstandigheden invloed op beide. De ontwikkelingen in participatie worden via de gebruikelijke kanalen (o.a. SCP monitors) bijgehouden. De drie jaar van het programma zijn te kort om effecten voor gezondheid te vinden en de relatie daarvan met participatie. Wel zal in de evaluatie van het programma in 2016

¹ Kamerstuk 32 793, nr. 107

² Kamerstuk 32 772, nr. 2

aandacht zijn voor de mogelijke effecten van de activiteiten voor participatie.

16

In hoeverre zijn burgers met een lage sociaaleconomische status in staat om een gezonde leefstijl te hanteren? Wat zijn hun mogelijkheden en onmogelijkheden en hoe gaat het programma hierop inspelen?

Daar waar burgers geen invloed kunnen uitoefenen op de te lopen risico's, is het aan de rijksoverheid om bescherming te bieden. Dit geldt voor voedselveiligheid, productveiligheid, en omgevingsfactoren als milieu. Deze bescherming geldt voor alle burgers. Om een gezonde leefstijl te kunnen hanteren is het nodig dat burgers beschikken over voldoende basisvaardigheden. Burgers met een lage sociaaleconomische status beschikken vaak in mindere mate over de basisvaardigheden³. Het is daarom belangrijk een benadering te kiezen die goed aansluit bij hun vaardigheden en mogelijkheden. Dit betekent specifieke aandacht voor de omgeving waarin mensen wonen, werken en leren. Bekend is dat in achterstandswijken het percentage rokers hoog is. Uit het onderzoeksproject Urban40 blijkt dat het percentage rokers in de controlewijken (achterstandswijken zonder specifieke interventies) is toegenomen, terwijl in de aandachtswijken het percentage gelijk is gebleven. De landelijke trend is een daling van het percentage rokers. Het is dus mogelijk dat, met inzet die aansluit bij hun vaardigheden, burgers met een lage sociaaleconomische status een gezondere leefstijl gaan hanteren. Het programma draagt bij door succesvolle aanpakken in de schijnwerpers te zetten zodat gemeenten en andere partners van elkaar kunnen leren. In de Alliantie Gezondheidsvaardigheden werken partijen in de zorg samen om gezondheidsvaardigheden te verbeteren. Ook het Kabinet zet zich in algemene zin in om de basisvaardigheden van mensen te verbeteren.

Zie ook vraag 7, 8 en 13.

17

In hoeverre wordt binnen het programma samengewerkt met andere ministeries? In hoeverre dragen zij financieel bij? Wat zegt dit over de kans van slagen voor de integrale aanpak van preventie over verschillende domeinen en sectoren? Hoe wordt straks inzichtelijk welke bijdragen andere ministeries hebben geleverd voor een doelmatigere inzet van preventie en wat dit voor hen oplevert?

De samenwerking met andere ministeries is evident. Het programma is mede namens de Ministers van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, Onderwijs en wetenschappen, Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties en de Staatssecretarissen van Economische Zaken en van Infrastructuur en Milieu aangeboden. Hun inhoudelijke bijdrage wordt in tal van de activiteiten die in deel twee van het programma staan beschreven gespecificeerd. In de bijlage is hun financiële bijdrage opgenomen. Dit biedt een goede grondslag om een integrale aanpak van preventie nu ook daadwerkelijk vorm te geven.

18

Waarom wordt er, gezien de ambitie van het programma, gewerkt met een relatief laag budget?

Het programma Alles is Gezondheid..., is niet één project met één structuur en één budget. Het bestaat uit talloze activiteiten van vele

³ De volgende vaardigheden worden daarin onderscheiden: lezen, schrijven en rekenen, digitale vaardigheden, sociale vaardigheden, financiële vaardigheden en gezondheidsvaardigheden.

partners die op veel verschillende manieren gefinancierd worden. Ook de rijksoverheid draagt daar in ruime mate aan bij met de tot beschikking staande middelen. Er wordt o.i. niet gewerkt met een relatief laag budget.

In onze analyse is de aard van de problematiek meer gebaat bij het bijeenbrengen en verbinden van vele bestaande initiatieven die ingebed moeten worden in bestaande structuren dan het starten van grote nieuwe programma's. Daar is in deze tijd van bezuinigingen ook weinig ruimte voor.

19

Welke chronische ziektes worden veroorzaakt door welke ongezonde leefstijl en welke wetenschappelijke studies leveren hiervoor het bewijs?

Een ongezonde leefstijl als zodanig is meestal niet de enige veroorzaker van chronische ziekten als diabetes, COPD, astma en hart- en vaatziekten. Het kan de kans op het krijgen van een chronische aandoening wel – en soms in hoge mate – beïnvloeden. De belangrijkste ongezonde leefstijlen zijn roken, overmatig alcohol gebruik, weinig lichaamsbeweging, te veel en ongezond eten. Er zijn vele wetenschappelijke studies die ingaan op de relatie tussen een bepaalde leefstijl of een combinatie van leefstijlen met een verhoogd risico op een specifieke aandoening. Juist omdat dit er zoveel zijn wil ik daarvoor graag verwijzen naar de website van het Nationaal Kompas Volksgezondheid van het RIVM, die daarvan een goed overzicht geeft.

20

Bent u op de hoogte van het feit dat werken de beste manier is om gezondheid te bevorderen? Waarom gaan dan niet alle middelen naar het bevorderen van werk in plaats van het percentage rokers nog verder terug te willen dringen?

De gezondheid van mensen met een baan is over het algemeen inderdaad beter dan de gezondheid van mensen zonder baan, en dat maakt het bevorderen van het vinden van werk belangrijk in het Kabinetsbeleid. Dat wil niet zeggen dat bevorderen van leefstijl geen onderdeel van het beleid moeten zijn. Roken ondermijnt de gezondheid. De meeste mensen beginnen met roken lang voordat ze gaan werken, namelijk al in de periode dat ze op het (voortgezet) onderwijs zitten. De kans is veel kleiner dat mensen nog beginnen met roken na het 18^e levensjaar. Daarom zetten wij vooral in op het niet beginnen met roken, onder andere door het verhogen van de leeftijdsgrens voor de verkoop van tabak naar 18 jaar. En op goede stopondersteuning voor rokers die willen stoppen.

21

Waarom werkt u het voorbeeld luchtkwaliteit als gezondheidsbedreiging van buitenaf niet verder uit in het Nationaal Programma Preventie? Bent u bereid dit alsnog uit te werken?

Zie vraag 22.

22

Welke concrete plannen zijn er om de luchtkwaliteit te verbeteren?

Buiten het NPP wordt op verschillende niveaus gewerkt aan het schoner maken van de lucht: op (inter)nationaal, provinciaal en gemeentelijk niveau. Zo is het EU-beleid zeer belangrijk omdat in EU-kader wordt besloten over normstelling voor de luchtkwaliteit en over belangrijke onderdelen van het bronbeleid (bijvoorbeeld via eisen aan de uitstoot van auto's). In het Nationaal Samenwerkingsprogramma Luchtkwaliteit

werken rijk, provincies en gemeenten samen om de luchtkwaliteit zodanig te verbeteren, vanuit het oogpunt van bestaande gezondheidsrisico's, dat overal in Nederland in ieder geval wordt voldaan aan de Europese grenswaarden voor de luchtkwaliteit.

De activiteiten die beschreven zijn in deel 2 van het NPP onder het hoofdstuk wonen en leven in een gezonde wijk zijn aanvullend op dit beleid. Een goede luchtkwaliteit is een integraal doel van de activiteiten voor een gezonde wijk. Hierbij moet men denken aan de initiatieven rond de GezondOntwerpWijzer en het project Gezonde Verstedelijking.

23

Hoe zal samenhang tussen de verschillende domeinen worden bewerkstelligd? Kan concreet worden aangegeven hoe activiteiten binnen verschillende domeinen door dit programma op elkaar zullen ingrijpen en elkaar zullen versterken? Wat is hiervoor nodig en hoe faciliteert het programma hierin? Hoe zal straks geëvalueerd worden of dit gelukt is?

De samenhang tussen de verschillende domeinen wordt in het programma nagestreefd door te werken aan gezamenlijke doelstellingen, het inzichtelijk maken van wederzijdse belangen, het benadrukken van maatschappelijke en economische voordelen van gezondheid en het leggen van verbindingen en ontmoetingsmogelijkheden. Gezond leven moet niet iets speciaals zijn, maar een normaal onderdeel van het dagelijks leven: Wat je op school leert, op je werk doet, in de zorg hoort, in je wijk kan doen, dat vind je thuis gewoon. Het programma gaat die verbindingen leggen en dat uitstralen. Om te beginnen al op de startconferentie op 5 februari 2014 waar werkgevers, werknemers, schoolorganisaties, wethouders, zorgpartijen, uiteenlopende maatschappelijke organisaties en de rijksoverheid gezamenlijk praten hoe zij aan gezondheid werken en wat zij voor elkaar kunnen betekenen.

24

Hoe zal betrokkenheid van maatschappelijke partijen bij preventie door dit programma minder vrijblijvend worden georganiseerd? Hoe wordt voorkomen dat commerciële partijen die baat hebben bij een ongezonde leefstijl door sponsoring grote invloed krijgen op de ontplooiende activiteiten?

Met de partijen die betrokken zijn bij de activiteiten zoals beschreven in deel 2 van het NPP zijn of worden afspraken gemaakt over de outputresultaten. Daarnaast worden partners gevraagd zich te verbinden aan het programma door het ondertekenen van een pledge (plechtige belofte) waarin zij de doelstellingen en uitgangspunten van het programma onderschrijven en waarin zij aangeven wat zij bijdragen en hoe dit gemeten kan worden. Deze pledges worden op de website van het programma gepubliceerd. Daarmee is geen sprake van sponsoring maar van samenwerking tussen partijen met betrokkenheid en inbreng van zowel publiek als privaat.

25

Hoe zal de evaluatie van het programma in 2016 eruit zien? Welke partij gaat deze evaluatie doen? Hoe wordt er gezorgd voor het SMART formuleren van de te verwachten uitkomsten? Kunnen uitkomsten per «inzet» worden achterhaald? Hoe wordt de Kamer straks in staat gesteld om de bewindspersonen te houden aan hun eigen ambities? Wat moet er in 2016 zijn bereikt om het programma als succesvol te bestempelen?

Waar mogelijk zijn de uitkomsten van de activiteiten zoals beschreven in deel 2 al SMART geformuleerd en zijn de verwachte uitkomsten voor 2016

per inzet duidelijk. Het succes van het programma ligt, behalve bij het realiseren van de geformuleerde outputdoelstelling voor 2016, ook bij het enthousiasmeren en mobiliseren van nog meer partners die ieder vanuit de eigen invloedssfeer kunnen en willen bijdragen aan gezondheid van mensen. Die bijdragen worden in pledges – plechtige beloften – vervat, De voortgang van het programma is onderwerp van een jaarlijkse conferentie en wordt met partners besproken. De Kamer krijgt jaarlijks een voortgangsverslag, alsmede een eindevaluatie in 2016 en het Kabinetstandpunt daarop. Er is nog niet besloten welke partij deze evaluatie gaat uitvoeren. Of een dergelijk breed en complex programma uiteindelijk als succesvol bestempeld kan worden hangt van veel factoren af. De maatstaf voor het succes van het programma ligt uiteindelijk in de verbreding van het aantal partners en de opschaling van activiteiten.

Een gezondere bevolking is het doel van het programma, maar we weten dat er een lange adem nodig is om dat te bereiken. Meer focus, meer betrokken partijen en meer inzet moeten daarin over vele jaren resultaat opleveren.

26

Hoe zullen bewezen effectieve interventies explicieter dan nu het geval is deel gaan uitmaken van de decentralisaties? In hoeverre kunnen deze interventies met de decentralisaties meelopen? Wie draagt verantwoordelijkheid als dit onvoldoende van de grond komt? Zijn deelnemende partijen zich voldoende bewust van de mogelijkheden die de decentralisaties bieden voor het programma? In hoeverre is er bij de door gemeenten ingehuurde adviesbureaus aandacht voor het borgen van preventieve activiteiten? Hoe kan de overheid dit verder stimuleren?

Zoals in het programma beschreven staat is er een duidelijke relatie tussen het gezondheidsbeleid zoals gemeenten dat in het kader van de Wet publieke gezondheid voeren en de uitvoering van de huidige decentralisatietrajecten. Die laatste zorgen immers voor grote veranderingen in het zorg-, welzijns- en gezondheidsdomein. Om te zorgen dat mensen actief mee kunnen doen in de maatschappij is het voor zowel gemeenten als bewoners belangrijk om preventie een goede plek te geven bij het voorkomen en verminderen van sociale problemen.

Meer aandacht voor preventie om zodoende onnodig beroep op (dure) zware zorg terug te dringen is een belangrijk transformatiedoel van de stelselwijziging jeugd en de decentralisatie van begeleiding naar de Wmo. Zowel in de Wmo als in de Jeugdwet is het van belang dat problemen zoveel mogelijk voorkomen worden en er vroegtijdig gesignaleerd en ondersteund wordt als dat nodig is om zwaardere ondersteuning te voorkomen. Preventie is dus cruciaal. Daarbij is het steeds van belang dat bezien wordt wat mensen zelf en met hun netwerk kunnen oppakken of voorkomen. De nieuwe Jeugdwet maakt gemeenten verantwoordelijk voor de preventie van opvoed- en opgroei problemen. Het gaat bijvoorbeeld om activiteiten die nu nog vallen onder het prestatieveld 2 van de Wmo en het maatwerkdeel van de jeugdgezondheidszorg in de Wet publieke gezondheidszorg (Wpg).

Zie ook vraag 60 en 61 deel 2

27

Hoe zal de rol van zorgverzekeraars betreffende preventie steviger worden ingekleed binnen het programma? Welke concrete afspraken en inzet van instrumenten zijn nodig? In hoeverre zijn deze afspraken in het verleden al gemaakt en in hoeverre worden instrumenten toegepast om zorgverzekeraars steviger te wijzen op hun verantwoordelijkheid voor preventie? Waar gaat het al goed en wat kan men hiervan leren? Welke zorgverzekeraars doen het nu al goed op preventiegebied en welke juist niet?

De verschillende verzekeraars ondernemen diverse acties op het gebied van preventie. Een voorbeeld is de inzet van Achmea in diverse regio's met gemeenten en zorgaanbieders. Onder andere in het vitaal Vechtdal, Amsterdam-Noord en ook in Utrecht Overvecht, waar al positieve resultaten zichtbaar zijn gemaakt. De cijfers lieten in de periode 2006–2010 een vermindering van zorgkosten zien van 4% alsmede een toename van het percentage Overvechters van 19 jaar en ouder dat de beweegnorm haalt (54% naar 65%).

Een ander voorbeeld is dat zorgverzekeraar CZ actief is in een samenwerkingsproject met de intergemeentelijke sociale dienst in Waalwijk, Loon op Zand en Heusden. In dit project worden mensen die langdurig in de bijstand zitten met grote afstand tot de arbeidsmarkt en met psychische of lichamelijke klachten geactiveerd om weer deel te nemen aan de samenleving. Een ander voorbeeld is de samenwerking van verzekeraar De Friesland die met Sport Fryslan duurzaam samenwerkt in het programma Sport op School.

Bij de activiteiten van zorgverzekeraars op het gebied is het niet mogelijk om een uitputtend overzicht te geven of een rangorde aan te brengen. Het is onbekend in hoeverre verzekeraars meerjarige programma's op het gebied van preventie uitvoeren en wat de duur en inhoud van deze programma's is.

Ook gezamenlijk zijn er bij zorgverzekeraars goede ontwikkelingen. Om de samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars te ondersteunen, hebben de VNG en ZN begin 2013 een quick scan gehouden. Deze quick scan «Samen voor re-integratie» liet zien dat samenwerking bij re-integratie en participatie nog geen vanzelfsprekendheid is. Bij een groot aantal gemeenten met een collectieve basis en aanvullende ziektekosten voor minima, ligt wel al een mooie basis voor verdere samenwerking richting participatie. Op andere onderwerpen zien gemeenten en verzekeraars elkaar al veel meer als natuurlijke partner. Een recente quickscan van Panteia laat zien dat de samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars rond preventie toeneemt (zie vraag 42). In de proeftuinen «Betere zorg tegen minder kosten» in negen regio's wisselen verzekeraars en andere partijen gezamenlijk ervaringen uit met als doel van elkaar te leren. Daarnaast zijn verzekeraars precompetitief het initiatief Zelfzorg Ondersteund (ZO!) gestart om zelfredzaamheid van mensen te versterken. Dit is een belangrijke ontwikkeling in het kader van preventie, maar kan ook bijdragen om verergering te voorkomen als mensen reeds een (chronische) ziekte hebben.

Binnen het NPP zullen zorgverzekeraars op diverse onderwerpen betrokken worden. Daarnaast zullen zorgverzekeraars in staat worden gesteld om te belonen voor (gezondheids)uitkomsten. Bijvoorbeeld door de aanpassingen in de bekostiging van zowel eerstelijns zorg als de wijkverpleegkundigen (gezondheids)uitkomsten (zie tevens vraag 64).

28

In hoeverre is er bij zorgverzekeraars die het goed doen op preventiegebied sprake van meerjarige programma's? Hoe lang duren deze programma's en hoe zien zij er uit? Zijn er al resultaten zichtbaar?

Zie vraag 27.

29

Wat bedoelt u met «Er is minder vrijblijvendheid nodig om nieuwe successen te boeken»? Waaruit bestaat die «minder vrijblijvendheid»? Kunt u met een paar voorbeelden duidelijk maken hoe dit eruit gaat zien en welke nieuwe successen beoogd worden?

Het NPP is er o.a. op gericht om meer samenhang en samenwerking tussen partijen te realiseren, het aantal actieve partijen te vergroten (ook binnen sectoren) en opschaling van activiteiten te bewerkstelligen. Dat partijen ook meer van elkaar weten en leren en daardoor ook meer mogelijkheden zien om bij te dragen aan de gezondheid van mensen, ieder vanuit zijn eigen verantwoordelijkheid en invloedsfeer. We willen een stuk verder komen dan goede bedoelingen en goede wil en afspraken maken over resultaatgerichte bijdragen waarop partijen ook aanspreekbaar durven zijn. Dat doen partijen bijvoorbeeld via het ondertekenen van pledges en partijen jaarlijks te bevragen op de voortgang. We stimuleren dat partijen lokaal meer met elkaar gaan samenwerken.

30

Uit eerdere onderzoeken bleek dat de meeste lokale preventieprogramma's laag scoorden als het ging om bereik en effectiviteit. Gaat samenhang en verbinding van deze preventieprogramma's die score verbeteren? Zo ja, waarop baseert u dat?

Nee, met alleen samenhang en verbinding alleen zal de score niet verbeteren. Daar is meer voor nodig. Zoals aangegeven in het actieprogramma «Alles is Gezondheid» blijkt uit de gezonde wijkaanpak dat het ook gaat om een hele reeks aan activiteiten, waarbij goed wordt aangesloten bij de leefwereld, behoeften en gewoonten van de doelgroepen. Partijen moeten elkaar goed kunnen begrijpen en vertrouwen. Belangrijke instrumenten daarvoor zijn:

- een goede wijkanalyse;
- gezamenlijke doelstellingen;
- goede afspraken over de uitvoering;
- goede regievoering;
- vaststellen van een lange termijn (gezondheids)doelstelling;
- vaststellen van een geschikte integraal programma om deze doelstelling te bereiken;
- zo'n programma moet bestaan uit doelgerichte, samenhangende en effectieve interventies met een groot bereik;
- en tenslotte zal zo'n programma gemonitord, geëvalueerd en bijgesteld moeten worden op basis van de (nog niet) bereikte resultaten.

Het Rijk ondersteunt deze processen door goede voorbeelden te verspreiden en het gebruik van aanbevolen en erkende interventies te stimuleren, zoals via de databank van het Centrum Gezond Leven (CGL).

31

Waarom is de looptijd van het NPP niet langer dan 2015?

Het programma loopt tot en met 2016. Enerzijds beslaat dit de volledige resterende Kabinetsperiode en anderzijds is drie jaar een goede periode om afzonderlijke projectactiviteiten SMART te formuleren. Daarnaast heeft het programma langjarige doelen geformuleerd voor 2030 en kan in 2016 op basis van de opgedane ervaringen met een dergelijk brede aanpak besloten worden over te nemen vervolgstappen en eventuele volgende fasen.

32

Hoe houdt u rekening met belangenverstremgeling bij de zes speerpunten zodat preventie altijd voorrang krijgt boven commerciële belangen? Wat zijn de voorwaarden die u hanteert bij samenwerking met partners en op basis van welke criteria bepaalt u met welke private partijen u in zee gaat?

Zie mijn antwoord op vraag 24 en 96 (deel 2).

33

Kunt een overzicht geven met voorbeelden van projecten en/of interventies (nationaal en internationaal) waarin de sociaaleconomische gezondheidsverschillen succesvol zijn gestabiliseerd dan wel zijn verkleind? Kunt u bij dit overzicht ook aangeven wat de kosten van deze projecten en interventies zijn?

Het is over het algemeen zeer lastig om een kwantitatieve onderbouwing van projecten of interventies te geven. De wetenschappelijke onderbouwing van de relaties tussen beleidsinterventies en effecten is zeer complex. Voor een aantal programma's zijn wel cijfers beschikbaar. De resultaten in Utrecht Overvecht zijn positief:

- Inwoners van Overvecht gebruiken minder zorg en bewegen meer. Uit de cijfers blijkt dat de zorgkosten 4 procent zijn gedaald tussen 2006 en 2010 (bron: Agis zorgverzekeringen).
- Het aantal huisarts-, POH- en fysiotherapieconsulten is weliswaar gestegen, maar het zorggebruik in het ziekenhuis is gedaald.
- Het percentage Overvechters van negentien jaar en ouder dat de beweegnorm haalt, is in deze periode bovendien gestegen van 54 naar 65 procent (cijfers GG&GD).
- Steeds minder kinderen hebben in Overvecht te kampen met overgewicht. Het aantal is gedaald van 26 procent in 2005 naar 20 procent in 2009.

Ook blijkt uit onderstaande dat de JOGG-aanpak effectief is:

- Zo daalde in Zwolle het percentage basisschoolkinderen met overgewicht van 12,1 procent in 2009 naar 10,6 procent in 2012. In de Zwolse wijk Holterbroek (JOGG-wijk) was er in dezelfde periode zelfs sprake van een daling van 18 procent in 2009 naar 16,2 procent in 2012.
- De JOGG-gemeente Dordrecht behaalde succes met haar «Doe ff Gezond»-programma. De resultaten van de jaarlijks terugkerende fittesten wijzen hier op een daling van overgewicht. Bij een vergelijking tussen 2011 en 2012, waarbij scholen én leerlingen beide meetjaren meededen, bleek dat het overgewicht met 3,1 procent was gedaald (van 41,7 naar 38,6 procent).

Ook de resultaten van Urban40 zijn positief. Het beleid had een positief effect op de gezondheid, met name daar waar op grote schaal maatregelen werden doorgevoerd die meerdere thema's tegelijk bestreken. Ook in wijken waarin expliciet aandacht was besteed aan het thema gezondheid (onder de noemer «experiment gezonde wijk») veranderde de gezondheid van bewoners op een aantal punten en in relatief korte tijd ten goede.

Doordat beide programma's combinaties van interventies bevatten op diverse terreinen, is het lastig om aan te geven wat de exacte kosten zijn.

34

Hoe krijgt men de doelstellingen voor 2030 SMART-er geformuleerd? Hoe kan men straks concreet meetbaar maken wat het programma aan gezondheid, kwaliteit van leven en participatie heeft opgeleverd?

Het RIVM legt op dit moment de laatste hand aan een trendscenario. Op basis daarvan zullen wij een voorstel voor een ambitieuze maar haalbare doelstelling op de verschillende speerpunten voor het jaar 2030 formuleren. Wij stellen voor om dit voorstel met de partners en experts uit het veld op de startconferentie op 5 februari a.s. af te stemmen, conform het

verzoek in de motie (Kamerstuk 32 793 nr. 74) van Dijkstra en Bruins Slot, en u daarna hierover te informeren.

35

In hoeverre maakt het domein «zorg» ook deel uit van de domeinen die via een integrale aanpak moeten leiden tot het realiseren van de doelstellingen?

De diverse domeinen van het NPP zijn nauw met elkaar verbonden. Het onderdeel «zorg» maakt bij diverse actiepunten ook deel uit van de andere domeinen door bijvoorbeeld de wijkverpleegkundige die met een integrale aanpak vanuit verschillende domeinen werkzaam is. Andere voorbeelden zijn de jeugdgezondheidszorg in relatie tot het onderwijs en de GGZ die zicht inzet voor gezondheid en participatie van uitkeringsgerechtigden met psychische problemen.

36

Hoe staan de doelstellingen voor 2016 in verhouding tot de doelstellingen voor 2030? Is er ruimte om de doelstellingen voor 2030 aan te scherpen als daar aanleiding toe is? Hoe zal dit worden vormgegeven?

Voor 2016 zijn de doelstellingen geformuleerd in termen van proces en output. Pas op de langer termijn wordt de bijdrage van de activiteiten aan de lange termijn doelstellingen duidelijk. En hoewel de relatie tussen een activiteit en de bijdrage aan een gezondheidsuitkomst goed is te beredeneren is het complex om de relatie ook wetenschappelijk te bewijzen. Zie ook ons antwoord op vraag 41. Mocht de eindevaluatie in 2016 of de uitkomsten van de volgende Volksgezondheid Toekomst Verkenning in 2018 daar aanleiding toe geven, dan is er vanzelfsprekend ruimte om de voor 2030 geformuleerde doelstellingen bij te stellen.

37

In hoeverre valt het te rijmen dat preventie als iets van lange adem genoemd wordt maar het programma maar enkele jaren zal lopen? In hoeverre is er zicht op verlenging dan wel intensivering? Hoe zal er worden gestuurd op het borgen van ingezette activiteiten?

Zie mijn antwoord op vragen 31 en 36.

38

Hoe is «substantiële verbetering» uitgewerkt? Over welke orde van grootte gaat dit? Wanneer kan een verbetering als een succes worden bestempeld?

Zie het antwoord op vraag 34.

39

In hoeverre wordt er in de nulmeting, verkregen uit cijfers van de VTV rekening gehouden met de aanwezigheid van sociaaleconomische gezondheidsverschillen? Komen deze verschillen op voorgestelde wijze goed inzichtelijk voor in de evaluatie?

Om in de toekomst de ontwikkeling van SEGV binnen Nederland bij te kunnen houden, ontwikkelt het RIVM op dit moment een SEGV-index. Deze index moet op een heldere manier inzicht gaan geven in de ontwikkeling van de gezondheidsverschillen over tijd. Hiermee zal ook een nulmeting worden gemaakt.

40

Hoe zal de Kamer worden geïnformeerd over concrete procesafspraken die veel partijen momenteel aan het maken zijn? Hoe kan de Kamer controleren of de doelstellingen voor 2016 zijn behaald en of dit langs de gemaakte procesafspraken heeft plaatsgevonden?

De Minister en Staatssecretaris van VWS zullen jaarlijks een voortgangsverslag naar de Kamer sturen. Daarnaast zal in 2016 een externe evaluatie plaatsvinden, waarvan het rapport eveneens aan de Kamer toegezonden zal worden.

41

Op welke wijze gaat u de relatie tussen beleidsinterventies en effecten op de langere termijn volgen en wetenschappelijk aantonen?

Wij zijn op dit moment in overleg met ZonMw en RIVM hoe een dergelijk onderzoek naar lange termijneffecten voor de komende jaren vorm gegeven kan worden.

42

Op welke wijze zorgt het Nationaal Programma Preventie ervoor dat er structurele borging van preventie komt?

Op een groot aantal onderdelen is preventie, met name rond gezondheidsbescherming en ziektepreventie, al structureel geborgd, bijv. het Rijksvaccinatieprogramma, veiligheidsmaatregelen op gebied van voedsel en producten en screeningsprogramma's. Dat geldt nog niet overal voor gezondheidsbevordering, die voor een groot deel op lokaal niveau uitgevoerd wordt. Door de nadrukkelijke verbinding met andere domeinen en met actoren in de zorg wordt de gemeente sleutelpartij in het gezondheidsbeleid, die ook door zijn nieuwe rol in het zorgveld en het sociaal domein belang heeft om preventieactiviteiten de basis van zijn gezondheidsbeleid te maken.

Een ander onderdeel van het programma is preventie een prominent onderdeel van de zorg te maken. Hierdoor zal binnen de zorg, naast het genezen van ziekten en het werken aan optimale zorgresultaten, in de toekomst meer worden gewerkt aan het behoud van gezondheid. Een viertal grote zorgverzekeraars hebben het initiatief genomen om precompetitieve afspraken te maken over zelfzorg. Dit is een belangrijk initiatief dat potentie heeft zowel op het terrein van het voorkomen van chronische ziekten als het controleren van het ziekteverloop. Binnen het programma is onderzoek en overleg gaande hoe financiële prikkels in het zorgsysteem zo georganiseerd kunnen worden dat het voor zorgverleners loont om tijd en energie te besteden om mensen gezond te houden.

43

Kunt u aangeven waar volgens de huidige trends zou worden uitgekomen in 2030 op de speerpunten: roken, overgewicht, overmatig alcoholgebruik, bewegen, diabetes en depressie? En kunt u nader definiëren welke substantiële verbeteringen u op die punten voor ogen heeft, welke middelen u daarvoor gebruikt en op welke wijze deze verbeteringen gemeten gaan worden?

Het RIVM legt op dit moment de laatste hand aan een trendscenario voor de Volksgezondheid Toekomst Verkenning van dit jaar. Dit trendscenario geeft aan waar volgens de huidige trends zou worden uitgekomen voor de zes speerpunten. Op basis daarvan zullen wij een voorstel voor een ambitieuze maar haalbare doelstelling op de verschillende speerpunten voor het jaar 2030 formuleren. Wij stellen voor om dit voorstel met de

partners en experts uit het veld op de startconferentie op 5 februari a.s. af te stemmen, conform het verzoek in de motie (Kamerstuk 32 793 nr. 74) van Dijkstra en Bruins Slot, en u daarna hierover te informeren.

44

Het substantieel verbeteren van de gezonde levensverwachting van laagopgeleiden wordt genoemd naast de drie hoofdterreinen. Is het verbeteren van deze levensverwachting daarmee een hoofddoel van het Nationaal Programma Preventie?

Ja. Het programma legt de focus van zijn activiteiten op de drie genoemde terreinen. Met die activiteiten beoogt het programma drie doelen te halen, waaronder de ambitie om het verschil in levensverwachting in goede (ervaren) gezondheid tussen hoog- en significant te verminderen, en daarmee de levensverwachting van de risicogroepen te verhogen.

45

Waarom wordt gekozen voor het aantal van 850 scholen met een Vignet Gezonde School in 2016?

De PO-Raad, VO-Raad en MBO Raad hebben gezamenlijk, in afstemming met relevante partijen uit de gezondheidsbevordering en het onderwijs, de Onderwijsagenda Sport, Bewegen en een Gezonde Leefstijl (SBGL) opgesteld. In deze agenda staan de ambities beschreven voor een «gezonde leeromgeving». Een van de gezamenlijke, sectoroverstijgende doelstellingen van de Onderwijsagenda SBGL is om het aantal scholen in Nederland dat een gericht Gezond Schoolbeleid heeft uit te breiden. Dit moet, volgens de PO-, VO- en MBO Raad, resulteren in het uitreiken van minimaal 850 vignetten Gezonde school in de periode tot 2016. Dit is een ambitieus, maar met forse inspanning haalbaar getal. Eind 2013 lag het aantal scholen met een vignet nog onder de 100. Met dit aantal van 850 heeft 10% van alle scholen een vignet Gezonde School. De achterliggende gedachte is dat daarmee een beweging op gang is gebracht waarin een Gezonde School-beleid niet meer een uitzondering is in het onderwijs en deze beweging door kan groeien naar het uiteindelijke doel dat in 2030 door de inzet van scholen zélf het Gezonde Schoolbeleid een integraal onderdeel van het onderwijs.

46

Is er inzicht in het percentage waarmee sociaaleconomische gezondheidsverschillen bij optimale inzet van beschikbare middelen kunnen worden gereduceerd? In hoeverre is de EURO-GBD-SE studie gebruikt voor het vaststellen van de doelstellingen betreffende sociaaleconomische gezondheidsverschillen? Waarom correspondeert de doelstelling weinig met de resultaten van genoemde modelstudie?

Er is geen inzicht in het percentage waarmee SEGV in Nederland maximaal verminderd kunnen worden. Daarvoor is het vraagstuk te complex en afhankelijk van te veel factoren.

De EURO-GBD-SE geeft een aantal algemene doelstellingen. Zoals in de studie zelf ook wordt aangegeven, zijn de oorzaken voor SEGV zeer verschillend tussen landen. De studie bepleit daarom dat aangrijpingspunten voor beleid en de prioriteiten die moeten worden gekozen zeer verschillend zullen zijn per land en elk land daarom een eigen strategie nodig heeft. De doelstelling moet naar onze mening dan ook per situatie bekeken worden.

47

Hoe komt het dat Nederland zo'n slechte internationale positie bekleedt als het gaat om sociaaleconomische gezondheidsverschillen? Waar heeft men in het verleden steken laten vallen?

Er kan zeker niet gezegd worden dat Nederland in het algemeen een slechte positie bekleedt.

Verschillen in gezondheid naar sociale status kunnen berekend worden voor verschillende uitkomsten, zoals levensverwachting, gezonde levensverwachting of ziektelast. Niet alle landen berekenen deze verschillen echter op dezelfde manier. Er is geen samengestelde maat voor het berekenen van gezondheidsverschillen. Landen hanteren daarnaast verschillende maten voor de sociaaleconomische status (SES) van de bevolking. Soms is dit opleiding, soms inkomen, en soms arbeidsmarktpositie. In sommige landen wordt ook een combinatie van deze variabelen genomen om de SES van de bevolking te bepalen. Dit maakt het complex de Nederlandse positie te bepalen. In Nederland stijgt de gemiddelde levensverwachting voor alle groepen (hoog- en laagopgeleiden), en zijn de verschillen over het algemeen kleiner dan in Centraal- en Oost-Europese landen. Ze zijn wel hardnekkig.

48

Hoe zal het selecteren van de meest kwetsbare groepen plaatsvinden? Hoe worden de sociaaleconomische situatie en de fysieke en sociale leefomgeving hierin meegenomen?

Er zal vooral op lokaal niveau gekeken moeten worden wat de meest kwetsbare groepen zijn, door te kijken naar de omgeving waarin mensen wonen, leren en werken, opleidingsniveau en bijvoorbeeld het aantal rokers, overgewicht en alcoholgebruik. Voor wat betreft de woonomgeving van mensen kan gebruik worden gemaakt van uitkomsten uit de lokale en nationale monitor van de GGD en het CBS om de meest kwetsbare wijken te selecteren. Daarnaast kunnen de statusscores van wijken van het SCP worden gebruikt. Ook ontwikkelt het RIVM op dit moment een methode om gemeentelijke gezondheidsprofielen te maken. In deze profielen zullen indicatoren op het gebied van demografie, gezondheid, determinanten van gezondheid, zorg en preventie worden meegenomen. Deze profielen kunnen gemeenten helpen om de lokale situatie inzichtelijk te maken.

Voor de werk en leeromgeving zal gekeken worden naar die settings waarin ongezond gedrag het meest voorkomt, bijvoorbeeld VMBO scholen en de bouw- en transport sector.

49

Welk deel van de mensen met een lage sociaaleconomische status wordt momenteel al bereikt met de inzet van effectieve preventieve interventies?

Zie vraag 8.

50

Hoe zal het programma ervoor zorgen dat commerciële partijen hun verantwoordelijkheid nemen als het bijvoorbeeld gaat om het minderen van zout en verzadigde vetten in voedingsmiddelen? Welke maatregelen zijn beschikbaar als partijen niet willen participeren?

Ongeveer gelijktijdig met deze brief met antwoorden, ontvangt u een brief over de afspraken die gemaakt zijn over het verbeteren van de productsamenstelling voor zout, (verzadigd) vet en suiker. De samenwerking die er al was met partijen die voedingsmiddelen produceren of aanbieden, wordt versterkt via gezamenlijke afspraken, neergelegd in een akkoord

tussen bedrijfsleven en Minister van VWS. Gemaakte afspraken, de partijen die deze onderschrijven en de resultaten worden op een website zichtbaar gemaakt. Partijen die niet participeren kunnen en zullen hierop worden aangesproken door andere partijen uit de sector, door maatschappelijke organisaties en/of door het Ministerie van VWS.

Alle partijen samen maken het Nationaal Programma Preventie. De afspraken over productsamenstelling zijn een voorbeeld van hoe (commerciële) partijen gezamenlijk verantwoordelijkheid nemen.

51

Hoe zal rekening worden gehouden met de grote verschillen in gezondheidsvaardigheden tussen doelgroepen? Hoe zullen doelgroepen met lage gezondheidsvaardigheden toch adequaat worden bereikt en hoe leidt de inzet van het programma tot een goed geïnformeerde keuze bij juist deze doelgroep?

Om ervoor te zorgen dat ook kwetsbare groepen de aandacht en informatie krijgen die ze nodig hebben is het van belang om rekening te houden met alle relevante kenmerken van mensen en aan te sluiten bij hun leefwereld. Dit is een samenspel tussen professional en burger. Door preventie, zorg en ondersteuning zo dicht mogelijk bij mensen te organiseren, kan het beste rekening worden gehouden met hun vaardigheden en mogelijkheden. Ook in algemene voorlichting, bijvoorbeeld rondom bevolkingsonderzoeken, wordt specifiek rekening gehouden met de vaardigheden van mensen en bijvoorbeeld hun levensovertuiging. Daarnaast wordt er ook rekening gehouden met het wantrouwen dat er soms bestaat ten aanzien van overheidsprogramma's. Zo wordt het voorlichtingsmateriaal voor het bevolkingsonderzoek gelaagd aangeboden. Bij de uitnodiging wordt een folder meegestuurd met basisinformatie voor iedereen. Deze folder wordt getest op begrijpelijkheid, ook bij laaggeletterden, en is in verschillende talen beschikbaar. Meer informatie is beschikbaar op de websites van het RIVM en de screeningsorganisaties. Dat gaat om verdiepende informatie, veelgestelde vragen, maar ook bijvoorbeeld een animatie van hoe een bevolkingsonderzoek precies verloopt. De animatie van het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker wordt veel bezocht.

Pharos start in 2014 een aantal specifieke en nieuwe trajecten gericht op laaggeletterdheid en beperkte gezondheidsvaardigheden. Ook het Kabinet zet zich in algemene zin in om de basisvaardigheden van mensen te verbeteren. Partijen in de zorg werken samen, in de Alliantie Gezondheidsvaardigheden, om dit verder te verberen.

Zorgverleners zijn op grond van de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) verplicht om zich ervoor in te spannen om zo begrijpelijk mogelijk te communiceren en te zorgen voor «informed consent». Zorgverleners moeten in staat zijn om zorg op maat te leveren, rekening houdend met de achtergrond en vaardigheden van een persoon.

52

Heeft u informatie waaruit blijkt dat het mogelijk is om zonder inzet van extra middelen de verschillen in (ervaren) gezondheid significant te verminderen?

Die informatie heb ik niet, net zo min als dat ik informatie heb dat extra geld per definitie helpt. Algemene ervaringen in binnen- en buitenland wijzen uit dat alleen effect behaald wordt met langdurig volhouden en op verschillende terreinen gelijktijdig ingezette maatregelen. Zie ook het antwoord op vraag 70.

53

Hoe zal ervoor worden gezorgd dat zorgaanbieders beter dan nu het geval is het belang van preventie gaan inzien? Hoe zullen zij worden aangespoord om preventie een prominentere plek te geven binnen de gezondheidszorg?

Ook op dit moment doen zorgaanbieders diverse activiteiten rondom preventie. Jaarlijks vaccineren bijvoorbeeld huisartsen ongeveer 3,5 miljoen geïndiceerden tegen influenza en worden ongeveer 800.000 vrouwen uitgenodigd voor een uitstrijkje in de huisartspraktijk ten behoeve van screening op baarmoederhalskanker. Daarnaast kan de huisarts mensen doorgeleiden naar leefstijlprogramma's of ondersteuning bij het stoppen met roken en worden richtlijnen op basis van onderzoek continu aanpast, zoals op het gebied van preventie bij COPD. Naast deze huidige activiteiten kan de preventie rol binnen de zorg verder versterkt worden.

Daarnaast hebben diverse zorgaanbieders, binnen de partijen van de Agenda van de Zorg (zie vraag 74), het thema preventie opgepakt en hebben wij onlangs de aanbevelingen en acties voor preventie in de wijk ontvangen. We verwachten eind januari de voorstellen voor preventie en arbeid van de partijen van de Agenda van de Zorg te ontvangen. Hierna zullen deze voorstellen worden besproken en verder worden uitgewerkt met en door de partijen. Voor de zomer van 2014 zullen wij u hierover informeren.

54

In hoeverre bent u van mening dat mensen met een lage sociaaleconomische status en lage gezondheidsvaardigheden in staat zijn om gezondere keuzes te maken als de omgeving dit beter stimuleert? Wat zijn eventuele belemmeringen en hoe wordt hierop ingezet?

Zie vraag 16.

55

Er zijn veel verschillende landelijke en lokale programma's. Hoe verhoudt de conclusie: «harde cijfers laten zien dat deze aanpak succes heeft» zich met de conclusies van het rapport «De integrale aanpak leefstijlondersteuning in achterstandswijken ondanks goede initiatieven nog onvoldoende» van de IGZ (d.d. november 2013)? Kan worden aangegeven welke conclusies en aanbevelingen worden overgenomen?

De eerste cijfers van JOGG, Urban 40 en Gezonde Wijk Overvecht laten een positieve ontwikkeling zien. Het gaat hierbij om resultaten over de langere termijn. Doordat het IGZ-onderzoek relatief kort na de invoering van de randvoorwaarden is uitgevoerd kunnen de resultaten verschillen. Het IGZ onderzoek laat echter ook zien dat er wel stappen gemaakt worden en dat de verschillende partijen op weg zijn. Terwijl het IGZ onderzoek zich specifiek richt op zorg, hebben de verschillende programma's vaak een bredere inzet. Ook dit kan een verklaring zijn voor de verschillen. Wij onderkennen dat er nog stappen gemaakt moeten worden, bijvoorbeeld waar het gaat om het breder verspreiden van de resultaten en opschalen van werkzame initiatieven.

De aanbeveling die de IGZ aan VWS doet heb ik overgenomen, zoals in de brief van 21 november 2013 (Kamerstuk 32 793, nr. 108) heb toegezegd. De IGZ beveelt VWS aan om de resultaten uit haar onderzoek bij de uitvoering van het NPP te gebruiken. Dit is vooral terug te vinden in de integrale focus van het programma en de verbindingen die gemaakt

worden tussen partners binnen en buiten de zorg. Het NPP zet zich nadrukkelijk in voor wijkgericht werken aan gezondheid.

Zie ook vraag 33.

56

Waaruit bestaat de huidige structurele integrale aanpak in wijken om de gezondheid van mensen in kwetsbare posities te verbeteren? In hoeverre zal de effectieve integrale wijkaanpak worden geborgd in het programma?

Zoals aangegeven in het NPP Alles is Gezondheid is in het e-boek Gezonde wijk in praktijk aangegeven hoe deze structurele integrale aanpak in wijken handen en voeten heeft gekregen. Bij een structurele integrale aanpak

gaat het om het wijkgericht werken aan gezondheid waarbij gezorgd wordt voor een goed toegankelijk (zorg)aanbod in de wijk, om het aansluiten bij de leefwereld van bewoners, het zorgen voor een gezonde leefomgeving en het stimuleren dat mensen actief mee kunnen doen aan de maatschappij. Daarin staan ook voorbeelden van gemeenten die met deze aanpak goede resultaten bereiken. Naast het e-boek is ook meer informatie te vinden in de Handreiking Gezonde Wijk van het RIVM, de handreiking Gezonde Gemeente en de GezondOntwerpWijzer.

Als onderdeel van het NPP Alles is Gezondheid wordt ingezet op het stimuleren van het wijkgericht werken aan gezondheidsachterstanden. Daarbij zal worden samengewerkt met enkele kennisinstellingen en landelijke organisaties, zodat gemeenten op hun verzoek optimaal ondersteund kunnen worden. Op die wijze verwachten we dat de effectieve integrale wijkaanpak geborgd gaat worden bij een groot aantal gemeenten in wijken waar sprake is van achterstandsproblematiek.

57

Waarom is 2030 gekozen als streven om van iedere school een gezonde school te maken? Wat zijn de mogelijkheden om dit proces te versnellen? Welke belemmeringen ervaren scholen om zich om te vormen tot een gezonde school? Hoe worden zij gefaciliteerd?

Tijdens de totstandkoming van het NPP is er voor gekozen om langjarige doelen vast te stellen voor 2030 op drie terreinen. Een van de terreinen is onderwijs. Zoals aangegeven in het NPP is preventie iets van de lange adem en er is vaak een lange tijdsspanne tussen (beleids)activiteiten en gezondheidseffecten.

Daarnaast kenmerken de activiteiten ten aanzien van gezondheidsbevordering voor het onderwijs zich door het actief aansluiten bij de eigen verantwoordelijkheid van de scholen: de scholen bepalen zelf op welke wijze ze gezondheidsbevordering invullen. Bij elkaar maakt dit de inzet hierop in sommige gevallen een weg van overtuigen, motiveren en aansluiten bij de doelgroep. Hiervoor worden alle partijen die bepalend zijn in de thema's sport, bewegen en een gezonde leefstijl in en rondom het onderwijs betrokken. Het gaat hier nadrukkelijk niet alleen om partijen uit het gezondheidsveld, maar ook partijen vanuit het onderwijsveld. De ambities, programma's en instrumenten ten aanzien van de Gezonde School zijn daarmee niet alleen voor het onderwijs, maar ook door het onderwijs. Op deze manier wordt beter aangesloten bij de behoefte van scholen. Dit blijkt onder meer ook uit het feit dat meer dan duizend aanvragen zijn ingediend voor het ondersteuningsaanbod. Dit ondersteuningsaanbod is een van de manieren waarop scholen gefaciliteerd kunnen worden om een Gezonde School te worden. Andere manieren zijn onder meer de mogelijke ondersteuning van het verwezenlijken van een Gezond

Schoolplein, het vignet Gezonde School, de Gezonde School aanpak, de buurtsportcoaches en de verschillende programma's en interventies waar scholen gebruik van kunnen maken. Het bovenstaande maakt allemaal onderdeel uit van één integraal, samenhangend aanbod van Gezonde-School.nl, voor en door het onderwijs in samenwerking met gezondheidspartijen. Met dit aanbod wordt geprobeerd de grootste belemmeringen, namelijk tijd en prioriteit, te adresseren.

58

In hoeverre wordt er met het gezonde school vignet rekening gehouden met het aanbod van ongezonde producten in de omgeving naast de schoolpleinen?

Bij het Vignet Gezonde School gaat het in de eerste instantie om het creëren van een gezonde omgeving op school. De school moet hierbij voldoen aan de wettelijke eisen die t.a.v. verschillende gezondheidsthema's geldig zijn. Daarnaast zijn per thema criteria opgesteld t.a.v. beleid, educatie, signalering en omgeving. Bij de pijler «omgeving» gaat het met name om die aspecten waar de school invloed op kan uitoefenen bijvoorbeeld het gebouw, het schoolplein en het betrekken van partners en ouders. Voor de pijler «beleid» wordt ingezet op het structureel verankeren hiervan in het schoolbeleid. Een school kan hiervoor bijvoorbeeld afspraken maken over (het verlaten van) het schoolplein tijdens lesuren of met de gemeente en/of supermarkten in overleg te gaan over het aanbod rond de school.

59

Betreft het gezonder en groener maken van publieke ruimtes alleen nieuw aan te leggen ruimtes of worden bestaande ruimtes met terugwerkende kracht ook gezonder en groener gemaakt binnen het programma?

Het inrichten van de publieke ruimte is de verantwoordelijkheid en bevoegdheid van het lokaal bestuur. Zij heeft daarover de regie en bepaald in samenspraak met de gemeenteraad, burgers en andere partijen het proces en de prioriteiten. Daarbij kan het zowel gaan om nieuwe als oude ruimtes. Met de acties zoals die in deel twee van het NPP geformuleerd zijn, willen we gemeenten ondersteunen bij deze ontwikkelingen.

60

In hoeverre wordt er binnen het programma verbinding gemaakt met het Ministerie van SZW om mensen aan het werk te houden en te krijgen? In hoeverre worden groepen met grote afstand tot de arbeidsmarkt geholpen?

Het Ministerie van SZW en het Ministerie van VWS trekken hierin samen op. Op initiatief van beide departementen is in juni 2013 een project gestart om mensen met psychische aandoeningen aan het werk te helpen en te houden. Het project kent een Stuurgroep waaraan onder meer VNG, Zorgverzekeraars Nederland, VNO-NCW, UWV, GGZ Nederland en LPGGZ deelnemen, onder gedeeld voorzitterschap van de Staatssecretarissen van SZW en VWS.

Het project ziet op verbetering van de positie van zowel werkenden als niet-werkenden met psychische aandoeningen. Er zijn tien «sleutels» benoemd die de belangrijkste knelpunten en oplossingsrichtingen samenvatten. Deze sleutels worden nader uitgewerkt in concrete acties gericht op alle betrokken partijen, zoals hulpverleners, gemeenten, werkgevers en cliëntenorganisaties. Het project verbindt bestaande trajecten (bijvoorbeeld omtrent duurzame inzetbaarheid, Samen sterk tegen Stigma) met nieuwe initiatieven, bijvoorbeeld op het gebied van

cultuuromslag integrale samenwerking en afstemming van regelgeving en financiering.

Zo heeft de Nederlandse Vereniging voor Arbeidsdeskundigen (NVvA) het initiatief genomen om te werken aan een cultuuromslag bij professionals en werkgevers. Dit doet zij samen met 20 andere beroepsverenigingen. Het project moet resulteren in een format voor gezamenlijke nascholing. Deze nascholing is bedoeld om het handelen van professionals meer te richten op mogelijkheden dan op beperkingen, op zelfregie van de betrokkene en het faciliteren van de werkgever.

In het kader van het project gaf de Staatssecretaris van SZW op 14 november 2013 het startschot voor een vijftal «Voorbeeldprojecten». Hierin werken gemeenten, UWV, GGZ en verzekeraars de komende jaren intensief samen om de re-integratie en gezondheid van uitkeringsgerechtigden met een grote afstand tot de arbeidsmarkt en met gezondheidsproblemen te bevorderen. Leerpunten worden breed verspreid.

61

Is er bij de Gezonde School ook aandacht voor ondergewicht en eetstoornissen als anorexia? Zijn hier ook doelstellingen over afgesproken of heeft alleen overgewicht uw aandacht? Kunt u een overzicht geven, per leeftijdscategorie, van de incidentie van eetstoornissen over de afgelopen 10 jaar?

Ondergewicht is net als overgewicht meegenomen in het themacertificaat Voeding van het vignet Gezonde School. In het kader van Gezonde School zijn geen themaspecifieke doelstellingen afgesproken, ook niet over ondergewicht en eetstoornissen. De eetstoornissen anorexia nervosa en boulimia nervosa komen gelukkig relatief weinig voor. Uit het rapport «Voor dik en dun – Preventie van overgewicht en obesitas en het risico op eetstoornissen» van de Gezondheidsraad (Kamerstuk 31 899 nr. 18) blijkt van de vrouwen van 15–29 jaar 0,4% anorexia nervosa en 1,5% boulimia nervosa te hebben. Hierbij dient wel de kanttekening geplaatst te worden dat deze getallen waarschijnlijk een onderschatting van het werkelijke aantal mensen (mannen en vrouwen) met eetstoornissen vormen. Eetstoornissen zijn niet altijd duidelijk te herkennen en mensen met een eetstoornis vermijden vaak professionele hulp.

62

(4. Doelstellingen). Het verbeteren van de gezonde levensverwachting van laagopgeleiden wordt genoemd naast de drie hoofdterreinen. Is het verbeteren van deze levensverwachting daarmee een hoofddoel van het programma?

Ja. Het programma legt de focus van zijn activiteiten op de drie genoemde terreinen. Met die activiteiten beoogt het programma drie doelen te halen, waaronder de ambitie om het verschil in levensverwachting in goede (ervaren) gezondheid tussen hoog- en significant te verminderen.

63

Wanneer is er resultaat te verwachten van het gesprek met de Ministeries van Economische Zaken en Infrastructuur en Milieu, gemeenten, ontwerpers en betrokken organisaties? Aan welke concrete acties wordt gedacht?

Het betreft niet één gesprek maar een proces waarin meerdere gesprekken gevoerd worden. De gesprekken zullen de komende jaren plaatsvinden en erop zijn gericht om gezondheid een vast onderdeel te laten worden van het ontwerp van publieke ruimte. Dit is immers nog lang niet altijd een vanzelfsprekendheid. Vooralsnog worden geen concrete

acties voorzien. De gesprekken zijn vooral bedoeld om betrokkenen te motiveren en te inspireren. Daar waar mogelijk wordt de benodigde kennis en kunde van de rijksoverheid ingezet.

64

Wanneer wordt de Kamer geïnformeerd over de voortgang van afspraken over samenwerking en netwerkfunctie van zorgverleners in de buurt die momenteel worden gemaakt? En wanneer wordt de Kamer geïnformeerd over de voortgang van het dusdanig inrichten van het zorgsysteem dat het voor zorgverleners loont om tijd en energie te besteden aan het gezond houden van mensen? In hoeverre kan populatiegebonden uitkomstbekostiging hierin een rol gaan spelen en wat is hier de stand van zaken?

De samenwerking en netwerkfunctie van zorgverleners is één van de onderwerpen die de partijen van de Agenda van de Zorg meeneemt in de aanbevelingen van preventie in de wijk. Voor de zomer van 2014 zullen wij u informeren over de uitwerking en het vervolg van deze aanbevelingen.

Eén van de uitgangspunten van het nieuwe bekostigingsmodel van de eerstelijnszorg is dat door middel van populatiegebonden kenmerken in het model de financiering van zorg wordt aangepast aan de zorgvraag van een groep mensen. Daarmee wordt maatwerk beter mogelijk. Het model zal daarnaast een impuls bevatten voor samenwerking van diverse vormen van zorg. Ook zal het belonen van (gezondheids)uitkomsten mogelijk zijn. De kracht van het nieuwe model is gelegen in de samenwerking van de verschillende segmenten. Het model bestaat uit drie segmenten te weten de basisvoorziening huisartsenzorg, de multidisciplinaire samenwerking bij chronische zorg en het belonen van uitkomsten. Door ruimte in te bouwen voor praktijkgebonden afspraken en het belonen op uitkomsten, kunnen partijen zich onderscheiden en in gezamenlijk overleg bepalen welke zorg het beste past bij de ingeschreven patiëntenpopulatie. Op dit moment werkt de NZa met relevante partijen aan een advies over de uitwerking van het bekostigingsmodel. Ik word door de NZa in februari 2014 geadviseerd en zal u vervolgens in april informeren over mijn besluit en vervolgstappen.

65

Welke partijen dragen de verantwoordelijkheid voor het op peil houden van gezondheidsbescherming en het hoofd bieden aan nieuwe bedreigingen voor de volksgezondheid? Is internationale samenwerking op dit gebied ook geborgd binnen het programma? Welke concrete bedreigingen baren momenteel zorgen en welke activiteiten worden ondernomen om deze bedreigingen tegen te gaan?

In Nederland is een groot aantal partijen actief op het gebied van gezondheidsbescherming, zowel binnen het VWS-domein als binnen het domein van andere departementen. Het Nationaal Programma Preventie (NPP) wil de samenhang tussen gezondheidsbescherming in verschillende sectoren bevorderen.

Een groot deel van de reguliere gezondheidsbeschermende activiteiten vindt buiten de scope van het NPP plaats. Voor de inzet op gezondheidsbescherming vanuit VWS is informatie opgenomen in de VWS Begroting 2014. We hebben een adequaat stelsel om risico's voor infectieziekten (waaronder zoönosen) en rampen/crisis te voorkomen, tijdig te signaleren en daarop te reageren. Het RIVM vervult op landelijk niveau daarin een spilfunctie. Regionaal zijn de GGD'en actief hierbij betrokken. Op 6 november jl. is de nieuwe Europese beslissing met betrekking tot grensoverschrijdende gezondheidsbedreigingen van kracht geworden.

Deze beslissing maakt het mogelijk dat landen samenwerken op het gebied van voorbereiding op en bestrijding van grensoverschrijdende gezondheidsbedreigingen. In de beslissing is voorzien in een systeem waarbij op Europees niveau risk assessments gemaakt worden en maatregelen en communicatie worden afgestemd, zonder in de eigenstandige autonome beslissingsbevoegdheid van de lidstaten te treden. Ook maakt de beslissing het lidstaten mogelijk om (vrijwillig) gezamenlijk medicijnen en vaccins aan te schaffen, bijvoorbeeld bij een dreigende uitbraak van een infectieziekte.»

Een zeer concrete dreiging vormt de toenemende problematiek rond de antimicrobiële resistentie. Dit leidt steeds vaker tot infecties met bacteriën die resistent zijn tegen de gebruikelijke geneesmiddelen en zelfs tot infecties waar tegen geen geneesmiddel meer beschikbaar is. Dit probleem vergt een brede aanpak waarbij veel organisaties betrokken zijn: RIVM, GGD'en, zorgpartijen (zoals ziekenhuizen, verpleeghuizen en huisartsen) maar ook de veterinaire sector. Wij beschouwen de aanpak van antimicrobiële resistentie als een speerpunt van ons beleid en heb u onder andere in mijn brief van 2 juli 2013 geïnformeerd over mijn aanpak (Kamerstuk 32 793, nr. 91).

Het huidige hoge niveau van veiligheid van producten en voedsel in Nederland moet minimaal behouden blijven. De verantwoordelijkheid hiervoor ligt primair bij het bedrijf dat het product op de markt brengt. De overheid schept wettelijke randvoorwaarden. De Nederlandse Voedsel en Waren Autoriteit (NVWA) controleert en handhaaft de regels voor product- en voedselveiligheid. De regelgeving voor beide terreinen wordt grotendeels vastgesteld in de Europese Unie (EU). Inzet op harmonisatie van deze regelgeving vraagt blijvende aandacht, net als onderzoek en monitoring naar potentiële nieuwe risico's. Er zal een forse versterking van de NVWA plaats hebben, zoals aan uw Kamer is gemeld (Kamerstuk 33 835, nr. 1 d.d. 19 december 2013).

66

In hoeverre draagt het programma bij aan het meer bespreekbaar maken van stress op de werkvloer? Hoe kan hier worden gezorgd voor een cultuuromslag?

De Minister van SZW ziet de aanpak van psychosociale arbeidsbelasting (PSA) als een van de grote uitdagingen voor de komende periode. De Minister van SZW heeft daarom eind 2013 de Tweede Kamer geïnformeerd over de hoofdlijnen van het plan van aanpak psychosociale arbeidsbelasting (Kamerstuk 25 883, nr. 27). In het voorjaar volgt een uitgewerkt programma van activiteiten. De uitvoering van het plan van aanpak PSA start in april 2014 en duurt vier jaar.

In veel bedrijven en organisaties is het vroegtijdig en veilig bespreken van psychosociale arbeidsbelasting nog taboe, terwijl dat juist een belangrijke voorwaarde is voor het effectief voorkomen van uitval. Deze aanpak moet dat taboe doorbreken en een cultuuromslag in bedrijven bevorderen, waarbij de mentale weerbaarheid en daarmee het werkplezier en arbeidsproductiviteit van werknemers gestimuleerd wordt. Naast het benaderen van de sociale partners wordt een belangrijke rol daarin toebedeeld aan intermediairs (arboprofessionals, bedrijfsartsen, verzoekers enzovoorts).

De bespreekbaarheid van psychosociale arbeidsbelasting (PSA) kan de weg bereiden voor bespreekbaarheid op de werkvloer van andere psychische klachten en aandoeningen. De kennis over en ervaring met de aanpak van PSA worden dan ook benut voor het project van de Minis-

teries van SZW en VWS om mensen met psychische aandoeningen aan het werk te helpen en te houden (zie vraag 60).

67

In hoeverre wordt er momenteel geïnvesteerd in onderzoek naar nieuwe effectieve methoden van vroegopsporing en screening? In hoeverre is de investering hierin blijvend?

Onderzoek naar nieuwe methoden van vroege opsporing (screening) wordt voor een belangrijk deel uitgezet door ZonMw. Het onderzoek loopt van fundamenteel (op celniveau) en translationeel (overgang van preklinisch naar klinisch) tot onderzoek gericht op toepassing in de screeningspraktijk. Bij dit laatste type onderzoek kan men denken aan onderzoek naar effecten en doelmatigheid van nieuwe screeningsmethoden en -tests teneinde hun geschiktheid voor bredere invoering vast te stellen. De meeste onderzoeken gaan over vroege opsporing van kanker, chronische aandoeningen en aangeboren afwijkingen. Zo is de afgelopen jaren veel onderzoek verricht naar screening op dikke darm kanker in de aanloop naar het bevolkingsonderzoek dat deze maand start.

De investering in het toepassingsgerichte screeningsonderzoek wordt gecontinueerd binnen het vijfde preventieprogramma. Het voorgenomen budget voor de komende vier jaar is € 6 miljoen.

68

Hoe gaat de nieuwe bekostigingssystematiek voor huisartsen, zoals vastgelegd in het zorgakkoord, in het voordeel van preventie werken? Welke preventie-impuls gaan uit van deze systematiek? Zijn huisartsen zich hiervan voldoende bewust? Verwacht u meer nadruk op preventie in de huisartsenpraktijk na de komst van de nieuwe bekostigingssystematiek?

Zie vraag 64.

69

Psychosociale belasting wordt beschouwd als het grootste risico voor uitval op de werkvloer. Is ook onderzocht in hoeverre al die aandacht voor leefstijl zoals roken en overgewicht, juist stress en uitval veroorzaakt vanwege het niet kunnen voldoen aan het predicaat van de «gezonde werknemer»?

Psychosociale arbeidsbelasting is inderdaad een groot risico voor uitval op de werkvloer. Om dit te voorkomen moeten werknemer en werkgever (vroegtijdig) met elkaar het gesprek voeren over ervaren werkstress en mogelijke maatregelen. Aandacht voor leefstijl kan daarbij ook aan de orde komen. De specifieke relatie tussen het ervaren van stress en het niet kunnen voldoen aan het ideaalbeeld van «gezonde werknemer» is voor zover mij bekend niet onderzocht.

70

Heeft u informatie waaruit blijkt dat het mogelijk is om zonder inzet van extra middelen de verschillen in (ervaren) gezondheid significant te verminderen in de komende 15 jaar? Bent u bekend met projecten zoals bijvoorbeeld in Finland (regio Noord-Karelië) waar door forse en langdurige investeringen successen zijn behaald?

Die informatie heb ik niet, net zo min als dat ik informatie heb dat extra geld per definitie helpt. In Finland heeft men (o.m. in Noord Karelië) ingezet op een integrale aanpak en samenwerking met andere beleidssectoren. Ook dit programma richt zich hierop. Algemene ervaringen in

binnen- en buitenland wijzen uit dat alleen effect behaald wordt met langdurig volhouden en op verschillende terreinen gelijktijdig ingezette maatregelen.

71

Op welke wijze gaat u gemeenten betrekken bij het bereiken van de doelstellingen? Hoe verhouden deze doelstellingen zich tot de beleidsverantwoordelijkheid van gemeenten in het kader van de Wet publieke gezondheid (Wpg) en in het kader van de decentralisaties?

De doelstellingen bouwen voort op de speerpunten die in de landelijke nota gezondheidsbeleid zijn geformuleerd (mei 2011) (Kamerstuk 32 793, nr. 1). De gemeenten hebben deze, in het kader van de Wpg, meegenomen in hun eigen nota's gemeentelijke gezondheidsbeleid. Het is nu aan gemeenten om op lokaal niveau slimme verbindingen te maken tussen hun lokaal gezondheidsbeleid en de uitvoering van decentralisaties. Daarbij kunnen ze onder andere gebruikmaken van bestaande en nieuwe landelijke ondersteuningsprogramma's in het kader van de transities, het preventieprogramma van ZonMw, het programma Sport en Bewegen in de Buurt, JOGG en samenwerkingstrajecten met het RIVM.

72

Op welke wijze ondersteunt de overheid werkgevers en werknemers in bedrijven om een gezondere leefstijl bij kleinere bedrijven te stimuleren en waaruit bestaat dan die relevante kennis, instrumenten en goede praktijken?

Het Ministerie van SZW is in april 2012 gestart met het project duurzame inzetbaarheid, met als doel het thema hoog op de agenda te zetten bij werkgevers en werknemers, en te stimuleren en faciliteren dat zij er op de werkvloer mee aan de slag gaan. In dat kader is uitvoering gegeven aan communicatiecampagnes, aan het organiseren van bijeenkomsten voor werkgevers en werknemers, en het rechtstreeks faciliteren van MKB werkgevers. Bij het faciliteren van MKB werkgevers staat de vraag van de ondernemer centraal: die kan betrekking hebben op gezonde leefstijl en gezond en veilig werken, maar ook op de organisatie van het werk, betrokkenheid van medewerkers, leercultuur, arbeidsmobiliteit of andere zaken.

Op verzoek van het Ministerie van SZW agendeert MKB-Nederland het thema duurzame inzetbaarheid onder de noemer *Elke Dag Beter* op bijeenkomsten van MKB ondernemers. In april 2013 is de *Elke Dag Beter Award* uitgereikt aan de MKB ondernemer die op de meest aansprekende wijze investeert in zijn medewerkers.

De overheid agendeert een gezondere leefstijl op de werkvloer van kleine bedrijven met het Actieplan Gezond Bedrijf. Landelijk wijzen radiospotjes werkgevers en werknemers naar de website www.duurzameinzetbaarheid.nl.

Op deze site wordt voorlichting geboden over een gezonde leefstijl (<http://duurzameinzetbaarheid.nl/verhalen/theme/2>).

Daarnaast stimuleert de overheid bedrijven met subsidieregelingen. In 2012–2013 konden bedrijven gebruik maken van vouchers van 3.000 euro in het kader van Actieplan Gezond bedrijf. Momenteel kunnen sectoren een beroep doen op de regeling cofinanciering sectorplannen als hun aanvraag voldoet aan minimaal twee van de zeven thema's waarvoor subsidie mogelijk is. Duurzame inzetbaarheid waaronder leefstijl, is één van deze zeven thema's. Bovendien komt er een nieuwe Europees Sociaal

Fonds-E regeling voor bedrijven waarin subsidie voor duurzame inzetbaarheid mogelijk wordt.

73

Wanneer is het plan van aanpak gereed om de trend om te buigen dat psychosociale belasting het grootste risico van ziekte en uitval op de werkvloer is?

De Minister van SZW heeft eind 2013 de Tweede Kamer geïnformeerd over de hoofdlijnen van het plan van aanpak psychosociale arbeidsbelasting. In het voorjaar volgt een uitgewerkt programma van activiteiten.

74

Is het mogelijk om de plannen van de zorgpartijen in de Agenda voor de Zorg om preventie steviger te verankeren voor het notaoverleg naar de Kamer te sturen?

We hebben onlangs het eerste deel van de bijdrage van de partijen voor de zorg ontvangen, de aanbevelingen en acties voor preventie in de wijk. Het tweede deel omtrent arbeid en zorg ontvangen wij naar verwachting eind januari. Deze voorstellen willen wij nog graag bespreken met deze partijen en verder uitgewerkt zien door die partijen. Voor de zomer zullen wij u hierover informeren.

75

Wanneer is de uitkomst van het intensief onderzoek en overleg over hoe financiële prikkels in het zorgsysteem zo georganiseerd kunnen worden dat het voor zorgverleners loont om tijd en energie te besteden om mensen gezond te houden?

Er is geen sprake van één onderzoek of overleg wat ingaat op alle financiële prikkels in het zorgsysteem. Er zijn diverse trajecten en ontwikkelingen in dit kader. Zoals het nieuwe bekostigingsmodel van de eerstelijnszorg per 2015 waarbij belonen van (gezondheids)uitkomsten mogelijk zal zijn (zie antwoord 64). Het Kabinet wordt door de NZa in februari 2014 geadviseerd en wij zullen u vervolgens in april informeren over ons besluit en vervolgstappen. Daarnaast volg ik de proeftuinen «betere zorg tegen minder kosten» waar u begin 2014 een eerste beschrijving van ontvangt en loopt op dit moment een onderzoek naar populatiekenmerken.

76

Wat verwacht u van de zorgverzekeraars als het gaat om het structureel borgen van preventie voor hun verzekerden?

Van verzekeraars verwachten wij dat zij hun zorgplicht voor de verzekerde goed invullen, ook waar dit geïndiceerde preventieve zorg betreft. In het huidige basispakket zijn al veel preventieve activiteiten opgenomen. Het gaat dan bijvoorbeeld om preventieve medicatie zoals cholesterolverlagers of bloeddrukverlagers voor mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten. Ook de anticonceptiepil, de (grotendeels preventieve) controles van zwangere vrouwen door verloskundigen, de preventieve tandartscontroles voor jongeren en dieetadvisering zijn opgenomen in het basispakket. Tot slot maken ook leefstijladviezen, bijvoorbeeld bij chronische aandoeningen, deel uit van reguliere zorg en hiermee van de zorgplicht van verzekeraars.

77

Wat is de stand van zaken van het onderzoeksprogramma preventie van ZonMw?

Zie vraag 28 deel 2.

78

Wat hebben de academische werkplaatsen op het gebied van preventie opgeleverd? En waarom worden die werkplaatsen afgeschaft?

Een belangrijke randvoorwaarde van het vervolgprogramma Academische Werkplaatsen Publieke Gezondheid (2009–2012) was de verankering van de opgebouwde kennisinfrastructuur en het op eigen benen staan van de werkplaatsen. De elf Academische Werkplaatsen Publieke Gezondheid die sinds 2005 opgericht zijn, gaan zelfstandig door omdat is gebleken dat hun onderzoeken een belangrijke meerwaarde hebben voor het regionale en lokale gezondheidsbeleid. Voor de uitvoering van hun onderzoeken putten de Academische Werkplaatsen Publieke Gezondheid uit eigen middelen van de deelnemende partijen (gemeenten en hun GGD'en en universiteiten). Daarnaast wordt voor onderzoek een beroep gedaan op externe middelen. Inmiddels zijn ruim 150 kleine en grote onderzoeken op het terrein van de publieke gezondheid uitgevoerd. Bij een groot deel daarvan speelt preventie (in de praktijk) een rol, variërend van milieufactoren tot vaccinatie en van invoering van de nieuw drank- en horecaregels tot het voorkomen van gedwongen huisuitzettingen. Uitgebreide informatie is te vinden op www.awpg.nl, dat ook dient als platform voor het breder delen van ervaringen.

79

Zijn de voorstellen van zorgpartijen verenigd in de Agenda voor de Zorg om preventie een prominente plek in de zorg te geven inmiddels bekend? Zo ja, kunt u die uiteenzetten?

We hebben onlangs het eerste deel van de bijdrage van de partijen voor de zorg ontvangen, de aanbevelingen en acties voor preventie in de wijk. Het tweede deel omtrent arbeid en zorg ontvangen wij naar verwachting eind januari. Deze voorstellen willen wij nog graag bespreken met deze partijen en verder uitgewerkt zien door die partijen. Voor de zomer zullen wij u hierover informeren.

80

Welke preventiemogelijkheden zijn inmiddels gevonden binnen het Deltaplan Dementie?

Preventie heeft binnen alle pijlers van het Deltaplan Dementie aandacht. Vanaf het voorjaar 2013 zijn partijen begonnen met de verder uitwerking van het Deltaplan, het verder vormgeven van de governancestructuur en de verdere invulling van het onderzoeksprogramma dat een onderdeel van het Deltaplan is. Het verantwoord opzetten en uitvoeren van onderzoeks- en innovatieprojecten kost echter tijd. Inmiddels is voor het onderzoeksprogramma «Memorabel» bij ZonMW de eerste oproep voor projectideeën gesloten. Memorabel kent vier thema's, te weten:

- 1) Oorsprong en mechanisme van de ziekte;
- 2) Diagnostiek;
- 3) Behandeling en preventie;
- 4) Doelmatige zorg en ondersteuning.

Voorstellen voor onderzoek naar het voorkomen en/of vertragen van dementie kunnen vooral worden verwacht op grond van het eerste thema en het derde thema. Er zijn 137 voorstellen binnengekomen bij ZonMw. In de loop van 2014 zullen de geselecteerde projecten van start gaan. Daarnaast maakt preventie onderdeel uit van de Zorgstandaard Dementie (ZSD). Voor de implementatie van de ZSD wordt binnen het Deltaplan Dementie een praktijkverbeter-programma gestart. Aan Vilans is gevraagd

om, in nauwe samenwerking met betrokken partijen, een dergelijk programma te ontwerpen.

81

Het programma wordt voor een periode van drie jaar aangegaan. Hoe kan gegarandeerd worden dat de resultaten en veelbelovende projecten na 2016 niet verdwijnen? Hoe kan gegarandeerd worden dat na 2016 niet opnieuw allerlei goedbedoelde initiatieven starten waarmee het wiel (weer) opnieuw wordt uitgevonden?

Het is altijd moeilijk om harde garanties te geven. Wel is er met het inzetten van deze brede beweging, de wil van veel partners om gezamenlijk aan dezelfde doelen te werken, de ingezette structuur rond het Centrum Gezond Leven, Nederlands Instituut voor Sport en Beweging en Nederlands Jeugdinstituut om met erkende interventies te werken en het overleg en onderzoek om prikkels zo in te richten dat preventie een vaste plek in de zorg krijgt, vertrouwen dat de beoogde opschaling bereikt wordt en de resultaten vastgehouden kunnen worden. We willen geen tijdelijke, door de overheid gefinancierde projecten, maar structurele inbedding van aandacht voor preventie in het reguliere werk. De ervaring met dit programma kan ook gebruikt worden om te bezien wat er na 2016 daarvoor nodig is.

82

In hoeverre gaat een groot deel van het programma eigenlijk pas in 2015 van start, aangezien er nog veel onderhandelingen lopen om tot concrete afspraken tussen partijen te komen? In hoeverre dreigen deze onderhandelingen vast te lopen? Welke onderhandelingen lopen stroef en hoe verhoudt zich dit tot de gestelde doelstellingen?

Een groot aantal activiteiten loopt al en de meerderheid gaat in 2014 van start. Een klein deel van de activiteiten zal misschien pas in 2015 beginnen omdat gesprekken op dit moment nog in een verkennende fase zitten. We hebben geen indicaties dat gesprekken stroef verlopen en verwachten op dit moment dan ook geen invloed op de gestelde doelen.

83

In hoeverre is het ontbreken van centrale sturing door één projectorganisatie geen gemis in een programma dat juist gericht is op een integrale, verbindende aanpak? Hoe worden de diverse ontplooidde activiteiten in samenhang gebracht en wie draagt hiervoor de verantwoordelijkheid? Wie kan de Kamer aanspreken als in 2016/2030 blijkt dat (een deel van) de doelstellingen niet zijn bereikt?

De aard van de brede aanpak op vele terreinen en met vele actoren, elk met hun eigen verantwoordelijkheidslijnen maakt centrale sturing door één projectorganisatie onmogelijk. Hoe zou een enkele projectorganisatie in staat zijn om alle preventie activiteiten van werkgevers, schoolorganisaties, zorgpartijen of gemeenten aan te sturen? Vandaar dat gekozen is voor een programma met een duidelijke netwerkstructuur en een goede ondersteuning door een klein programmabureau. Het aanbrengen van de samenhang is de taak van het Platform Alles is Gezondheid..., een groep van ongeveer 20 vertegenwoordigers van zowel overheidsorganisaties als de belangrijkste niet-overheidspartners die de verbindingen leggen en kennis, ervaring en netwerk met elkaar delen.

Het is ook de taak van de Alles is gezondheid...-inspiratoren, vertegenwoordigers van een zestal toonaangevende organisaties van zowel overheid als private kant, die eenmaal per jaar op hoog ambtelijk niveau en eenmaal op politiek bestuurlijk niveau bij elkaar komen. Het behalen

van de langjarige doelstellingen is een gezamenlijk ambitie van alle partners. Wat betreft de outputdoelstellingen in 2016 is de regering verantwoordelijk voor de activiteiten waar rijksoverheidonderdelen leidend zijn. De Minister van VWS zal namens de regering in 2016 verslag doen van de vorderingen van het programma, de uitkomsten van de evaluatie en van het Kabinetsstandpunt daarop.

84

In hoeverre dragen bewindslieden van andere departementen medeverantwoordelijkheid voor het behalen van doelstellingen? Hoe is dit vormgegeven?

Iedere partner, publieke en private, waarvan de activiteiten en outputdoelstellingen zijn opgenomen in het programma of waarvoor een pledge (plechtige belofte) is opgesteld, is zelf verantwoordelijk voor het behalen van de eigen doelstellingen die bijdragen aan het behalen van de langjarige doelstellingen. Dat geldt ook voor de andere departementen. VWS heeft daarnaast een overkoepelende rol en houdt, samen met het programmabureau, de vinger aan de pols.

85

Welke organisatie is belast met de aansturing en monitoring van de voortgang van het programma? Hoeveel fte is vrijgemaakt voor de uitvoering van het programma en waar bestaat dit aantal fte uit? Hoe staat het aantal fte in verhouding met de te behalen doelstellingen en de ambitie van het programma?

Aan het opzetten van de programmaorganisatie wordt nog nadere invulling gegeven samen met partners. Er wordt gedacht aan een klein bureau met een vaste kern van 3–4 fte om het programma en het netwerk te ondersteunen. Het programmabureau zal samen met VWS, RIVM en ZonMw de vinger aan de pols houden ten aanzien van de voortgang en de inzet van communicatiemiddelen (website e.d.), de inzet van ambassadeurs en de organisatie van de voortgangsbijeenkomst en enkele kleinere bijeenkomsten op zich nemen. Het is de bedoeling dat alle partners bijdragen en die bijdrage kan vele vormen hebben, zoals inzet van capaciteit en kennis, kantoorruimte, ruimte voor bijeenkomsten, content voor website, bereidheid ervaringen te delen met anderen, een verbindende rol te spelen, etc. De formatieve omvang van het bureau zegt niets over de ambitie van het programma.

86

Hoe zullen successen, goede samenwerkingen en mooie bewegingen zichtbaar worden gemaakt voor andere partijen zodat zij ervan kunnen leren?

Dit zal vooral zichtbaar worden op de website, via nieuwsitems en andere communicatiemiddelen (facebook, twitter). Het programma heeft een belangrijke platformfunctie voor alle partners die successen en voorbeelden van goede samenwerking en mooie bewegingen delen in bijeenkomsten, het Alles is Gezondheid-platform en hun eigen netwerken. Ook de aan te stellen ambassadeurs spelen een belangrijke rol om de successen en goede voorbeelden uit te dragen.

87

(5. Gezondheidsachterstanden). Genoemd wordt dat het nodig kan zijn om rekening te houden met verschillen in gezondheidsvaardigheden. Zijn er situaties te noemen waarin dat niet nodig is? Hoe ziet u in dit verband de ontwikkeling richting een participatiemaatschappij en wat dat betekent voor het hebben van voldoende gezondheidsvaardigheden?

Er is steeds meer aandacht voor wat mensen zelf kunnen, wat hun mogelijkheden zijn en wat hun vaardigheden zijn. Dit komt vooral ten goede van kwetsbare groepen, waarbij het met name van belang is om rekening te houden met hun gezondheidsvaardigheden. Aan de ene kant leidt dit tot verschillende initiatieven van professionals werkzaam in preventie en de zorg. Een voorbeeld hiervan is Begrijp je Lichaam (een speciale voorlichtingsmap voor laaggeletterde patiënten), ontwikkeld door het CBO, Pharos, de Landelijke Huisartsen Vereniging, het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), Stichting Expertisecentrum ETV.nl en Stichting Lezen & Schrijven. Daarnaast heeft Pharos een training «Heb ik het goed uitgelegd?» en een Masterclass voor huisartsen in achterstandswijken ontwikkeld. De LHV heeft een toolkit voor Omgang met laaggeletterden in de huisartsenpraktijk gemaakt. Dit is slechts een aantal voorbeelden.

Aan de andere kant wordt er ook steeds meer ingezet op de zelfredzaamheid van mensen. Voorbeelden hiervan zijn www.regelhulp.nl en [opvoedenNL](http://opvoedenNL.nl). Regelhulp is een digitale wegwijzer naar zorg en ondersteuning, opgezet vanuit de Rijksoverheid en aangevuld door de gemeenten met lokale informatie en voorzieningen. Regelhulp vergroot de zelfredzaamheid van burgers en was oorspronkelijk gericht op gebruikers van de AWBZ en WMO en heeft daardoor een groot bereik. Als mensen na het lezen van de informatie verdere hulp willen, dan kan via Regelhulp direct worden doorverwezen naar de betreffende hulp- of dienstverlenende organisaties.

88

Op het programmabureau wordt gezorgd dat projecten, hun resultaten en de lessen voor iedereen vindbaar zijn. Hoe worden de resultaten gemeten?

De resultaten worden gemeten in aantallen pledges, behaalde mijlpalen en outputdoelstellingen. Dit wordt op de website en op bijeenkomsten gedeeld.

89

Bent u bereid eind 2014 alle voltooid afgesproken afspraken binnen het Nationaal Programma Preventie in een overzichtelijk schema naar de Kamer te zenden?

Eind 2014 zullen wij een voortgangsverslag naar de Kamer sturen met daarin opgenomen de vorderingen van de activiteiten voor zover bekend, de verdere afspraken voor zover deze nog niet in het programma van oktober 2013 zijn opgenomen en een overzicht van alle pledges die tot dan toe door partnerorganisaties getekend zijn.

90

Hoe behoudt u het integrale overzicht over het Nationale Programma Preventie, wanneer er niet één projectorganisatie komt met een centrale sturing en monitoring?

Zie antwoord op vraag 83.

Deel 2

1

Er wordt een groot aantal maatregelen en projecten aangekondigd. Kan per project aangegeven worden wat de verwachte opbrengst is in termen van gezondheidswinst en economisch nut, waarbij hierin een onderscheid

wordt gemaakt tussen publieke en private opbrengsten? Zo nee, wat is de ratio om (juist) deze activiteiten te ondernemen?

Het is niet mogelijk om per individuele activiteit de te verwachten bijdrage aan gezondheidswinst onomstotelijk te duiden. Juist de verbinding zal tot veel grotere resultaten moeten leiden. Wel zijn er voldoende onderzoeken en argumenten waarmee het aannemelijk te maken is dat de acties en maatregelen bijdragen aan gezondheidswinst. In toenemende mate worden projecten en maatregelen geëvalueerd, waarbij meestal ook de effectiviteit en de doelmatigheid bekeken wordt. Welke aanpak of interventie voor welke situatie het beste werkt is en blijft echter maatwerk.

2

Waarom is alleen gekozen voor stimulerende maatregelen (extra investeringen; nieuwe methodes, vignetten en convenanten) en niet voor maatregelen waarmee mensen en bedrijven juist negatief geconfronteerd worden met hun ongezonde keuzes?

In het programma staan veel stimulerende maatregelen, omdat de inzet van veel verschillende maatschappelijke partijen, op veel beleidsterreinen en een lange adem nodig is om echt effect te hebben en houden. We willen een beweging op gang brengen waarbij iedereen vanuit zijn eigen rol en positie aandacht heeft voor preventie en gezondheid. Zodat het gewoon wordt om het goede voor de gezondheid te doen. Deze trend is al zichtbaar en ondersteunen wij van harte.

Het programma bevat ook andersoortige maatregelen, zoals bijvoorbeeld de aanscherping van regels rondom voedselveiligheid en verhoging van de leeftijdsgrens voor de verkoop van alcohol en tabak. Bij deze regels hoort ook ook sancties als zij niet worden nageleefd.

3

Kan gegarandeerd worden dat de projecten en maatregelen die in deze notitie worden aangekondigd, ook daadwerkelijk de meest effectieve zaken zijn om op preventiegebied te ondernemen? Zo ja, kan dit onderbouwd worden? Zo nee, waarom is dan voor deze maatregelen en projecten gekozen en waarom draagt de overheid hieraan dan bij?

Die garantie is niet te geven. Wel is er een keuze gemaakt voor maatregelen met een grote kans op effect, gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek en best practices.

4

Uit welke onderzoeken blijkt dat door in te zetten op een gezonde leefstijl de zorgkosten dalen? Welke inspanningen zijn daarvoor nodig? En met welk percentage zullen de zorgkosten dalen?

Gezondheid is belangrijk voor de kwaliteit van het leven van mensen en een vitale samenleving heeft baat bij een gezonde bevolking. Dit blijkt onder meer uit het boek «Gezondheid loont, tussen keuze en solidariteit» van het Centraal Planbureau (CPB). Een gezonde leefstijl en adequate gezondheidszorg waarmee de gezondheid op peil kan worden gehouden dragen in belangrijke mate bij aan een gezonde Nederlandse economie, maar de berekening van directe kosten en baten voor de gezondheidszorg is complex. Bovenal hebben mensen zelf baat bij preventie in de zin van gezonde leefstijl. Mensen met een gezonde leefstijl hebben een grotere kans langer te leven en langer gezond te blijven, zijn langer beschikbaar voor de arbeidsmarkt en kunnen gedurende een langere periode een bijdrage leveren aan de maatschappij, zijn er langer voor hun familie en vrienden en voelen zich lekkerder.

Onderzoek naar de economische opbrengst van een gezonde leefstijl is complex. Er zijn wel aanwijzingen dat bepaalde vormen van preventie, op relatief korte termijn, kunnen leiden tot een daling van zorgkosten. Zo is berekend dat het actieplan «Gezonde Wijk Overvecht» in de periode 2006–2010 heeft geleid tot een vermindering van de zorgkosten van 4 procent, ofwel 750.000 euro. Door de intensieve samenwerking van zorgverleners in de eerste lijn, zoals huisartsen en fysiotherapeuten, en welzijnsorganisaties blijken de inwoners van Overvecht vaker gebruik te maken van de huisarts en de zogeheten praktijkondersteuners. Daar staat tegenover dat bewoners meer bewegen en minder vaak naar het ziekenhuis hoeven en minder medicijnen gebruiken, wat uiteindelijk een besparing oplevert van 4 procent. In deze berekeningen zijn nog geen effecten op de lange termijn meegenomen.

5

Hoe gaat u de effecten van preventie evalueren?

De effecten van preventie worden (vierjaarlijks) geëvalueerd aan de hand van de bevindingen in de Volksgezondheid Toekomst Verkenningen (VTV) op de terreinen van alcohol, roken, overgewicht, diabetes, lichamelijke activiteit en depressie en de gezonde leerverwachting gerelateerd aan opleiding en inkomen (SES).

6

Heeft u een definitie van een «gezonde burger» en een «ongezonde burger»?

Er is geen definitie van een «gezonde burger» en een «ongezonde burger». Daarvoor zijn er te veel variabelen in leef-, woon- en werkcondities, leefstijlfactoren, ziektepatronen, erfelijke aanleg en beleving van ziekte en stress. Deze variabelen zijn bovendien in verschillende mate door een individu beïnvloedbaar.

7

Bent u van plan «on gezond gedrag» te gaan monitoren? Zo ja, aan de hand van welke criteria en met welke inzet en middelen?

(On)gezond gedrag wordt al jaren gemonitord met verschillende instrumenten. Met het oog op verbetering van de integratie van leefstijlpreventie is het wenselijk om ook de monitorinstrumenten beter op elkaar af te stemmen. Met ingang van 2014 zal het Centraal Bureau voor de Statistiek jaarlijks per leefstijlthema een aantal kerngegevens verzamelen over (on)gezonde gedragingen. Dit maakt het mogelijk om niet alleen per thema te rapporteren, maar ook om de verschillende thema's in samenhang te analyseren. De instituten werkzaam op het gebied van leefstijl hebben onder regie van het RIVM en in overleg met het Ministerie vastgesteld welke kerngegevens jaarlijks verzameld moeten worden: het gaat om cijfers over prevalentie van (on)gezond gedrag, die uitgesplitst kunnen worden naar een aantal kenmerken van gebruikers (leeftijd, geslacht e.d.). Deze activiteit wordt gefinancierd vanuit het reguliere CBS-budget en vereist geen aanvullende middelen van het Ministerie van VWS.

Vanaf 2015 zal daarnaast jaarlijks een monitor worden uitgevoerd, waarbij in verdiepende modules per leefstijlthema informatie wordt uitgevraagd over de determinanten en achtergronden van (on) gezond gedrag. De uitvoering wordt eveneens gecoördineerd door het RIVM in samenwerking met de genoemde organisaties. Daarnaast blijft de al vele jaren lopende Voedsel Consumptie Peiling (VCP) gehandhaafd. Met de uitvoe-

ring van al deze monitoringactiviteiten is jaarlijks een bedrag gemoeid van circa 1,5 miljoen.

Daarnaast wordt er specifiek gericht op jongeren eens per vier jaar een onderzoek gedaan naar middelengebruik (zogenaamde Peilstationsonderzoek) en eens per vier jaar naar leefstijlbrede thema's (Health Behaviour of School-aged Children). Deze onderzoeken leveren nationale cijfers, maar maken ook onderdeel uit van internationale studies waardoor vergelijkingen met andere landen mogelijk zijn. In totaal is met deze studies een bedrag gemoeid van ca 9 ton over een periode van 4 jaar.

8

Nog geen 10% van de bevolking ziet het tegengaan van overgewicht als een taak van de overheid. Hoeveel extra financiële middelen gaat u desondanks inzetten om overgewicht tegen te gaan?

Het Ministerie van VWS zet op verschillende manieren in op de bestrijding van overgewicht. Van extra is geen sprake. Wij verwijzen in dat kader graag naar de begroting van VWS 2014 (beleidsartikel 1 en 6). De totale bijdrage via subsidies voor het thema gezonde voeding en gezond gewicht bedraagt voor 2013 en 2014 € 9,5 miljoen per jaar (bron VWS begroting 2014). Hieronder valt o.a. de inzet van het Convenant Gezond Gewicht, het Voedingscentrum, de Sportimpuls Kinderen Sportief op Gewicht, inzet van de VU/ Partnerschap Overgewicht Nederland om de zorgketen voor kinderen met overgewicht te verbeteren. De aanpak van overgewicht maakt daarnaast onderdeel uit van het bredere leefstijlbeleid van VWS. Via trajecten zoals de Jeugdimpuls, Vignet Gezonde School, de Onderwijsagenda sport, bewegen en gezonde leefstijl wordt op gezond gewicht en overgewicht ingezet. Dit geldt ook voor het programma Sport en Bewegen in de Buurt.

9

Vindt u dat ongezond gedrag een reden is om een hogere zorgpremie te vragen?

Nee. Voor de basisverzekering geldt een verbod op premiedifferentiatie. Hier is bij de invoering van de Zorgverzekeringswet bewust voor gekozen. Sommige zorgverzekeraars willen (als experiment) met premiedifferentiatie van de aanvullende verzekering een gezonde leefstijl en/of gezond gedrag bevorderen, bijvoorbeeld om redenen genoemd in het antwoord op vraag 13 (deel II). Dat staat hen vrij.

10

Vindt u dat ongezond gedrag een reden is om zorg te weigeren?

Nee, dat vind ik geen reden. Zorg moet toegankelijk zijn en blijven voor iedereen.

11

Vindt u dat ongezond gedrag een reden is om een werknemer te ontslaan?

Om langer gezond, vitaal en productief door te kunnen werken is een actieve inzet van werkgever en werknemer noodzakelijk. De overheid stimuleert dat werkgevers en werknemers daarover samen in gesprek gaan. Dit gesprek wordt in de praktijk ook gevoerd bij een deel van de ondernemers. Wanneer de werkgever en de werknemers de ruimte nemen om binnen de wettelijke kaders afspraken te maken over te voeren beleid, is dat wenselijk. In het Burgerlijk Wetboek is in artikel 7:660 geregeld dat de werkgever voorschriften kan geven omtrent het verrichten van de

arbeid en instructies met betrekking tot de goede orde in de onderneming mits hij daarmee blijft binnen de grenzen van algemeen verbindende voorschriften en de toepasselijke (collectieve) arbeidsovereenkomst.

12

Hoe vaak komen psychische klachten voor bij rokers en hoe vaak bij niet-rokers?

Psychische klachten komen vaker voor bij rokers. Met name angststoornissen, depressies en slaapproblemen. Studies hebben aangetoond dat de prevalentie van roken beduidend hoger is onder mensen met een psychiatrische aandoening. In Nederland bijvoorbeeld had 53.2% van de volwassenen met een psychische stoornis het afgelopen jaar gerookt, vergeleken met 37.3% van de volwassenen zonder een stoornis (Cuijpers et al., 2007). In buitenlandse studies worden vergelijkbare of zelfs grotere verschillen in rook prevalentie gerapporteerd (Lawrence et al., 2009). Er is dus een relatie tussen roken en psychische klachten, maar niet altijd is duidelijk wat de oorzaak is en wat het gevolg: vaak zijn somberheid of slaapproblemen ook (mede) een gevolg van het roken. Bij de actualisatie van de richtlijn stoppen met roken volgend jaar, zal specifiek aandacht aan kwetsbare groepen worden besteed, waaronder rokers met psychische klachten.

13

Wat doet u aan leefstijldiscriminatie?

Zoals aangegeven bij het antwoord van vraag 9 (deel II) is leefstijldiscriminatie voor de basisverzekering in de vorm van premiedifferentiatie verboden. Ook geldt voor zorgverzekeraars een acceptatieplicht voor de basisverzekering. Voor de aanvullende verzekeringen staat het zorgverzekeraars vrij om bijvoorbeeld te differentiëren in de premie om zo een bepaalde levensstijl te bevorderen. Wij bevorderen een gezonde leefstijl op een positieve manier door zoveel mogelijk de gezonde keuze de makkelijke keuze te maken. Een groot aantal factoren beïnvloedt de volksgezondheid. Naast genetische aspecten zijn de veiligheid van de leefomgeving, de kwaliteit van de (gezondheids)zorg en het gedrag en leefstijl van mensen belangrijk. Mensen die voldoende bewegen, gezond eten, niet roken en matig alcohol drinken, leven langer, doen minder beroep op de zorg en voelen zich gezonder.

14

Hoe definieert u schadelijk alcoholgebruik?

Het advies voor het drinken van alcohol met een beperkt risico is voor gezonde volwassen mannen niet meer dan 2 standaardglazen alcohol per dag en voor gezonde volwassen vrouwen niet meer dan 1 standaardglas. Daarnaast wordt geadviseerd bij voorkeur niet meer dan vijf dagen per week alcohol te drinken. Jongeren wordt geadviseerd tot hun 18^e helemaal geen alcohol te drinken. Mensen die zwanger willen worden, zijn, of borstvoeding geven wordt ook geadviseerd geen alcohol te drinken. Voor 55+ mannen én vrouwen is het raadzaam om niet meer dan één standaardglas per dag te drinken.

Bovenstaande hoeveelheden worden gezien als alcoholgebruik met een beperkt risico. Het drinken van grotere hoeveelheden dan hierboven aangegeven, dient te worden aangemerkt als alcoholgebruik met een verhoogd risico.

15

In hoeverre is er sprake van het betrekken van ouders bij de totstandkoming van gezonde scholen? Wordt er in deze aanpak speciale aandacht besteed aan ouders van kwetsbare groepen? Hoe wordt ervoor gezorgd dat deze ouders voldoende bereikt worden?

Binnen Gezonde School-aanpak is er aandacht voor de driehoek leerling, ouders en school. Als een school het vignet Gezonde School aanvraagt, moet deze ook een verklaring van de medezeggenschapsraad van de school meesturen. Op deze manier wordt geborgd dat de ouders achter de aanvraag staan. Het is vervolgens de verantwoordelijkheid en lokale expertise van de school om de ouders van de leerlingen op passende wijze te betrekken bij de inzet op sport, bewegen en een gezonde leefstijl. Via het Convenant Gezond Gewicht is de toolkit ouderbetrokkenheid ontwikkeld en beschikbaar gesteld op www.gezondeschool.nl waar professionals gebruik van kunnen maken om ouders beter te betrekken. In een groot aantal interventies en (les)activiteiten dat aangeboden wordt via deze portal is ouderparticipatie ook een belangrijk onderdeel.

16

Wat is de doelstelling met betrekking tot het Vignet voor de voorschoolse sector? Is deze doelstelling gelijk aan die van het Vignet voor gezonde scholen?

Jong geleerd is oud gedaan, daarom is het belangrijk om ook in te zetten op de 0–4 jarigen. Er zijn nog geen concrete doelstellingen gesteld met betrekking tot een vignet voor de voorschoolse sector. In navolging van de aanpak in en met het onderwijs wordt voor deze doelgroep in 2014 eerst een verkenning gedaan hoe het beste aangesloten kan worden bij de behoefte en verantwoordelijkheden van de sectoren (kinderopvang en peuterspeelzalen). Uit dit onderzoek volgen eventuele doelstellingen.

17

Vindt u de JOGG (Jongeren Op Gezond Gewicht)-aanpak tot nu toe een succes? Welke concrete resultaten met betrekking tot gezondheidswinst heeft de aanpak opgeleverd? Bent u voornemens de JOGG-aanpak nog langer voort te zetten? Waarom?

Ja, wij zijn positief over JOGG. Wij verwijzen u daarvoor ook naar de brief van de Staatssecretaris over de voortgang van het Convenant Gezond Gewicht en JOGG (Kamerstuk 31 899 nr. 22). JOGG zet in op een gecoördineerde lokale aanpak als onderdeel van een landelijke beweging. We zien mooie lokale activiteiten van de nu 37 JOGG-gemeenten* die onder de JOGG-paraplu uitgevoerd worden. Dat de JOGG-aanpak effectief is, laten de eerste resultaten zien.

- Zo daalde in Zwolle het percentage basisschoolkinderen met overgewicht van 12,1 procent in 2009 naar 10,6 procent in 2012. In de Zwolse wijk Holterbroek (JOGG-wijk) was in dezelfde periode zelfs sprake van een daling van 18 procent in 2009 naar 16,2 procent in 2012.
- Op twee Rotterdamse Lekker Fit! Basisscholen drinken kinderen 100 ml met suiker gezoute drankjes minder per dag.
- De JOGG-gemeente Dordrecht behaalde succes met haar «Doe ff Gezond»-programma. De resultaten van de jaarlijks terugkerende fittesten wijzen hier op een daling van overgewicht. Bij een vergelijking tussen 2011 en 2012, waarbij scholen én leerlingen beide meetjaren meededen, bleek dat het overgewicht met 3,1 procent was gedaald (van 41,7 naar 38,6 procent).
- Lokaal komt er veel op gang en heeft dit serieuze betekenis voor de gezondheidswinst die geboekt kan worden. Gemeenten geven aan baat te hebben bij de integrale aanpak en ondersteuning die JOGG hen

biedt. Daarnaast is via het Begrotingsakkoord 2013 besloten dat de inzet op JOGG ook na 2014 gecontinueerd wordt (Kamerstuk 31 899 nr. 21).

18

Welk bedrag is gereserveerd voor het stimuleren van het drinken van water door JOGG? Welke doelen zijn gesteld voor dit project? Wie is verantwoordelijk voor het bepalen van de doelen van private initiatieven zoals JOGG? Op welke wijze en door wie wordt gecontroleerd of de doelen worden behaald en of het geld effectief is besteed?

Het doel is JOGG-wijken te activeren tot het drinken van water. De doelstelling voor 2013 was dat 10–15 JOGG-gemeenten hier actief en zichtbaar mee aan de slag zouden gaan. Dat zijn er ruim 20 geweest. In 2014 loopt de inzet met dit thema door, met als focus de kinderdagverblijven en basisscholen in JOGG-gemeenten. Alle JOGG-gemeenten kunnen hier op basis van lokale behoefte mee aan de slag. Het budget voor 2013: € 220.000 voor het ontwikkelen en aankopen van materialen (filmpjes, voorlichtingsmateriaal, bidons). Gereserveerd budget voor 2014 is € 70.000. JOGG is een aanpak die ondersteund wordt door een publiek-privaat consortium van 26 partijen, verbonden aan het Convenant Gezond Gewicht, en 6 landelijke partners.

De doelen van JOGG zijn enerzijds bepaald door de politiek; motie Wiegman (75 JOGG-gemeenten in 2015). Anderzijds worden zij bepaald door de partners van het Convenant Gezond Gewicht. Zij leggen de doelen en activiteiten vast in een jaarplan. Lokaal bepaalt een JOGG-gemeente, eventueel samen met haar publieke en private partners, de doelen. Vervolgens bepaalt de gemeente of de doelen worden behaald en of het geld effectief besteed is. Op landelijk niveau controleren de Stuurgroep van het Convenant Gezond Gewicht, een onafhankelijke accountant en het Ministerie van VWS de inhoudelijke en financiële verantwoording van het Convenant (inclusief JOGG). De Stuurgroep legt jaarlijks verantwoording af over de bereikte resultaten in het openbare jaarverslag.

19

Zullen scholen waar gemiddeld genomen gezondheidsachterstand bij leerlingen is geconstateerd benaderd worden indien zij niet uit zichzelf aanspraak claimen op de financiële ondersteuning voor de Gezonde School-aanpak?

De Gezonde School aanpak en het gehele integrale aanbod (zie deel 1, vraag 57) sluit aan bij de behoefte van de school. Scholen worden op diverse manieren gestimuleerd om hiermee aan de slag te gaan, maar moeten dit wel uit eigen beweging doen. De lokale GGD kan hier bij helpen. Wel is er extra aandacht voor JOGG- en achterstandswijken in diverse programma's, zoals het programma Gezonde Schoolpleinen.

20

Welke acties ondernemen onderwijsraden als blijkt dat scholen de Gezonde School-aanpak niet voldoende invoeren?

De onderwijsraden hebben een aantal ambities geformuleerd en zetten hier op in door aan te sluiten bij de behoefte van de scholen. Gezien het niet-verplichtende karakter van de thema's sport, bewegen en gezonde leefstijl, bestaat de inzet voornamelijk uit overtuigen, stimuleren en motiveren (zie ook deel 1, vraag 57), ook als blijkt dat scholen niet (voldoende) inzetten op de Gezonde School-aanpak. Gezien de meer dan 1.000 aanvragen op het recente ondersteuningsaanbod via gezonde-

school.nl, blijkt de motivatie bij een groot aantal scholen er al te zijn om op deze thema's in te zetten.

21

Hoe gaat het versterken van de samenwerking tussen de jeugdgezondheidszorg (JGZ) en het onderwijs concreet vorm worden gegeven?

Dit krijgt op verschillende manieren vorm:

- Vanuit de #Jeugdimpuls Gezonde Leefstijl zullen in 2014 voorbeeldprojecten gefinancierd worden voor de versterking van de Jeugdgezondheidszorg op en met scholen. Het gaat om projecten die door een extra financiële impuls in staat gesteld worden om betere resultaten te boeken en daarmee als voorbeeld en inspiratie kunnen dienen. De coördinatie hiervan ligt bij het RIVM Centrum Gezond Leven. Ook kunnen Jeugdgezondheidszorg-professionals vanuit de #Jeugdimpuls extra scholing en training krijgen rond collectieve preventie (Gezonde School aanpak).
- Het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid ontwikkelt in 2014 een toolkit beleidsadviesing ter ondersteuning van de Jeugdgezondheidszorg. De Commissie evaluatie basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg (JGZ) heeft geadviseerd beleidsadviesing over collectieve maatregelen aan gemeenten en andere partijen, zoals scholen, op te nemen in het Basispakket JGZ. Het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid heeft in het werkplan 2014 opgenomen dat het centrum de Jeugdgezondheidszorg-professionals ondersteunt bij het vormgeven van hun (mogelijke) rol in het (passend) onderwijs.
- Lokale uitwerking van de samenwerking tussen Jeugdgezondheidszorg en onderwijs is een aandachtspunt op het op overeenstemming gericht overleg tussen gemeenten en onderwijs over het beleidsplan van gemeenten over preventie en jeugdhulp en het ondersteuningsplan van het onderwijs.
- In 2014 wordt de versterking van de samenwerking tussen Jeugdgezondheidszorg en onderwijs samen met relevante partijen (PO-raad, VO-raad, MBO-raad en vertegenwoordigers van Jeugdgezondheidszorg-organisaties) verder uitgewerkt.

22

In hoeverre zijn er nu al spreekuren of een vast gezicht van de JGZ op scholen?

Bij de meeste Jeugdgezondheidszorg-organisaties zijn vaste Jeugdgezondheidszorg-professionals (jeugdverpleegkundige/jeugdarts) gekoppeld aan een school. Zij voeren de reguliere contactmomenten uit en onderhouden het contact met intern begeleiders en of zorgcoördinatoren van de school. Deze vaste Jeugdgezondheidszorg-professionals nemen ook vaak deel aan het multidisciplinair overleg rond de zorg- en ondersteuning van leerlingen met schooloverstijgende problematiek. Of er ook extra spreekuren zijn waar ouders en/of jongeren gebruik van kunnen maken is afhankelijk van lokale afspraken en verschilt dus per gemeente.

23

Wat wordt er gedaan om de 20% adolescenten die niet wordt bereikt door het extra contactmoment alsnog te bereiken?

Zie het antwoord op vraag 25.

24

Hoe verhoudt het Nationaal Programma Preventie zich tot het Basispakket Jeugd en tot de Jeugdwet?

Het basispakket jeugdgezondheidszorg (JGZ), zoals vastgelegd in de wet Publieke Gezondheid (WPG), geeft aan welke activiteiten in elk geval beschikbaar moeten zijn voor alle kinderen en jongeren en actief door gemeenten via de JGZ-organisaties moeten worden aangeboden. De Jeugdwet geeft de verantwoordelijkheden van gemeenten aan voor (geïndiceerde) preventie, jeugdhulp, de uitvoering van kindbeschermingsmaatregelen en jeugdreclassering.

Het Nationaal Programma Preventie wil verbindingen leggen tussen activiteiten en initiatieven die bijdragen aan preventie op het terrein van gezondheid. Ook wil het preventie verbinden aan actuele decentralisaties zoals de transitie jeugdzorg. De drie grote decentralisatietrajecten bieden gemeenten kansen om preventie te verbinden aan andere terreinen. Het NPP wil onder meer hieraan een bijdrage leveren door een extra impuls te geven aan activiteiten die in het kader van de reguliere wetten worden uitgevoerd. In het NPP-thema Gezonde start, domein Opvoeding en Onderwijs zijn daarom activiteiten opgenomen om de samenwerking tussen de jeugdgezondheidszorg en het (passend-) onderwijs (po, vo en mbo) te versterken. Ook is in dit verband het Extra contactmoment jeugdgezondheidszorg voor adolescenten genoemd. Door een betere relatie tussen Jeugdgezondheidszorg en scholen kan worden bijgedragen aan een gezonde start en leefstijl, aan het vroegtijdig signaleren en het inspelen op problemen of risico's. Een goede verbinding tussen Jeugdgezondheidszorg en jeugdhulp kan bijdragen aan meer preventie, vroegtijdige signalering en aan demedicalisering.

25

Kunt u toelichten waarom het extra contactmoment Jeugdgezondheidszorg voor adolescenten een bereik heeft van ongeveer 80%?

In Alles is gezondheid (deel 2, paragraaf 1.1.1.) staat dat het bereik van alle schoolgaande jeugd doorgaans 80% is. Dit percentage heeft betrekking op het bereik van de schoolgaande jeugd voordat het extra contactmoment voor adolescenten werd ingevoerd.

Per 1 januari 2013 is pas extra budget beschikbaar gesteld voor de invoering van het extra contactmoment voor adolescenten. Over het bereik van het nieuwe contactmoment voor adolescenten zijn nog geen gegevens bekend, omdat gemeenten samen met Jeugdgezondheidszorg-organisaties nog bezig zijn met de invoering ervan. Publieke Gezondheid en Veiligheid Nederland (PGVN) Vereniging voor GGD en GHOR, Vereniging voor GGD en GHOR, ondersteunt, samen met de VNG, Nederlands Centrum Jeugdgezondheid en Actiz, Jeugdgezondheidszorg-organisaties bij de invoering van het extra contactmoment voor adolescenten. Publieke Gezondheid en Veiligheid Nederland (PGVN) Vereniging voor GGD en GHOR, Vereniging voor GGD en GHOR, zal de invoering evalueren. Het bereik van de doelgroep maakt onderdeel uit van deze evaluatie.

26

Gaat u het extra contactmoment Jeugdgezondheidszorg ook gebruiken voor een screening naar het fenomeen «gameboyrug», waarbij jongeren rugklachten lijken te ontwikkelen als gevolg van een verkeerde zithouding door het gebruik van computers, tablets en smartphones? En wat is in dit kader uw reactie op het artikel «Gameboyrug probleem jongeren» dat op 13 augustus 2013 verscheen in nrc.next?

De invulling van het extra contactmoment voor adolescenten is afhankelijk van de problematiek van de jongere en lokale (gemeentelijke) keuzes. De lichamelijke groei- en ontwikkeling is een aandachtspunt

tijdens de contactmomenten van de jeugdgezondheidszorg, evenals lichaamsbeweging en sport. Een verkeerde (zit-) houding tijdens het «gamen» en het gebruik van computer, tablets en smartphone kan dan aan de orde komen.

In het artikel «Gameboyrug probleem jongeren» geeft de Finse onderzoeker Teija Lund aan dat op basis van haar onderzoek geen oorzakelijk verband mag worden gelegd tussen het gamen/ gebruik van computer etc en de toename van rugklachten bij jongeren. In Nederland lijkt ook een toename te zien van het aantal kinderen/jongeren met rugklachten, maar ook in Nederland is niet met zekerheid te zeggen wat hier de oorzaak van is. Wel is er een aantal Nederlandse orthopedische chirurgen die durven spreken van een oorzakelijk verband tussen slechte zithouding en rugklachten door toenemend beeldschermgebruik. Zo lang de oorzaak van de toename van de rugklachten echter nog niet onomstotelijk vaststaat, bestaat er onvoldoende basis voor een screening naar het fenomeen «gameboyrug». Wanneer in de toekomst blijkt dat het om een ernstig gezondheidsprobleem gaat waar effectieve preventie of behandelingsmogelijkheden voor zijn, zullen wij overwegen beleidsmaatregelen te treffen. Daarnaast blijft het belangrijk dat ouders, verzorgers en anderen die met kinderen en jongeren werken hen attent maken op het belang van een goede (zit-) houding en op voldoende lichaamsbeweging.

27

In hoeverre zijn de financiële middelen voor het extra contactmoment voor adolescenten geormerkt in het gemeentefonds?

Het bedrag is structureel overgeboekt naar het gemeentefonds en toegevoegd aan de Decentralisatie uitkering Centra voor Jeugd en Gezin. De decentralisatie-uitkering kent geen oormerking. Wel is het bedrag van de uitkering herkenbaar voor gemeenten. De Staatssecretaris van VWS heeft in zijn brief van 25 juni 2013 aan de Tweede Kamer (Kamerstuk 31 839, nr. 297) aangegeven dat hij als verplichte eis in het kader van de Jeugdgezondheidszorg in de Wpg zal vastleggen dat in ieder geval ook een aanbod gedaan moet worden aan jongeren vanaf 14 jaar. Dit is in lijn met wat hij heeft aangegeven in het AO Preventiebeleid op 30 mei 2013 (Kamerstuk 32 793, nr. 98).

28

Hoe is het gesteld met het vijfde preventieprogramma van ZonMw? Is de opdracht al definitief verleend? Wat is de precieze inhoud van de opdracht? Wanneer gaat het programma van start? Wat wordt de verhouding tussen onderzoeks- en praktijkprojecten? Hoeveel financiële middelen zijn gemoeid met het vijfde preventieprogramma? Hoe verhoudt het vijfde preventieprogramma zich met het Nationaal Programma Preventie?

Wij verwachten dat het vijfde preventieprogramma begin 2014 kan worden opgestart. In de opdrachtbrief voor het vijfde preventieprogramma hebben wij ZonMw verzocht om het NPP als uitgangspunt te nemen bij het opstellen van het vijfde preventieprogramma. In het programma zal aandacht zijn voor zowel onderzoek- als praktijkprojecten. Wij stellen voor het vijfde preventieprogramma € 34,5 miljoen beschikbaar voor 4 jaar.

29

In hoeverre speelt de JOGG-aanpak in op ongezond aanbod in de nabije omgeving van scholen? Weet de aanpak deze partijen te betrekken en te verleiden tot een gezonder aanbod?

Het idee van JOGG is een gezonde jeugd in een gezonde omgeving. Naast de directe inzet op school vanuit het Convenant Gezond Gewicht (deelconvenant School met o.a. de Gezonde Schoolkantine en Handvest Gezonder Voedingsaanbod op Scholen) wordt samen met JOGG en de aangesloten gemeenten gekeken hoe lokaal de gezonde keuze, de makkelijke keuze wordt gemaakt. Dit omvat o.a. afspraken maken met de plaatselijke middenstand, supermarkten en ook het aanpassen van gemeentelijk beleid voor bijvoorbeeld mobiele snackwagens. Lokaal komt hier met steun van JOGG en de betrokken partners een beweging op gang. Ik verwijs hiervoor graag naar de brief van de Staatssecretaris over de voortgang van het Convenant / JOGG (Kamerstuk 31 899 nr. 22).

30

Waarom is er nog 12 jaar nodig om rookvrije schoolpleinen te realiseren? Kan dit niet sneller verwezenlijkt worden? In hoeverre kan de verhoging van de leeftijdsgrens voor de aanschaf van tabak hierin versnellend werken?

Het doel «alle gemeenten gezonde schoolpleinen in 2025» is breder dan alleen een rookvrij schoolplein. Het vraagt bijvoorbeeld ook om een verbetering van de speelmogelijkheden en een «vergroening» van het plein en bovendien een actieve rol van de gemeente bij de ruimtelijke en sociale inbedding in de wijk. Om dit in alle gemeenten voor elkaar te krijgen, is naar verwachting 12 jaar nodig.

Het percentage scholen met een rookvrij schoolplein stijgt al en het is inderdaad de verwachting dat de verhoging van de leeftijdsgrens voor de verkoop van tabak nog versnellend zal werken. Van de scholen waar leerlingen op het plein mogen roken, mag dat in ruim 50% van de gevallen alleen als ze ouder zijn dan 16. Met het verhogen van de leeftijdsgrens naar 18, is het aannemelijk dat het voor scholen makkelijker wordt een rookverbod voor leerlingen op het plein in te voeren, gezien het feit dat er relatief weinig leerlingen in het voortgezet onderwijs 18 jaar of ouder zijn.

31

Waaruit bestaat het gat tussen de doelstelling om per 2025 alleen nog maar gezonde scholen te hebben en om per 2015 gezonde schoolkantines te hebben? Hoe valt dit tijdsbestek te verkleinen?

De Gezonde School aanpak en het bijbehorende vignet richt zich op verschillende gezondheidsthema's. Een thema kan voeding zijn, maar een school kan ook kiezen voor thema's als sociaal-emotionele gezondheid of bewegen. Een gezonde schoolkantine valt binnen het thema «Voeding» en kan dus een onderdeel van zijn de gezonde school, het is de verantwoordelijkheid van de school om te bepalen welke thema's aansluiten bij de behoefte van de school. Daarnaast richt een gezonde schoolkantine zich voornamelijk op het gezonder maken van het voedingsaanbod in de (school)omgeving, terwijl de Gezonde School-aanpak zich ook op de domeinen signalering, educatie en beleid richt. Het gaat hierbij om een structurele borging van gezondheidsthema's in de school. Dit maakt dat voor de ambitie om tot gezonde scholen te komen, gekozen is voor een langere termijn. Daarnaast is op basis van de motie Vendrik het kabinet gevraagd om specifiek in te zetten op gezonde schoolkantines. Hierbij past een korter tijdsbestek. Voor de beantwoording van de vraag hoe dit tijdsbestek valt te verkleinen, verwijzen wij u naar het antwoord op deel 1, vraag 57.

32

Waarom stelt u zich tot doel dat alle gemeenten gezonde schoolpleinen hebben in 2015 in plaats van u te richten op alle scholen?

De ontwikkeling, aanleg en de inrichting van schoolpleinen en de omgeving daar om heen is in eerste instantie een taak en verantwoordelijkheid van gemeenten en/of scholen. Deze verantwoordelijkheid wil het Kabinet niet overnemen: het Kabinet wil voorzien in een stimulering van scholen en gemeenten om lokaal de verantwoordelijkheid op te pakken en in te zetten op het gezonder maken van de schoolpleinen en in bredere zin in te zetten op een Gezonde Schoolbeleid. Hierbij is overigens de ambitie om in 2025 in alle gemeenten gezonde schoolpleinen terug te zien.

33

Wat is het grootste obstakel bij het verhogen van het aantal «rookvrije schoolpleinen»?

Uit onder andere de Monitor Rookvrije Scholen van het Longfonds, blijkt het voornaamste obstakel de zorg om de leerlingen uit het oog te verliezen, omdat zij buiten het schoolplein zullen gaan roken. Hierdoor kan de veiligheid van de leerlingen niet gegarandeerd kan worden en/of kan overlast in de buurt ontstaan.

34

Bij hoeveel scholen voldoet het binnenklimaat niet aan de eisen? Denkt u dat met de maatregelen uit het Bouwbesluit en de € 7 miljoen grote stappen kunnen worden gezet naar een gezond binnenklimaat?

Het is niet bekend bij hoeveel scholen op dit moment het binnenklimaat niet op orde is. Omdat ventilatie een essentieel onderdeel is van het binnenmilieu, verwachten wij dat de maatregelen uit het Bouwbesluit en het GGD-bewustwordingsprogramma een betekenisvolle bijdrage leveren aan verbetering van het binnenmilieu van basisscholen. Dit wordt bevestigd door de tussentijdse evaluatie van het GGD-bewustwordingsprogramma in 2011; hieruit bleek dat 85% van alle schooldirecties de GGD-adviezen (deels) heeft opgevolgd. Echter, het programma zal niet alle knelpunten op korte termijn kunnen oplossen. In situaties waar ingrijpende bouwkundige of installatietechnische maatregelen nodig zijn, is het een taak en verantwoordelijkheid voor de school en/of de gemeenten om hier verbetering in aan te brengen.

35

Hoe zal vanuit VMBO-scholen worden gezorgd voor een hogere sportparticipatie en een lagere uitval betreffende sportbeoefening? Welke middelen hebben VMBO-scholen hiervoor? In hoeverre zijn de initiatieven Mission Olympic en de schoolsportvereniging voortgezet onderwijs vrijblijvend voor VMBO-leerlingen?

Sport laat jongeren het beste uit zichzelf halen, leidt tot betere schoolresultaten en vermindert schooluitval. Voor veel jongeren is de overstap naar het voortgezet onderwijs vaak de reden dat ze stoppen met sport. Ze vinden het of niet leuk meer of hun prioriteit voor sport veranderd. Jongeren die stoppen met sport of helemaal niet sporten zitten vaker op het VMBO. Door jongeren op school een (her)oriëntatie op sport aan te bieden kan worden voorkomen dat ze stoppen met sport. Een oriëntatie op de buitenschoolse sport en bewegcultuur is een verplicht onderdeel van de kerndoelen in het voortgezet onderwijs (VO) en maakt het mogelijk alle jongeren te bereiken. Door deze oriëntatie op maat aan te bieden waarbij rekening wordt gehouden met de behoeften en wensen van de inactieve leerlingen blijven jongeren langer sporten of gaan zelfs meer sporten en doorlopen met meer plezier en betere resultaten hun schoolcarrière.

Succesvolle voorbeelden daarvan zijn de schoolsportvereniging voor het VO in Rotterdam, de Challenge 010, maar ook de scholen die via het

project VMBO in beweging passend sport en beweegaanbod hebben georganiseerd voor inactieve leerlingen. Deze kennis en ervaring is voor scholen beschikbaar en de experts en adviseurs van de onderwijsagenda kunnen scholen die hier iets mee willen verder helpen.

Middelen

De VMBO scholen hebben geen extra middelen ten opzichte van andere scholen maar ook niet minder. Zij kunnen dus net als andere scholen gebruik maken van de Onderwijsagenda Sport, Bewegen en Gezonde Leefstijl (SBGL) om ondersteuning en/of geld aan te vragen om met sport, bewegen en bevordering van een gezonde leefstijl aan de slag te gaan. Vanuit het partnership tussen NOC*NSF en Achmea wordt wel extra ingezet op meer jongeren te laten sporten op of via school, met als focus de VMBO scholen. Echter de vraag c.q. motivatie van scholen is leidend voor de samenwerking die wordt aangaan.

Mission Olympic

Alle initiatieven die buiten reguliere lestijd plaatsvinden zijn vrijblijvend voor alle leerlingen. Scholen zijn niet verplicht om deel te nemen aan initiatieven zoals de schoolsportvereniging of Olympic Moves (nieuwe naam voor Mission Olympic vanaf november 2013). Alhoewel deelname aan Mission Olympic en de schoolsportvereniging vrijblijvend is, zit de kracht in de sleutelrol voor de vakdocent, die via en in de gymles samen met jongeren besluit te gaan deelnemen. En de gymles ook het startmoment is om te bepalen welke sport jongeren leuk vinden om zich samen met anderen te meten in competitieverband. Onderzoek van beide initiatieven laat zien dat jongeren aangeven meer te zijn gaan sporten of zelf initiatieven nemen om met elkaar te gaan trainen om samen beter te worden.

36

Is er een doelstelling ten aanzien van het aantal kinderen dat daadwerkelijk in een klaslokaal zit met een gezonder binnenmilieu? Op hoeveel scholen tot nu toe is dit programma toegepast? Hoeveel scholen komen daar bij? Hoeveel scholen hebben al de beschikking over een CO₂-meter? Tot hoeveel scholen met een gezond binnenmilieu heeft het programma en de meter geleid? Bent u bekend met de Brochure Vijf Casussen Veilig Fris «Eenvoudige oplossingen voor ventilatieproblemen in de kinderopvang, vijf casussen onderzocht» van de Belangenvereniging van Ouders in de Kinderopvang (BOinK)? Gaat u deze voorstellen betrekken in de plannen voor een gezonder binnenmilieu?

De doelstelling van het programma van de GGD is bewustwording op gang te brengen onder leerkrachten en leerlingen, handelingsperspectieven te bieden, en om te zorgen dat schoollokalen daadwerkelijk beter worden geventileerd. Leerkrachten en leerlingen worden getraind om adequaat en zorgvuldig om te gaan met de ventilatiemogelijkheden. In combinatie met andere maatregelen, zoals de stimuleringsregeling «verbetering energieprestatie en binnenmilieu», diverse vormen van voorlichting en verstrekking van CO₂-meters zijn zo verschillende instrumenten aangereikt om het binnenmilieu te verbeteren.

Er zijn 4297 basisscholen met natuurlijke ventilatie bezocht, en deze scholen hebben ook een CO₂-meter ontvangen. In het lopende vervolgprogramma zullen nog 500 scholen met mechanische ventilatie worden bezocht. Vanaf medio 2014 kunnen alle scholen die nog geen CO₂-meter hebben er een verkrijgen via de GGD. Bij de evaluatie in 2015 zal de balans worden opgemaakt van het bewustwordingsprogramma en het vervolgprogramma.

Wij zijn bekend met de genoemde brochure die in opdracht van het toenmalige Ministerie van VROM is ontwikkeld. De aandachtspunten in de brochure komen in grote lijnen overeen met de aandachtspunten in het GGD-programma.

37

In hoeverre is het Centrum voor Gezonde Scholen betrokken bij het doel om in 2015 alle basisscholen een advies op maat te geven voor verbetering van het binnenmilieu door goede ventilatie? Welke doelstelling hanteert u ten aanzien van het aantal kinderen dat in 2015 en 2030 in een klaslokaal zit met een gezonder binnenmilieu?

Het Centrum voor Gezonde Scholen is een commercieel initiatief, dat niet actief betrokken is bij het programma van de GGD, maar door informatievoorziening ook bijdraagt aan verbetering van het binnenmilieu van scholen.

Voor de doelstelling verwijzen wij naar het antwoord op vraag 36.

38

Zal de ambitie tot het verhogen van het aantal gym-uren in het primair onderwijs op korte termijn verwezenlijkt worden?

Zoals de Staatssecretaris van Onderwijs u in zijn brief van 15 november jl. (Kamerbrief van 15-11-2013, Kamerstuk 31 293 - 186) heeft aangegeven, zal hij zodra hij met de PO-Raad afspraken heeft gemaakt in het sectorakkoord over het primair onderwijs, uw Kamer nader informeren over de uitwerking van het plan van aanpak voor meer en beter bewegingsonderwijs op de basisscholen. De Staatssecretaris verwacht dat dit voor de zomer van 2014 het geval zal zijn.

39

Welke instrumenten zullen worden ingezet om de wijken te achterhalen waar de meest kwetsbare groepen wonen? Zijn alle gemeenten en zorgverzekeraars bereid mee te werken aan de wijkanalyses? Hoe wordt de informatie die verzameld wordt door het RIVM gecombineerd met de informatie komend van zorgverzekeraars en gemeenten? Hoe wordt de privacy van de bewoners geborgd?

Om die wijken te achterhalen waar de meest kwetsbare groepen wonen, kan gebruik worden gemaakt van uitkomsten uit de lokale en nationale monitor van de GGD en het CBS. Ook de gemeentelijke gezondheidsprofielen die het RIVM op dit moment ontwikkeld en de statusscores van wijken van het SCP kunnen worden gebruikt.

Op dit moment is er een aantal zorgverzekeraars die nadere afspraken met gemeenten hebben gemaakt over het wijkgericht werken aan gezondheid. Het RIVM gebruikt indien mogelijk ook cijfers die verzameld zijn door verzekeraars of door gemeenten voor het opstellen van de gemeentelijke gezondheidsprofielen. De privacy van bewoners blijft hierin gewaarborgd.

40

Zijn er goede voorbeelden van een succesvolle wijkgerichte aanpak die zo goed als één op één zijn door te vertalen naar andere wijken waarin dezelfde problematiek speelt?

Het is nauwelijks voor te stellen dat er wijken zijn waar ten eerste exact dezelfde problematiek speelt en waar ook nog eens de lokale context dusdanig vergelijkbaar is dat een succesvolle wijkgerichte aanpak één op één vertaald kan worden naar andere wijken. Wel kunnen gemeenten veel van elkaar leren en doet het rijk er alles aan om succesvolle aanpakken in

de schijnwerpers te zetten en deze informatie te delen via ondermeer het e-boek Gezonde wijk in praktijk, de Handreiking Gezonde Wijk van het RIVM, de handreiking Gezonde Gemeente en de GezondOntwerpWijzer. Op die manier kunnen andere gemeenten daar hun voordeel mee doen.

Zie ook antwoord op vraag 56, deel 1.

41

Hoe verhoudt het Nationaal Programma Preventie zich tot de Wet publieke gezondheid)? Op welke wijze hebben de JOGG-gemeenten laten zien dat een integrale aanpak de gezondheid van kwetsbare mensen daadwerkelijk kan verbeteren? Welke resultaten zijn behaald? Op welke wijze wordt bij private initiatieven die betrokken zijn bij het Nationaal Programma Preventie gecontroleerd of de gestelde doelen al dan niet worden behaald? Hoe vindt er toezicht plaats op de effectiviteit van particuliere uitvoering van publieke taken binnen het Nationaal Programma Preventie?

Het Nationale Programma Preventie is in lijn met art 3 lid 1 en 2 van de Wet publieke gezondheid (Wet PG), waarin de Minister van VWS de taak krijgt om zowel de kwaliteit en doelmatigheid van de publieke gezondheidszorg als de interdepartementale samenwerking op het gebied van de publieke gezondheidszorg te bevorderen.

Het programma is op verzoek van de Kamer tot stand gekomen en is als zodanig geen direct uitvloeisel van de in de Wet PG opgenomen verplichting aan de regering om vierjaarlijks een nota gezondheidsbeleid uit te brengen. De laatste nota «Gezondheid dichtbij» dateert immers van mei 2011. Wel sluit het NPP naadloos aan bij de uitgangspunten en prioriteiten van die nota en bouw het voort op de activiteiten daarin.

JOGG wordt door de gemeente ingezet daar waar een aanpak voor overgewicht nodig is. Door deze selectie, worden risicogroepen en doelgroepen, zo nodig op wijkniveau, in beeld gebracht. Voor de resultaten van JOGG-gemeenten verwijzen wij naar antwoord op vraag 17.

Iedere partner, publieke en private, waarvan de activiteiten en outputdoelstellingen zijn opgenomen in het programma of waarvoor een pledge (plechtige belofte) is afgelegd spreekt af dat zij ervaringen delen en zinvolle verbindingen zoeken. De voortgangsinformatie en lessen – loopt het zoals verwacht, levert het resultaat op zoals verwacht, waar zit het tegen, wat kunnen anderen hiervan leren – wordt met elkaar gedeeld, bijvoorbeeld op de website, op bijeenkomsten, en dergelijke. Over de voortgang en resultaten van het programma geeft VWS jaarlijks inzicht in vorderingen, bijzonderheden, gebieden die achterblijven en eventuele aanvullende maatregelen.

Zie ook onze antwoorden op de vragen 34 t/m 43.

In de loop van 2016 wordt er door een externe partij geëvalueerd met de hoofdvraag of een brede aanpak als dit programma inderdaad beweging in het preventievraagstuk gekregen heeft. De uitkomst van deze evaluatie wordt op de slotconferentie besproken. Daar wordt over de stand van zaken t.a.v. de geformuleerde outputdoelstellingen gerapporteerd en komen mogelijke vervolgstappen aan de orde.

42

Hoe wordt de samenwerking tussen zorgverzekeraars en gemeenten momenteel beoordeeld en waar liggen verbeterpunten? Hoe worden deze verbeterpunten opgepakt binnen het programma?

De samenwerking tussen zorgverzekeraars en gemeenten neemt toe (zie tevens antwoord 27). Onderzoek van Panteia in opdracht van VWS laat zien dat bijna alle gemeenten (96%) die met een zorgverzekeraar samenwerken, de wens uitspreken om de bestaande samenwerking uit te breiden. Uit het onderzoek blijkt dat de vier grootste zorgverzekeraars met een toenemend aantal gemeenten convenanten afsluiten. Op dit moment heeft ruim 20% van de gemeenten een convenant met een zorgverzekeraar afgesloten. Voor zorgverzekeraars is helder dat samenwerking met gemeenten van belang is voor een goede afstemming van zorg en welzijnsdiensten. De samenwerking is vaak nog pril. De meeste gemeenten voeren activiteiten samen met de zorgverzekeraar én het zorgkantoor uit. De belangrijkste activiteit met de zorgverzekeraar is – logischerwijs – de inkoop van de collectieve zorgverzekering voor minima. Van de gemeenten heeft 89 procent contact met één of meerdere zorgverzekeraars en staat 11 procent van de gemeenten (nog) niet in verbinding met een zorgverzekeraar. De belangrijkste activiteiten zijn het voeren van verkennende gesprekken en het uitwisselen van kennis en informatie. Bij ruim de helft van de gemeenten is er (ook) sprake van organisatorische en/of operationele samenwerking. Een derde van de gemeenten voert samen met de zorgverzekeraar projecten en pilots uit. De meeste daarvan zijn gericht op specifieke doelgroepen.

De uitdaging rondom de samenwerking is dus deze beweging verder te stimuleren en reeds bestaande samenwerkingen te versterken en te borgen. Dit gebeurt bij diverse ontwikkelingen, zoals bij de ketenaanpak van kinderen met overgewicht, de Gezonde wijkaanpak, de sociale minimacontracten en de decentralisatietrajecten.

43

In hoeverre worden de voor het programma beschikbare middelen ingezet om nieuwe initiatieven op te starten? In hoeverre worden de voor het programma beschikbare middelen ingezet om bestaande, effectieve initiatieven te versterken?

De beschikbare middelen zijn voor zowel lopende projecten en activiteiten als voor nieuwe initiatieven.

44

Hoe worden de functies van jeugdgezondheidszorg en OGGZ (openbare GGZ) betrokken bij de wijkgerichte aanpak? Hoe ziet u de verbinding met de sociale wijkteams?

Het Centrum Jeugd en Gezin (CJG), waar de jeugdgezondheidszorg (meestal) deel van uit maakt, werkt wijkgericht. In veel gemeenten worden pilots gehouden met wijkteams. Wijkteams bestaan meestal uit vertegenwoordigers van jeugdhulpinstellingen, welzijnsorganisaties, schoolmaatschappelijk werk, het CJG en MEE-organisaties. Vaak wordt per wijk bekeken welke expertise nodig is in een wijkteam. De omvang van een wijkteam kan wisselen. De werkwijze van een wijkteam is erop gericht om integraal – en uitgaand van de eigen kracht van gezinnen en individuen – zo licht mogelijke ondersteuning in de directe omgeving van gezinnen te bieden. De Jeugdgezondheidszorg werkt al veel in wijkteams, zeker daar waar voorheen buurtnetwerken werkzaam waren. De branche-organisatie Actiz heeft enkele scenario's beschreven waarop de Jeugdgezondheidszorg betrokken is/kan worden (zie Actiz-folder: Laagdrempelig, vertrouwd en dichtbij: Jeugdgezondheidszorg in het nieuwe stelsel). Ook vertegenwoordigers van OGGZ-teams kunnen participeren in de sociale wijkteams. Een andere variant is dat OGGZ-expertise op verzoek van een sociaal wijkteam gericht wordt ingezet als daar aanleiding toe is.

45

Waarom kiest u voor de ambitie om het aantal wijken met een Gezonde Wijkaanpak de komende drie jaar te verdubbelen? Bent u bereid ook het aantal steden met een Gezonde Wijkaanpak te vergroten en daarbij een doelstelling te formuleren?

Het rijk is van mening dat juist daar waar gezondheidsachterstanden spelen extra aandacht en inzet nodig is. Dat is de reden om vooral in te zetten op het verdubbelen van het aantal wijken met een Gezonde Wijkaanpak. Tegelijkertijd zullen op die manier ook meer gemeenten (vooral steden) betrokken worden bij deze aanpak. Uit ervaring met de Gezonde Wijkaanpak en JOGG blijkt dat het proces om te komen tot een dergelijke aanpak niet van het ene op het andere jaar gerealiseerd is. Daarom zetten we in eerste instantie in op een verdubbeling van het aantal wijken in 3 jaar, dus van 20 wijken nu in 13 steden naar 40 wijken in 2016 in naar schatting 20 steden.

46

Kan de ontwikkeling in sociaaleconomische verschillen niet alleen nationaal, maar ook op lokaal niveau gemonitord worden? Zo nee, waarom niet? Zo ja, hoe wordt dit gefaciliteerd en wie heeft de regie?

Verschillen in gezondheid kunnen op dit moment inzichtelijk gemaakt worden voor verschillende determinanten, zoals levensverwachting, gezonde levensverwachting, ervaren gezondheid, roken of overgewicht. Er is geen samengestelde maat om gezondheidsverschillen te meten. Noch lokaal, noch nationaal.

Om in de toekomst de ontwikkeling van SEGV binnen Nederland bij te kunnen houden, ontwikkelt het RIVM op dit moment een SEGV-index. Deze index moet op een heldere manier inzicht gaan geven in de ontwikkeling van de gezondheidsverschillen over tijd. Ook de gemeentelijke gezondheidsprofielen die het RIVM op dit moment ontwikkeld zullen hiertoe bijdragen. Deze profielen zijn vooral bedoeld om inzicht op lokaal niveau te krijgen.

Overigens zijn er nu al gemeenten die heel goed inzicht hebben in specifieke indicatoren zoals roken, alcoholgebruik en overgewicht binnen bepaalde wijken of stadsdelen.

47

Hoe wordt met de inzet van sociale wijkteams/wijkverpleegkundigen binnen het programma de verbinding gemaakt met langdurige zorg?

Bij de inrichting van sociale wijkteams werken gemeenten en aanbieders vanuit zorg en welzijn samen met de wijkverpleegkundigen en aanbieders vanuit de 1e lijn zoals de huisarts en de praktijkondersteuners. Daardoor wordt integraal naar de behoefte aan preventie, ondersteuning en (langdurige) zorg van bewoners gekeken en ontstaat een nauwsluitend netwerk van verschillende professionals op het terrein van preventie, ondersteuning en zorg. Met name de wijkverpleegkundige wordt gezien als de spil tussen preventie, welzijn en zorg. De wijkverpleegkundige kan signaleren dat andere hulp nodig is dan zorg en koppelt dat terug naar deskundigen op het gebied van gezondheidsbevordering en welzijn in het sociaal wijkteam en vice versa. De aanspraak wijkverpleging in de Zvw en de vormgeving van de nieuwe Wmo zal dusdanig zijn dat samenwerking tussen zorgverzekeraars, zorgaanbieders en gemeenten wordt gestimuleerd. Er wordt verder onderzocht in hoeverre ZonMW een programma kan uitvoeren, gericht op het versterken van sociale wijkteams met een centrale rol voor gemeenten.

48

Er wordt gemonitord op drie indicatoren, die vooral voor grote steden een mogelijke vorm van integrale aanpak zijn. Zeggen deze indicatoren voldoende over de integrale aanpak in kleine(re) gemeenten?

In het actieprogramma wordt aangegeven dat via de Volksgezondheid Toekomst Verkenning landelijk gemonitord zal worden hoe de gezondheid van mensen zich in de tijd ontwikkelt. We werken er aan om in heel Nederland de gezondheid van mensen te verbeteren met specifieke aandacht voor mensen in kwetsbare posities. Dit meten we af aan de gezonde levensverwachting en ervaren gezondheid op basis van de Volkgezondheid Toekomst Verkenning. Om de voortgang te kunnen meten op kortere termijn nemen we een aantal procesindicatoren: het aantal gemeenten, steden en wijken dat inzet op een integrale aanpak van de gezondheid van bewoners (aantal Gezonde Wijken, aantal JOGG-gemeenten en het aantal gemeenten met een aanpak babysterfte). Deze indicatoren zijn ook bruikbaar voor de integrale aanpak in kleine(re) gemeenten.

49

Wat is de looptijd van het ZonMw-programma Zorg en ondersteuning in de buurt? Wat zijn de doelstellingen en hoe worden deze getoetst? Hoeveel budget is er met het programma gemoeid?

Onder de noemer Zorg en ondersteuning in de buurt zet ZonMw in op het verbinden en in de praktijk brengen van de opbrengsten uit 8 ZonMw programma's in een aantal regio's in Nederland. Er loopt bij ZonMw geen apart programma Zorg en ondersteuning in de buurt. Het betreft de programma's Zichtbare Schakel, Preventiekracht dicht bij huis, Academische Werkplaatsen Publieke Gezondheid, Gezonde Slagkracht, Nationaal Programma Ouderenzorg, Disease Management Chronische Ziekten, Op één lijn en Patiëntparticipatie in onderzoek, kwaliteit en beleid. Deze acht programma's richten zich allemaal op verschillende aspecten van zorg en ondersteuning in de buurt.

De doelen die ZonMw heeft gesteld zijn drieledig. Ten eerste voortgang in ontwikkeling in zorg en ondersteuning in de buurt in minimaal 5 deelnemende regio's. Daarnaast een verbeterde werkwijze rond praktijkgericht programmeren en kennisbenutting. En tot slot het doorgeleiden van kennis over de dynamiek van praktijk en implementatieondersteuning naar het landelijk beleid.

De financiering van deze activiteiten valt onder programmalijn 2 «implementatie» van het programma «Op een Lijn» en kent een budget van € 3 miljoen (tot eind 2014). ZonMw zal aan het einde van 2014 rapporteren welke feitelijke activiteiten zijn verricht en welke concrete opbrengsten het traject heeft gehad. Met samenwerkingspartners zullen de opbrengsten kwalitatief geëvalueerd worden.

50

In hoeverre worden verenigingen gestimuleerd om hun locatie zo veel mogelijk beschikbaar te stellen voor andere sport- en beweeginitiatieven? Welke rol spelen gemeenten hierin? Wat kan beter?

Een aantal gemeenten, sportbonden en NOC*NSF activeren sportverenigingen om een «open club» te worden. Deze verenigingen dragen eraan bij dat inwoners fit en vitaal zijn en meedoen in de samenleving. Sportverenigingen vormen hier de spil binnen lokale samenwerkingsverbanden met maatschappelijke partners, bedrijven en de gemeente. De open club gaat uit van een integrale buurtaanpak, waarbij sport wordt verbonden met bijvoorbeeld onderwijs, cultuur, eerstelijnsgezond-

heidszorg, welzijn en de wijkagent. Doel is om de eigen leden, andere regelmatige bezoekers van de club en de buurtbewoners te verleiden om te komen, te sporten en betrokken te raken en te blijven bij de buurt. Dit betekent dat ze hun locatie zo veel mogelijk beschikbaar stellen aan initiatieven vanuit sport en bewegen, maar ook vanuit andere sectoren. Er zijn al een aantal goede voorbeelden: bijvoorbeeld Sportplusverenigingen in Rotterdam, Buurthuis van de Toekomst in Den Haag, De Pelikaan in Zwolle en Sportdorp in Groningen (zie ook E-zine Sportcampagne Gemeenteraadsverkiezingen 2014; www.nocnsf.nl/GR2014).

Veel sportclubs kunnen en willen een sterkere maatschappelijke rol spelen. Sportclubs staan open voor verbinding met andere sport-en beweeginitiatieven en andere sectoren, maar kunnen deze transitie vaak niet zelfstandig vormgeven. In de transitiefase is tijdelijke hoogwaardige begeleiding nodig, waarna sportclubs dit zelf duurzaam kunnen voorzetten. In Rotterdam wordt deze begeleiding bijvoorbeeld geboden door Rotterdam Sportsupport. Brede steun van de overheid om deze hoogwaardige begeleiding te realiseren is cruciaal.

Daarbij kan de effectiviteit van het programma Sport en Bewegen in de buurt verhoogd worden door de buurtsportcoach meer als ondersteuner in te zetten voor sportclubs (en andere lokale partners) en niet als uitvoerder van de sportprogramma's. Tenslotte moet regelgeving, die de transformatie van sportclub naar openclub bemoeilijkt, weggenomen worden.

51

Waarom verloopt de toename van het aantal JOGG-gemeenten langzaam? Wanneer is de verwachting dat het overgrote deel van de gemeenten de JOGG-aanpak hanteert? Zijn er al resultaten van gemeenten die al een tijdje met de JOGG-aanpak werken? Lukt het om de JOGG-aanpak één op één door te vertalen naar andere gemeenten?

Op dit moment zijn er 37 JOGG-gemeenten. Binnen enkele weken sluiten nog een aantal gemeenten aan en zal de teller op 40 staan.

Daarnaast hebben circa 15 gemeenten aangegeven serieuze belangstelling te hebben en is het landelijk JOGG bureau met hen in gesprek over aansluiting op korte termijn. De ambitie en inzet blijft gericht op 75 JOGG-gemeenten in 2015.

Het is een keuze van de gemeente om aan te sluiten bij JOGG. De afweging wordt lokaal gemaakt. Daar kunnen diverse redenen zijn om (nog) niet aan te sluiten bij JOGG. Een veelgehoord punt is dat gemeenten in 2014 bezig zijn met de voorbereiding van de decentralistie. We merken dat dat tijd en energie vergt. Dit maakt het voor het landelijk JOGG-bureau lastig in korte tijd een besluit te verkrijgen van het college om te investeren in de JOGG-aanpak. Zoals gezegd is sprake van een positieve ontwikkeling. Zowel in aantal JOGG-gemeenten als op inhoudelijke resultaten. Hiervoor verwijzen wij naar het antwoord op vraag 17.

De JOGG-methode gaat uit van de lokale behoefte en situatie. Door langs 5 verschillende pijlers te kijken en te werken ontstaat een lokale integrale aanpak. Deze manier van werken is door te vertalen naar andere gemeenten. We zien dit o.a. doordat activiteiten die bij de ene gemeenten worden uitgevoerd, overgenomen worden en als inspiratie dienen voor andere gemeenten. Daarmee groeit JOGG langzaam uit tot een beweging. Dit laat echter onverlet dat altijd sprake is van maatwerk op lokaal niveau.

52

Op grond van welke resultaten, feiten en cijfers wordt gesteld dat de JOGG-aanpak bewezen effectief is om de stijging van overgewicht en

obesitas bij kinderen om te zetten in een daling? Welke gestelde ambities voor het eerdere preventieprogramma Langer Gezond Leven 2004–2007 zijn wel gehaald? En welke niet? Welke gestelde ambities voor het eerdere preventieprogramma Gezond Gewicht 2005–2010 zijn wel gehaald? En welke niet? Welke gestelde ambities voor het eerdere preventieprogramma Jongeren op gezond gewicht 2010–2015 zijn wel gehaald? En welke niet?

JOGG is een aanpak gebaseerd op de succesvolle Franse EPODE-aanpak. Met deze integrale aanpak werd in de periode 2004–2007 in tien proefsteden een daling van 10–15% van de prevalentie van overgewicht bij kinderen gerealiseerd.⁴ Over de methode en de effecten is vanuit de verschillende landen/ locaties gepubliceerd.⁵ Nederland is bovendien niet het enige land dat deze methode toepast. Naast Frankrijk (met 225 EPODE gemeenten) wordt de aanpak wereldwijd met 25 programma's in 15 verschillende landen toegepast. We zien in Nederland ook de positieve resultaten van deze aanpak. Het programma Jongeren Op Gezond Gewicht 2010–2015 (JOGG) is nog niet afgerond. Voor de tussentijdse resultaten en ambities van JOGG verwijs ik u naar het antwoord op vraag 17 en 111.

U vraagt naar de behaalde ambities Gezond Gewicht 2005–2010. Mijn voorganger heeft u over het Convenant Overgewicht geïnformeerd (TK 2009–2010, 31 899, nr. 15). Dit convenant stond in het teken van agenda-setting en bewustwording. En met succes: overgewicht staat nu hoog op de agenda van burgers, bedrijven, overheden en maatschappelijke organisaties. Daarnaast heeft het bedrijfsleven de handschoen opgepakt en is aan de slag gegaan. Het Convenant Overgewicht had de ambitie om de stijgende trend van overgewicht en obesitas te stoppen en om te buigen. Er zijn in deze periode 2005–2010 veel acties en experimenten gestart, waarbij bewust gekozen is om al die initiatieven, van groot tot klein, een kans te geven. Hier zijn kleine resultaten geboekt, die wel potentie hadden bij schaalvergroting, maar nog niet een bijdrage leverden aan een landelijke trendbreuk. De lessen en successen hebben de opzet van het huidige Convenant Gezond Gewicht (2010–2014) beïnvloed.

Ten aanzien van de ambities in de nota Langer Gezond Leven 2004 – 2007 kan gesteld worden dat voor de meeste doelstellingen meer tijd nodig was dan de periode van de nota, hoewel de tijdshorizon niet voor iedere doelstelling concreet was aangegeven. Wel valt op dat de trend meestal wel goed is. Zo is bij roken de doelstelling van 25% niet gehaald in 2007, maar wel in 2011. Bij diabetes en alcohol is de doelstelling niet gehaald. Bij overgewicht wel. De prevalentie onder volwassenen is nauwelijks gestegen in die periode (van 45,1% in 2002 naar 45,7% in 2007 – bron: CBS), voor jongeren tot 20 jaar is de prevalentie ook nagenoeg gelijk gebleven (van 11,8% in 2002 naar 11,4% in 2007 – bron: CBS).

53

In hoeverre wordt er binnen het programma verbinding gezocht met de activiteiten van het College Perinatale Zorg (CPZ) met betrekking tot het terugdringen van de babysterfte? Kunnen beide initiatieven elkaar versterken? Zo ja, hoe?

⁴ FLVS studie, Romon et al in 2009

⁵ België: http://www.viasano.be/data/press_release/download/Persdossier_2013.pdf

Nederland (Utrecht Overvecht en Zwolle): <http://www.utrecht.nl/smartsite.dws?id=12564&persberichtID=360486&type=pers>

http://www.jongerenopgezondgewicht.nl/actueel/jogg-gemeente_zwolle_minder_overgewicht_onder_basisschoolkinderen

Australië: <http://foe.org.nz/2008/07/27/australia-community-wide-campaign-successful-in-fighting-childhood-obesity/>

Er zijn geen specifieke verbindingen gelegd vanuit het NPP naar het CPZ. Dat laat echter onverlet dat het NPP een bijdrage kan leveren aan het terugdringen van de babysterfte. De kans op een gezonde baby neemt aanzienlijk toe als de ouders en met name de (aanstaande) moeder een gezonde levensstijl hanteert. Het NPP versterkt daarmee de boodschap die vanuit het CPZ al eerder is gegeven, namelijk de gezondheid van een kind begint al voor de bevruchting.

54

Wat is de reden ervan dat binnen het HP4All project niet wordt ingezet op borstvoeding? Hoe gaat u ervoor zorgdragen dat in het opvolgende project na 1 maart 2014 de effectiviteit van borstvoeding opgenomen wordt als onderdeel van het verbeteren van de gezondheid van moeders en hun baby's?

De focus van het HP4All project ligt op de periode voor en in de eerste drie maanden van de zwangerschap. Hierbij gaat het niet alleen over medische maar ook niet-medische risico's zoals leefstijl, leefomstandigheden of psychosociale problematiek. De aanpak is gericht om de pasgeborenen een goede start te geven. Gezien de periode waarop de aanpak zich richt maakt borstvoeding geen deel uit van deze aanpak. In het vervolproject vindt integratie plaats van risicogeleide zorg in verloskundige, kraam-, jeugdgezondheidszorg en public health. Vanzelfsprekend zullen dan de bestaande richtlijnen van de betrokken zorgverleners en beroepsorganisaties (waaronder die op het gebied van (borst)voeding) onderdeel zijn van de aanpak.

55

Op welke wijze gaat u, in het kader van gezond meedoen, de gezondheidsvaardigheden van burgers versterken?

Zie vraag 51 deel I.

56

In hoeverre nemen private partijen het heft in handen om in samenspraak met gemeenten en burgers de publieke ruimte beweegvriendelijker en uitnodigender in te richten?

Het inrichten van de publieke ruimte in gemeenten is de verantwoordelijkheid en bevoegdheid van het lokaal bestuur. Zij heeft daarover de regie en bepaalt in samenspraak met de gemeenteraad, burgers en private partijen het proces. Vanwege de decentrale verantwoordelijkheid hebben we geen systematisch overzicht van de deelname van private partijen anders dan reeds in het NPP opgenomen. Wel kan middels het NPP de rijksoverheid gemeenten en lokale professionals ondersteunen door het verzamelen en verspreiden van goede voorbeelden.

57

Wanneer worden de resultaten van de pilots die het RIVM en Alterra uitvoeren naar de effecten van een gezonde en groene omgeving op de gezondheid en zorgkosten van burgers bekend?

De effecten op de zorgkosten zijn geen onderwerp van onderzoek in de pilots die RIVM en Alterra uitvoeren. De resultaten van de pilots worden uiterlijk 1 februari 2015 verwacht.

58

Wat wordt er gedaan ter verbetering van het binnenlucht-klimaat van verouderde woningen, waarin vaak mensen met een lage sociaaleconomische status wonen? Is er samenwerking met woningcorporaties?

Zoals in de brief van de Staatssecretaris van Infrastructuur en Milieu en de Minister van VWS over afronding van de Nationale Aanpak Milieu en Gezondheid⁶ aangegeven is de afgelopen jaren werk gemaakt van agendering van het thema binnenmilieu, het bijeenbrengen van partijen (bouw- en consumentenorganisaties) en het verspreiden van kennis en instrumenten. Nu zijn die partijen die verbetering in de praktijk kunnen realiseren – woningcorporaties, bouwpartijen, gemeenten, scholen, kindercentra – aan zet. Het Rijk blijft ondersteunen met kennis, monitoring en signalering, zowel naar de bouwsector als naar de consument. Essentieel is immers dat een woning en gebouw van voldoende kwaliteit is en op een goede manier wordt gebruikt en onderhouden. In dat licht blijft het binnenmilieu een aandachtspunt in het beleid ten aanzien van energiebesparing in woningen en overige gebouwen. Bovendien heeft het Rijk een rol bij de brongerichte aanpak, bijvoorbeeld bij Europese normstelling voor chemische stoffen en het in de handel brengen van bouwmaterialen en gastoestellen.

59

Kunt u aangeven hoe onderzoek naar de onderliggende principes van de positieve effecten van natuur in de stedelijke omgeving wordt gestimuleerd? Kunt u meer specifiek aangeven welke onderzoeken er op dit moment in dit kader worden gevoerd?

Onderzoek naar de onderliggende principes van positieve effecten van natuur wordt ondermeer gestimuleerd door het financieren van de pilots van het RIVM en Alterra door de Ministeries van EZ en VWS. Daarnaast vindt stimulering plaats door onder meer het financieren van projecten rond groene schoolpleinen. Deze worden uitgevoerd onder de verantwoordelijkheid van een conglomeraat van onder meer de Onderwijsraden, Jantje Beton, IVN en het RIVM.

De departementen houden geen systematisch overzichten bij van lopend onderzoek elders gefinancierd wordt.

60

Wat is de huidige stand van zaken betreffende de incorporatie van preventie in de ondersteunende instrumenten voor gemeenten, ten bate van de transities van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), Langdurig Intensieve Zorg (LIZ), Jeugdwet en Participatiewet?

Meer aandacht voor preventie om zodoende onnodig beroep op (dure) zware zorg terug te dringen is een belangrijk transformatiedoel van de stelselwijziging jeugd en de decentralisatie van begeleiding naar de Wmo. Zowel in de Wmo als in de Jeugdwet is het van belang dat problemen zoveel mogelijk voorkomen worden en er vroegtijdig gesignaleerd en ondersteund wordt als dat nodig is om zwaardere ondersteuning te voorkomen. Preventie is dus cruciaal. Daarbij is het steeds van belang dat gezien wordt wat mensen zelf en met hun netwerk kunnen oppakken of voorkomen. De nieuwe Jeugdwet maakt gemeenten verantwoordelijk voor de preventie van opvoed- en opgroei problemen. Het gaat bijvoorbeeld om activiteiten die nu nog vallen onder het prestatieveld 2 van de Wmo en het maatwerkdeel van de jeugdgezondheidszorg in de Wet publieke gezondheidszorg (Wpg).

Rijk en VNG ondersteunen gemeenten via het Transitiebureau Jeugd en via het Transitiebureau Wmo op verschillende manieren bij de transformatie (waaronder preventie). Op de website Voordejeugd.nl en via www.invoeringwmo.nl worden goede voorbeelden in de schijnwerpers gezet. Veel gemeenten doen hier nu al ervaring mee op door te werken

⁶ Kamerstuk 28 089, nr. 27.

met sociale wijkteams of jeugd- en gezinsteams. Om gemeenten en het veld te ondersteunen bij de invulling van preventie en zorgvernieuwing is voor Jeugd de Transformatieagenda in voorbereiding, die begin 2014 beschikbaar komt. De kenniscentra Nederlands Jeugdinstituut en ZonMw zijn betrokken bij de uitwerking van de transformatieagenda. In het kader van de Wmo wordt een landelijk transitieplan opgesteld, dat in januari naar de Tweede Kamer wordt verzonden. In de daarin genoemde instrumenten, zoals handreikingen, zal aandacht worden besteed aan preventie. Het TransitieBureau Jeugd en het TransitieBureau Wmo werken samen aan het inrichten van een Rapid Response Team om gemeenten op maat te kunnen ondersteunen.

61

Waar ligt de verantwoordelijkheid en uitvoering voor het ontwikkelen van de genoemde instrumenten om gemeenten en professionals te ondersteunen bij de transitie van onder meer begeleiding naar de gemeenten? Worden bij de ontwikkeling van materiaal en scholing ook de professionals in de publieke gezondheidszorg betrokken?

De instrumenten om de transitie (en transformatie) te ondersteunen zijn de landelijke programma's voor ontwikkeling en implementatie van onderbouwde praktijkkennis, ook wel evidence-based practice genoemd. Gemeenten en uitvoerende organisaties hebben deze kennis nodig om de maatschappelijke ondersteuning zo goed mogelijk te kunnen uitvoeren. Het werkveld en de landelijke kennisinstituten ontwikkelen en implementeren deze kennis, VWS faciliteert en is (mede)financier. Meer concreet gaat het om het landelijk dekkend netwerk van 13 Wmo-werkplaatsen, waarin hogescholen, lectoraten, gemeenten en een kleine 200 zorg- en welzijnsinstellingen samenwerken. Ze ontwikkelen effectieve sociale interventies onder andere op het terrein van eenzaamheidsbestrijding, ondersteuning van mensen met een beperking, wijkteams en de samenwerking formeel-informeel. Het landelijk kennisinstituut Movisie zorgt voor synthese van de lokale kennis en verrijkt en verdiept deze. Movisie werkt nauw samen met het Nederlands Jeugdinstituut, het Centrum Gezond Leven en het Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen. Op basis van de ervaringen met de toepassing van de interventies ontwikkelen de lectoren onderwijsmodules voor deskundigheidsbevordering en het initiële onderwijs. Zo functioneert een kennissysteem waarin de lokale en de landelijke kennisstructuur elkaar aanvullen en versterken en waar professionals, gemeenten en gebruikers kennis kunnen komen halen en brengen.

De Gezondheidsraad zal, mede op grond van de ervaringen in de werkplaatsen, medio 2014 advies uitbrengen hoe onderzoek, praktijk en onderwijs kunnen worden samengebracht in een samenhangend, zichzelf instandhoudend systeem van kennisontwikkeling en kennisimplementatie ter bevordering van een hoogwaardige beroepsuitoefening in de Wmo.

62

In hoeverre wordt armoedebestrijding meegenomen in de preventieaanpak van het programma? Hoe wordt dit ingestoken en hoe kunnen beide elkaar versterken? Hoe sluiten deze activiteiten aan op de € 100 miljoen die het kabinet structureel vrijmaakt voor armoedebestrijding vanaf 2015?

Een goede preventieaanpak is effectief in het tegengaan van armoede. De snelste weg uit de armoede is immers het hebben van werk en voor deelname aan het arbeidsproces is gezondheid van groot belang. Omgekeerd geldt dat een effectieve aanpak van armoedeproblematiek een bijdrage levert aan de gezondheid van mensen. Mensen met een laag inkomen leven immers, mede als gevolg van de beperktere financiële

mogelijkheden en de geringere sociale participatie, vaak relatief minder gezond.

Het Kabinet heeft extra middelen beschikbaar gesteld voor een versterking van het armoede- en schuldenbeleid. Gemeenten, die primair verantwoordelijk zijn voor armoede- en schuldenbeleid, ontvangen het grootste deel hiervan, namelijk € 70 miljoen in 2014 en vanaf 2015 jaarlijks € 90 miljoen. Gemeenten zijn in staat om op lokaal niveau integraal beleid te voeren door het armoede- en schuldenbeleid en de preventieaanpak te verbinden.

Ook wordt € 5 miljoen van de intensivering armoede- en schuldenbeleid ingezet om de Sportimpuls structureel te verhogen. Het Kabinet vindt het immers belangrijk dat iedereen kan sporten en bewegen in zijn of haar eigen buurt. Dit geldt zeker voor kinderen. Uit diverse onderzoeken blijkt dat de sportparticipatie van kinderen uit gezinnen met een laag inkomen achterblijft. Vanaf deze ronde van de Sportimpuls zijn er daarom extra middelen beschikbaar gesteld, zodat ook deze kinderen kunnen sporten en bewegen.

63

Hoe is de samenwerking tussen huisartsen en bedrijfsartsen geregeld met betrekking tot duurzame inzetbaarheid van werknemers? Wie draagt welke verantwoordelijkheid bij uitval door ziekte?

De samenwerking tussen huisarts en bedrijfsarts is vooral een eigen verantwoordelijkheid van deze beroepsbeoefenaren. Momenteel wordt in de SER gewerkt aan voorstellen om o.a. de arbeidgerelateerde gezondheidszorg, waar nodig, beter te laten aansluiten op de zorg welke verleend wordt door de huisarts. Ik verwacht dit advies voorjaar 2014.

Werknemers zijn zelf mede verantwoordelijk voor behoud en ontwikkeling van hun duurzame inzetbaarheid. De werkgever is verantwoordelijk voor een goed arbeidsomstandigheden- en verzuimbeleid in de onderneming. Voor zover de duurzame inzetbaarheid van een werknemer dreigt te worden aangetast door ziekte zal de werknemer zich in eerste instantie wenden tot de huisarts voor behandeling. De bedrijfsarts heeft een preventief-signalerende taak naar het management en de werknemer en veelal samen met de manager een begeleidende rol bij verzuim.

64

Bent u ervan op de hoogte dat de fysiotherapeut door beweegprogramma's chronisch zieke werknemers in beweging houdt? Zo ja, bent u bereid een versterkte samenwerking tussen bedrijfsarts, huisarts en fysiotherapeut te faciliteren?

Ik ben er van op de hoogte dat fysiotherapeuten, maar ook diverse andere aanbieders, beweegprogramma's hebben voor werknemers met een chronische ziekte. Een voorbeeld hiervan is het toenemend aantal bedrijfsfitness-organisaties waarmee werkgevers afspraken kunnen maken. Het faciliteren van een versterkte samenwerking is niet aan mij. Werkgevers kunnen dergelijke beweegprogramma's zelf inkopen dan wel zich daarvoor verzekeren, bijvoorbeeld via collectiviteiten in polissen bij zorgverzekeraars. Ik verwacht daarnaast dat zorgverleners, waar nodig, samenwerken om de cliënt zo goed mogelijk te kunnen helpen.

65

Hoe gaat u het doel «bewustwording en bevorderen van duurzame inzetbaarheid van werkenden» meten?

Het doel «bewustwording en bevorderen van duurzame inzetbaarheid van werkenden» wordt gemeten met behulp van bestaande bronnen. Belangrijke bronnen hiervoor zijn de Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden (NEA) en de Werkgevers Enquête Arbeid (WEA) en de issuermonitor. Deze onderzoeken worden periodiek uitgevoerd en geven informatie over de stand van zaken op het gebied van arbeid in bedrijven en instellingen vanuit respectievelijk werknemers- en werkgeversperspectief. In de NEA is informatie beschikbaar over de werksituatie, inzetbaarheid en gezondheid van een grote en representatieve steekproef van werknemers in Nederland. Deze enquêtes bevatten diverse vragen die relevante informatie opleveren over de duurzame inzetbaarheid van werkenden.

66

Is er al inzicht in de resultaten van het Actieplan Gezond Bedrijf?

De rapportage over de resultaten van het Actieplan Gezond Bedrijf verwachten wij begin 2014. Vooruitlopend hierop kunnen wij meedelen dat 561 nul-metingen zijn gedaan, 450 verdiepingstrajecten zijn uitgevoerd, 16 goede voorbeelden zijn gegenereerd (<http://www.dezaakvoorelkaar.nu/inspiratie/>) en 28 vouchers zijn ingezet voor deskundige ondersteuning. In het voorjaar van 2014 ontvangt u de plannen voor een meerjarig vervolg voor het agenderen en stimuleren van Duurzame Inzetbaarheid op de MKB-werkvloer.

67

Is er bij bedrijfscaterars bereidheid om het aanbod in bedrijven verantwoord en gezonder te maken naar aanleiding van de resultaten van het VU-onderzoek?

Veneca, de brancheorganisatie van caterars, heeft het initiatief genomen om samen met de VU en een zorgverzekeraar onderzoek te doen naar een gezond cateringconcept dat breed toepasbaar is voor opdrachtgevers en caterars. Het cateringconcept zal in verschillende type bedrijven worden uitgetest. Het onderzoek van de VU start begin 2014 en loopt naar verwachting 3 jaar. Diverse grote caterars zijn betrokken bij de uitvoering van het onderzoek. Veneca is ook partner van het Convenant Gezond Gewicht.

68

Worden de activiteiten van het Centrum Gezond Leven de komende tijd gecontinueerd? Blijft de wijze waarop interventies erkend worden hetzelfde?

Ja, de activiteiten van het Centrum Gezond Leven worden voortgezet. Zie hiervoor de brief aan uw Kamer (Kamerstuk 32 793 nr. 107). Het CGL heeft onlangs een convenant getekend samen met vier andere partijen (Nederlands Jeugdinstituut, Nederlands Centrum Jeugdgezondheid, en Movisie) waarin partijen afspraken vastleggen voor de harmonisering van hun traject om interventies te erkennen in de periode 2013–2018. Dit betekent een belangrijke stap naar meer kwaliteit en effectiviteit van jeugd-, sport- sociale en leefstijlinterventies.

69

Wat gaat er concreet gedaan worden om de praktijklokalen en werk-leerbedrijven voor leerlingen snel op het gewenste arbo-nalevingsniveau te krijgen?

Door meerdere partijen worden verschillende initiatieven ondernomen gericht op het verbeteren van de arbeidsomstandigheden in praktijklokalen en werk- en leerbedrijven.

De MBO Raad voert in opdracht van het Ministerie van SZW een onderzoek uit naar wat er over gezond en veilig werken in de kwalificatiedossiers in het mbo is opgenomen (hierin staat wat een student aan het eind van zijn opleiding moet kennen en kunnen) en hoe hier op de mbo-scholen in lessen en praktijkvorming invulling aan wordt gegeven. Naar aanleiding van dit onderzoek wordt met belanghebbenden bezien welke vervolgstappen wenselijk en mogelijk zijn. Het onderzoek is naar verwachting eind februari 2014 afgerond.

Het Ministerie van SZW is in gesprek met de SLO (Stichting Leerplanontwikkeling Nederland) over de aandacht in het leerplankader Sport, Bewegen, Gezonde Leefstijl voor het aanleren van gezond en veilig werken en duurzame inzetbaarheid.

Kenteq, de kennisinstelling van de leerbedrijven in de metaal, heeft aangegeven zich te beraden op de eigen rol t.b.v. verhoging van het arbo-nalevingsniveau in erkende leerbedrijven in de metaalproductenindustrie.

De Inspectie SZW onderneemt verschillende activiteiten gericht op het verbeteren van de naleving in erkende leerbedrijven in de metaalproductenindustrie. Ten eerste informeert zij de Onderwijsinspectie over de inspectieresultaten in de Metaal, met het oog op handhaving van art.5 lid 1, Erkenningsreglement Leerbedrijven (veiligheid bij de leerbedrijven). In de tweede plaats is met sociale partners afgesproken dat op het gebied van jongeren/nieuwkomers in de metaal de Inspectie SZW in 2014 intensiever gaat samenwerken via het project 5xbeter, een gezamenlijk project van werkgeversorganisaties en vakbonden in de Metaalbewerking en Metaalektro ter verbetering van de arbeidsomstandigheden. Verder heeft de Inspectie SZW een digitale tool ontwikkeld om het veiligheidsbewustzijn te versterken. Deze tool wordt begin 2014 gelanceerd. Tot slot blijft de Inspectie SZW leerbedrijven waar mbo-studenten stage lopen inspecteren en stelt daar expliciet voorlichting, onderricht en toezicht aan de orde. De scholen waarbij eerder overtredingen zijn vastgesteld worden in 2014 opnieuw door de inspectie SZW geïnspecteerd. Het Ministerie van OCW zal voorlichtingsactiviteiten inzetten gericht op vmbo en praktijkonderwijs als uit deze inspecties blijkt dat de naleving bij scholen en leerbedrijven laag is.

70

Zal uit het haalbaarheidsonderzoek blijken hoe het persoonlijk werkdossier in verhouding staat met de privacy van werknemers met slechte gezondheid in een kwetsbare arbeidspositie?

Het onderzoek is een open verkenning naar de haalbaarheid van een persoonlijk werkdossier. In de verkenning wordt gekeken naar verschillende mogelijkheden voor vorm en inhoud variërend van een smalle tot een brede invulling, met bijvoorbeeld alleen gegevens over blootstelling aan arbeidsrisico's of daarnaast ook gegevens over scholing en mobiliteit. Om de haalbaarheid van varianten van een persoonlijk dossier te beoordelen, wordt onder meer gekeken naar draagvlak bij stakeholders, kosten-baten en juridische aspecten, waaronder de privacy van alle werknemers. Bij de weging of een variant van een persoonlijk dossier haalbaar en wenselijk is, wordt dus rekening gehouden met de gevolgen van die variant voor de privacy van werknemers. Bij dit onderzoek zijn belangenorganisaties als werkgevers- en werknemersorganisaties betrokken.

71

Zal in de module Arbeid ook aandacht komen voor de verantwoordelijkheden voor betrokken professionals met betrekking tot stressklachten van de werknemer?

De ontwikkeling van de zorgmodule arbeid is nog niet afgerond. Daarom is deze vraag voorgelegd aan de ontwikkelaars van de zorgmodule. Zij hebben gemeld dat in de voorziene module Arbeid aandacht is voor allerlei klachten waar de zorgverlener op zou moeten/kunnen letten in relatie tot het werk. Zij benadrukken dat de module is gericht op de bijdrage van de zorgverlener bij het ondersteunen van duurzame inzetbaarheid van de werkende met een chronische aandoening. In de zorgmodule is ook stress bij werknemers een aandachtspunt.

72

Wordt in de module Arbeid adequaat rekening gehouden met de privacy-wensen van de werknemers? Op welke wijze wordt dit verwezenlijkt?

De ontwikkeling van de zorgmodule arbeid is nog niet afgerond. Daarom hebben is deze vraag voorgelegd aan de ontwikkelaars van de zorgmodule. Zij hebben gemeld dat in de voorziene module Arbeid de privacy van de werknemer inderdaad een aandachtspunt vormt. Als voorbeeld noemen zij dat zij verwijzen naar de KNMG-richtlijnen die gaan over gegevensuitwisseling. Deze richtlijnen zijn gericht op de bescherming van de privacy van de werknemer.

73

In hoeverre is de verwachting dat meer aandacht voor het voorkomen van uitval van chronisch zieke werknemers leidt tot een betere inzetbaarheid? Welke doelstellingen zullen hiervoor worden gesteld? In hoeverre krijgt de gezondheid van zieke werknemers een centrale plaats in de plannen?

Uit gesprekken met vertegenwoordigers van mensen met een chronische aandoening blijkt dat er rond het werk een aantal aandachtspunten / verbeterpunten wordt gesignaleerd. Niet alleen voor de werkgever (bijvoorbeeld de wijze waarop de leidinggevende met de werknemer de chronische aandoening bespreekt en welke mogelijkheden er in het werk zijn om daar flexibel mee om te gaan) maar ook voor de werknemer (bijvoorbeeld: in hoeverre wil en kan deze zijn collega's over zijn chronische aandoening informeren en kenbaar maken wat hij nodig heeft om te kunnen blijven functioneren).

De veronderstelling is dat meer systematische aandacht van werknemers en werkgevers voor dit soort thema's het functioneren van chronisch zieke werknemers positief kan beïnvloeden (en daarmee uitval wellicht kan verminderen). De Ministeries van VWS en SZW willen dit dan ook verder verkennen in samenwerking met patiëntenorganisaties, werknemersorganisaties en andere relevante partijen. Hieruit moet blijken wat er nodig is en langs welke weg dat gerealiseerd kan worden. In eerste instantie gaat het om een verkenning, daaraan worden geen doelstellingen gekoppeld. Het thema «gezondheid», of je gezond voelen om te kunnen werken, is in deze verkenning een belangrijk onderwerp.

74

In hoeverre wordt de rolverdeling huisarts/bedrijfsarts meegenomen in het onderzoek naar niet meldende artsen met betrekking tot beroepsziekten?

Op grond van artikel 9 van de Arbeidsomstandighedenwet zijn bedrijfsartsen verplicht beroepsziekten te melden. Het onderzoek van de Inspectie SZW en de IGZ richt zich daarom op het (niet) melden door bedrijfsartsen. Huisartsen hoeven beroepsziekten niet te melden.

75

Welke invloed speelt laaggeletterdheid bij het realiseren van succesvolle preventie-interventies? Welke gerichte investeringen in het terugdringen van laaggeletterdheid worden gedaan om te zorgen dat preventie-interventies effectief kunnen zijn bij laaggeletterden?

Uit onderzoek blijkt dat laaggeletterden (2/3 is van autochtone afkomst) hogere gezondheidskosten veroorzaken. Ze begrijpen informatie niet goed. De gevolgen hiervan zijn onder meer: een verhoogd risico op ziekenhuisopnames⁷, een ongezonder leven⁸, eerder doodgaan⁹ en meer complicaties bij diabetes¹⁰. Ook grootschalige gezondheidscampagnes bereiken laaggeletterden slecht. De Stichting Lezen & Schrijven is op beperkte schaal actief binnen de gezondheidszorg met onder meer het ontwikkelen van enkele best practices om laaggeletterdheid bij zowel medewerkers in de gezondheidszorg als patiënten terug te dringen. Een voorbeeld hiervan is het jaarlijks trainen van circa 250 zorgverleners in het herkennen van laaggeletterden in hun zorgomgeving en het doorverwijzen van deze laaggeletterden naar een taal cursus. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om Jeugdgezondheidszorg-, GGD- en huisartsen en verpleegkundigen, maar ook om bedrijfsartsen en vitaliteitscoaches uit het bedrijfsleven. Een ander voorbeeld zijn taalsprekuren in ziekenhuizen. Hiermee is Stichting Lezen & Schrijven in 2013 mee gestart in samenwerking met het Flevoziekenhuis Almere en het OLVG Amsterdam.

76

Wat gaat er vanuit het kabinet gebeuren om de combinatie werk/mantelzorg beter te faciliteren? In hoeverre worden in deze plannen ook scholen betrokken om speciale aandacht te geven aan kinderen die mantelzorgtaken op zich nemen?

De afgelopen jaren is in het kader van het Project Werk en Mantelzorg gebleken dat bekendheid en bespreekbaarheid van mogelijkheden om (mantel)zorg en werk te combineren in de relatie werkgever-werknemer een belangrijke voorwaarde – zo niet de belangrijkste – is voor goed (mantel)zorgbeleid van bedrijven.

Het kabinet start per 2014 een nieuw project Werk en Mantelzorg. Daarbij zal de inzet in elk geval gericht zijn op het verspreiden van de goede praktijkvoorbeelden die het voorgaande project heeft opgeleverd en op het bevorderen van de bekendheid van verlofregelingen op de werkvloer. Tevens zal een branchegerichte aanpak onderdeel uitmaken van het project. In deze aanpak staan het belang van de bespreekbaarheid van de combinatie van werk en mantelzorg op de werkvloer en het bereiken van maatwerk centraal. Het kabinet wil sociale partners, branches en gemeenten zoveel mogelijk betrekken bij de invulling van het project. Zie ook de brief «Resultaten bijeenkomst arbeid en zorg 18 november» van 12 december 2013 (Kamerstuk 32 855, nr. 15).

Zoals de Staatssecretaris van VWS heeft aangegeven tijdens de 2^e termijn van het AO mantelzorg en vrijwilligerswerk op 14 november jl. zal

⁷ Hartley en Horne, 2006

⁸ Twickler et al., 2009

⁹ Bakker et al., 2007

¹⁰ Rothman et al., 2004; Schillinger et al., 2002)

aandacht worden besteed aan het goed toerusten van jonge mantelzorgers ter voorkoming van overbelasting. Overigens krijgt de samenwerking tussen onderwijs en zorg in de praktijk gestalte door de inzet van de zgn. zorgadviesteams (ZAT-teams) die zijn verbonden aan scholen, waarin onderwijs en zorg (dreigende) problematiek van leerlingen en studenten bespreken en een evt. hulpaanbod afstemmen. In dat kader kan ook aandacht worden besteed aan leerlingen en studenten waar de ontwikkeling en/of het welzijn als gevolg van zorgtaken onder druk staat.

77

In hoeverre wordt er nu voldoende rekening gehouden met laaggeletterden en mensen met lage gezondheidsvaardigheden, bijvoorbeeld met de uitnodigingen voor bevolkingsonderzoek? Wat kan hierin nog worden verbeterd?

Het voorlichtingsmateriaal voor het bevolkingsonderzoek wordt gelaagd aangeboden.

Bij de uitnodiging wordt een folder meegestuurd met basisinformatie voor iedereen. Deze folder wordt getest op begrijpelijkheid – ook bij laaggeletterden – en in verschillende talen beschikbaar. Meer informatie is beschikbaar op de websites van het RIVM en de screeningsorganisaties. Dat gaat om verdiepende informatie, veelgestelde vragen, maar ook bijvoorbeeld een animatie van hoe een bevolkingsonderzoek precies verloopt. Zo is de animatie van het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker veelbezocht. Verbetering is altijd mogelijk en de voorlichtingsproducten worden dan ook regelmatig herzien en geactualiseerd.

78

Hoe groot is het belang van de beschikbaarheid van leesmaterialen in de openbare bibliotheken bij het verhogen van het taalniveau van laaggeletterde werknemers? Is het nuttig en efficiënt om, in het kader van het verhogen van het taalniveau van laaggeletterden, te stimuleren dat in iedere gemeente een openbare bibliotheekvoorziening aanwezig blijft?

Het is van belang dat er een laagdrempelig aanbod is van zowel leesmaterialen alsook een cursusaanbod voor laaggeletterden, waaronder werknemers. Een herkenbare en laagdrempelige plek waar mensen die moeite hebben met lezen en schrijven terecht kunnen is cruciaal voor de aanpak van laaggeletterdheid. Openbare bibliotheken spelen een steeds grotere rol hierin. De vanuit de overheid gestarte pilot «Taal voor het leven» verkent hoe de rol van onder meer de bibliotheek bij de aanpak van laaggeletterdheid kan worden versterkt. Dit gebeurt bijvoorbeeld door zogenoemde »Taalhuizen» en »Taalpunten». Deze Taalhuizen en -punten zijn vaak gehuisvest in bibliotheken en zijn een markt- en soms ook werkplaats waar laaggeletterden en (vrijwillig) cursusaanbod elkaar kunnen vinden. Uit de eerste ervaringen blijkt dat de Taalhuizen inderdaad een laagdrempelige voorziening zijn waar laaggeletterden terecht kunnen om uiteindelijk hun taalniveau te verhogen en zo beter kunnen meedoen in de maatschappij. Zo wordt bestaande infrastructuur in de stad effectiever benut.

Elke inwoner van Nederland moet gebruik kunnen maken van de openbare bibliotheek. De verantwoordelijkheid voor de omvang, de kwaliteit en de bekostiging van lokale bibliotheekvoorzieningen ligt bij de gemeenten. De Minister van OCW heeft hierover bestuurlijke afspraken gemaakt met IPO en VNG. Daarin is onder meer afgesproken dat voorafgaand aan een sluiting van een lokale bibliotheek de gemeente overleg voert met de naburige (centrum)gemeente over de publieke toegang tot de bibliotheek. Het wetsvoorstel openbare bibliotheken bevat een vergelijkbare bepaling.

79

Hoe staat het met het onderzoek waarin wordt onderzocht in hoeverre het naleven van afspraken over preventie in protocollen/richtlijnen onderdeel kan gaan uitmaken van contractering? Wanneer worden de resultaten verwacht? Maakt e-health expliciet deel uit van dit onderzoek?

Er is geen nieuw onderzoek uitgezet naar preventie in protocollen en richtlijnen. In opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) geeft het RIVM elke vier jaar een overzicht van de volksgezondheid in Nederland. Het themarapport Preventie in de zorg maakt deel uit van de zesde editie van deze Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV), die wij in juni 2014 met onze reactie naar uw Kamer zullen sturen. In dit themarapport is het onderwerp richtlijnen ook meegenomen. Ook e-health is onderdeel van het themarapport.

80

Wat wordt ermee bedoeld met dat afspraken over preventie een structurele plaats kunnen krijgen? Is het ook mogelijk dat er geen preventieafspraken gemaakt worden?

Afspraken over preventie kunnen met het oog op het nieuwe bekostigingsmodel voor de eerstelijnszorg op diverse manieren in de drie segmenten vormgegeven worden. Op dit moment is de NZa bezig met de nadere uitwerkingen van de drie segmenten van het model. In het AO eerstelijnszorg is reeds toegezegd dat uw Kamer in april geïnformeerd wordt over de concrete uitwerking van het nieuwe bekostigingsmodel voor de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg en de wijze en tijdpad van invoering

81

In hoeverre wordt er nog getwijfeld aan de klinische validiteit van de FOB-Gold-test die zal worden ingezet bij het bevolkingsonderzoek dikkedarmkanker? Hoe zal worden gemonitord in hoeverre de klinische validiteit in de Nederlandse populatie afwijkt van de validiteit zoals bekend van de in de proefbevolkingsonderzoeken gebruikte OC-Senor-test?

Zoals ik heb gemeld in de brief van 4 juli 2013 (Kamerstuk 32 793, nr. 99) heb ik vertrouwen in het bevolkingsonderzoek naar darmkanker met de FOB-Goldtest. En zoals toegezegd laat ik de kwaliteit van het bevolkingsonderzoek goed bewaken. Het belangrijkste instrument is de monitor van het bevolkingsonderzoek zelf, waardoor eventuele afwijkingen van de verwachtingen en kwaliteitseisen snel boven water komen. Daarnaast laat ik flankerend onderzoek doen naar beide testen.

82

In hoeverre maken de multidisciplinaire richtlijn voor preventief medisch onderzoek en de NEN-richtlijn Quality criteria for health checks deel uit van het advies van de Gezondheidsraad over de kwaliteit van health checks?

De Gezondheidsraad heeft aangegeven in dit advies enkele recente ontwikkelingen mee te zullen nemen, zoals de publicatie van de Multidisciplinaire richtlijn preventief medisch onderzoek (MDR PMO) in juni 2013 en de NEN-normen «Quality criteria for health checks» (CWA 16642:2013). Deze en andere documenten, bv. de ZonMw kennissynthese «geïnformeerde keuze» zijn bronnen voor het advies van de Gezondheidsraad. Ik heb de Gezondheidsraad gevraagd niet alleen naar health checks te kijken, maar ook naar alles wat op ons afkomt aan (zelf)testen, zoals apps. De ontwikkeling op het terrein van de screening is breed en gaat veel sneller

dan voorheen. Kenmerk is vooral de makkelijke, goedkope en persoonlijke toepassing (via de mobiele telefoon bijvoorbeeld). Richting, hoeveelheid en snelheid van de ontwikkeling is door mij niet te beïnvloeden. Van belang is hoe deze ontwikkelingen kunnen bijdragen aan de betaalbaarheid van de zorg, in plaats van dat ze de kosten verhogen.

83

Op welke termijn zullen vrouwen die nu niet deelnemen aan het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker, worden uitgenodigd om thuis zelf een uitstrijkje te maken? Wordt er alles aan gedaan om deze invoering versneld te laten verlopen, zodat zo veel mogelijk vrouwen participeren in het bevolkingsonderzoek en zo veel mogelijk gezondheidsschade kan worden voorkomen?

Bij de zelfafnamesets wordt gebruik gemaakt van een nieuwe beoordeling, namelijk testen op de aanwezigheid van hoogrisicovarianten van het humaan papillomavirus (hrHPV). Om op deze nieuwe test te kunnen beoordelen zijn eerst een aantal voorbereidende activiteiten nodig. Naast het opstellen van de noodzakelijke eisen en voorlichting moet ook de hrHPV-test aanbesteed worden. Dit vergt een doorlooptijd van twee jaar. Dit betekent dat vrouwen vanaf januari 2016 kunnen aangeven dat zij een zelfafnameset willen ontvangen.

84

Zal de meerwaarde van zelfscreening op hrHPV voor zowel de preventie van kanker bij individuele vrouwen als voor de haalbaarheid van het bevolkingsonderzoek getest worden in een pilot? Wanneer zal deze plaatsvinden?

De meerwaarde van de zelfafnameset is reeds getest bij vrouwen die niet deelnemen aan het bevolkingsonderzoek. Naar de mogelijkheid om de zelfafnameset aan te bieden als alternatief voor het uitstrijkje bij de huisarts wordt in 2014 onderzoek gedaan. Met de zelfafnameset kan de vrouw zelf materiaal afnemen, maar het is geen thuishet die meteen uitsluitel geeft of het hrHPV aanwezig is. Zo ja, dan moet er alsnog een uitstrijkje worden gemaakt, omdat er met de zelfafnameset niet gekeken kan worden of er celafwijkingen zijn.

85

Op welke termijn wilt u zelfscreening op hrHPV gaan inzetten voor de groep vrouwen die niet reageert op de oproep voor het reguliere bevolkingsonderzoek? Is het mogelijk om de invoering versneld te laten plaatsvinden zodat onnodige risico's voorkomen kunnen worden? Kan de toegevoegde waarde van zelfscreening boven het reguliere bevolkingsonderzoek in 2014 getest worden? Op welke termijn wilt u zelfscreening voor de gehele populatie gaan invoeren?

Zoals ik hiervoor heb aangegeven, vergt de voorbereiding van de inzet van de zelfafnameset nog enige tijd. In de tussentijd wordt het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker gewoon uitgevoerd, dus van onnodige risico's is geen sprake.

86

Hoe verloopt de implementatie van de multidisciplinaire richtlijn preventief medisch onderzoek? Welke knelpunten spelen er? Hoe zal de certificering worden vormgegeven van test/aanbieders die voldoen aan de richtlijn? Hoe staat de richtlijn in verhouding tot het aanbod dat buiten Nederland beschikbaar is en waarvan Nederlanders ook gebruik kunnen maken?

De multidisciplinaire richtlijn preventief medisch onderzoek (MDR PMO) is door ZonMw en CBO met allerlei verschillende partijen ontwikkeld en in juni overgedragen aan de KNMG ter implementatie. Zoals u weet heb ik de Gezondheidsraad gevraagd mij te adviseren over voorwaarden voor preventief medisch onderzoek en dit advies, waarin o.a. de richtlijn wordt gebruikt, verwacht ik voor de zomer. Daarop zal ik beleidsbrief sturen.

87

Welke concrete initiatieven worden er ontplooid om een goed geïnformeerde keuze bij burgers met betrekking tot preventieve keuzes te stimuleren? In hoeverre is hierin specifieke aandacht opgenomen voor mensen met lage gezondheidsvaardigheden?

Met name bij kwetsbare groepen is het van belang om rekening te houden met verschillen in vaardigheden en mogelijkheden. Dit komt ten goede van mensen met beperkte vaardigheden. Een voorbeeld hiervan is www.regelhulp.nl. Regelhulp is een digitale wegwijzer naar zorg en ondersteuning, opgezet vanuit de rijksoverheid en aangevuld door de gemeenten met lokale informatie en voorzieningen. Regelhulp vergroot de zelfredzaamheid van burgers en was oorspronkelijk gericht op gebruikers van de AWBZ en WMO en heeft daardoor een groot bereik. Als mensen na het lezen van de informatie verdere hulp willen, dan kan via Regelhulp direct worden doorverwezen naar de betreffende hulp- of dienstverlenende organisaties. Een ander voorbeeld zijn de websites van de Centra voor Jeugd en Gezin.

88

In hoeverre betrekken de partijen van de Agenda van de Zorg ook de zorgverzekeraars en ZN bij de implementatie van het preventieconsult? In hoeverre participeren zorgverzekeraars binnen de INTEGRATE-studie?

Zorgverzekeraars Nederland is één van de betrokken organisaties bij het thema preventie dat wordt uitgewerkt door partijen van de Agenda van de Zorg. Zij hebben aangegeven de positionering van het Preventieconsult mee te nemen bij hun voorstellen. Het Preventieconsult is ontwikkeld door veldpartijen. Afhankelijk van het risico kan het worden gevolgd door leefstijladvisering, behandeling en doorverwijzing naar (lokaal) vervolgaanbod. Vooral nog is er geen bewijs dat het Preventieconsult een doelmatige en effectieve interventie is die op collectief niveau gezondheidswinst oplevert. Op dit moment is er daarom geen aanleiding om het preventieconsult als zodanig binnen het basispakket op te nemen. De Integrate studie, die gedurende 3 jaar wordt uitgevoerd bij 40 huisartspraktijken door heel Nederland, zal mede antwoord geven op de vraag of de kosten opwegen tegen de positieve effecten. Dit kan ook voor zorgverzekeraars interessante informatie opleveren.

89

Wanneer zijn de resultaten van het Nivel-onderzoek naar het preventieconsult gereed?

Het INTEGRATE-onderzoek van Nivel loopt tot 2018. In het voorjaar van 2014 verwachten we een voortgangsrapportage.

90

In hoeverre is er binnen het plan van aanpak depressiepreventie ook aandacht voor mensen in zeer onzekere en kwetsbare situaties, zoals asielzoekers en/of de werkloze beroepsbevolking?

Bij het plan van een gerichte aanpak van depressiepreventie is juist gekeken naar specifieke groepen met een aanwijsbaar verhoogd risico

voor depressie. De oorzaken daarvan kunnen velerlei zijn, waaronder onzekere en kwetsbare situaties. Het plan beoogt – in eerste instantie – voor zes goed geselecteerde doelgroepen een structuur op te zetten waarin symptomen van depressie vroegtijdig herkend worden en – waar nodig – preventieve zorg wordt aangeboden. Naast het verhoogde risico speelt bij keuze van de groepen de omvang van de doelgroep en het te verwachte rendement van de aanpak een rol. De zes groepen, waarvan voor net bevallen moeders een uitgewerkt plan in februari gereed zal zijn, vallen binnen deze criteria.

Asielzoekers en de werkloze beroepsbevolking zijn vooralsnog niet in het plan opgenomen. Voor depressiepreventie bij deze twee groepen kan gebruik gemaakt worden van reeds ontwikkelde generieke interventies die bewezen effectief zijn. Ik maak daarbij de kanttekening dat de oplossing voor depressieve gevoelens als gevolg van werkloosheid vooral ligt bij terugkeer in het arbeidsproces en niet zozeer in een verbeterd aanbod van psychosociale begeleiding.

91

In hoeverre wordt de rol van mantelzorgers meegenomen in het Deltaplan Dementie? Hoe is deze vormgegeven?

Het Deltaplan Dementie is gericht op de patiënt van vandaag en van morgen. Het Deltaplan biedt verbetering van de zorgkwaliteit in de hele keten en ondersteunt de patiënt en de mantelzorger om zelf regie te houden en zolang mogelijk thuis te kunnen blijven wonen. De ondersteuning van de mantelzorger maakt het juist mogelijk om de patiënt zo lang als het kan in de eigen vertrouwde omgeving te kunnen laten wonen. Bewustwording en informatie over dementie zijn belangrijke onderdelen van het Deltaplan. Hierop zijn de drie pijlers – het zorgportaal, het nationaal register en het onderzoeks- en innovatieprogramma Memorabel – van het Deltaplan gericht.

92

Hoeveel draagt de private sector bij aan het Deltaplan Dementie?

Alzheimer Nederland heeft de intentie uitgesproken om € 12,5 mln. bij te dragen aan de pijler Onderzoek van het Deltaplan Dementie en spant zich in om dit te realiseren. In de eerste subsidieronde van Memorabel is publiekprivate samenwerking gestimuleerd in het kader van het topsectorenbeleid. Deze zomer wordt duidelijk in welke mate private partijen hierin – en in de andere twee pijlers – gaan participeren.

93

In hoeverre komen er binnen het programma experimenten met een integraal tarief voor bevallingen van de grond binnen de geboortezorg?

Via de beleidsregel innovatie van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) kunnen experimenten met een integraal tarief voor geboortezorg worden gestart. Deze experimenten hebben geen relatie met het NPP. Tot nu toe is slechts 1 experiment aangemeld.

94

Wat is de stand van zaken van het preconceptieconsult?

Wie zich goed wil voorbereiden op een zwangerschap, kan voor advies altijd terecht bij de huisarts of een verloskundige in buurt. Op een aantal plekken in het land zijn zelfs speciale kinderwensspreekuren. Het Nederlands Huisarts Genootschap (NHG) heeft samen met o.a. verloskundigen en gynaecologen een standaard Preconceptiezorg ontwikkeld.

Daarnaast zijn in 2013 in het ZonMw programma Zwangerschap en Geboorte 6 projecten over preconceptiezorg gestart die zich richten op het versterken van het gebruik van kennis op dit gebied en het vergroten van het bereik van preconceptiezorg onder professionals en aanstaande zwangeren en hun partner.

95

Gaat u zorgdragen voor meer expliciete aandacht voor borstvoeding in het Nationaal Programma Preventie, bijvoorbeeld als onderdeel van de ketenzorg rond conceptie? Hoe gaat u zorgdragen voor het promoten van borstvoeding als onderdeel van de experimenten in 14 gemeenten? Hoe gaat u bij de implementatie van de «landelijke uniforme preconceptie boodschap» zorgdragen voor het benadrukken van informatie over goede voeding van de aanstaande moeder en borstvoeding als meest natuurlijke voedingswijze voor een baby?

Het is niet nodig om binnen het Nationaal Programma Preventie meer expliciete aandacht te besteden aan borstvoeding. Het huidige rijksbeleid is er op gericht om goede en betrouwbare informatie beschikbaar te hebben (bijvoorbeeld via het Voedingscentrum), die gemakkelijk vindbaar is voor de professionals en de aanstaande ouders, zodat zij zelf een verantwoorde keuze kunnen maken.

In de experimenten in de 14 gemeenten ligt de focus op de periode voor en in de eerste drie maanden van de zwangerschap. Hierbij gaat het niet alleen over medische maar ook niet-medische risico's zoals leefstijl, leefomstandigheden of psychosociale problematiek. De aanpak is gericht om de pasgeborenen een goede start te geven. In het vervolgtraject zal een integratie plaatsvinden van de risicogeleide zorg in de reguliere verloskundige, kraam-, jeugdgezondheids-zorg en public health. Vanzelfsprekend zal er dan aandacht zijn voor borstvoeding, immers bestaande richtlijnen en adviezen maken deel uit van de experimenten. De implementatie van de «landelijke uniforme preconceptie boodschap» is de verantwoordelijkheid van de veldpartijen.

96

Wie zijn de sponsors van de verschillende private initiatieven binnen het Nationaal Programma Preventie? In welke mate zijn de publiek-private samenwerkingen uit het Nationaal Programma Preventie transparant? Op welke wijze uit zich de transparantie van de private partijen binnen het Nationaal Programma Preventie? Van welke private partijen binnen het Nationaal Programma Preventie zijn de jaarverslagen openbaar? En van welke niet?

Zoals wij in vraag 24 van deel 1 al aangaven is er geen sprake van sponsoring maar van samenwerking. Door de openbaarheid van alle afspraken en de pledges (plechtige belofte) wordt de benodigde transparantie gecreëerd. Wet- en regelgeving op het gebied van de externe verslaggeving varieert sterk per type organisatie en per branche waarin de organisatie actief is. Wij stimuleren alle betrokken partners de verantwoording over hun inbreng openbaar te maken. Dat kan via een openbaar jaarverslag.

97

Bent u bekend met de particuliere initiatieven www.degrotegriepmeting.nl en www.degrotelongontstekingmeting.nl, waarbij online met hulp van tienduizenden vrijwilligers epidemiologische gezondheidsdata worden vergaard? Kunt u aangeven in welke mate dit initiatief samenwerkt met de publieke gezondheidszorg en in hoeverre die als positief wordt ervaren? Kunt u aangeven of deze publiek-private samenwerking over voldoende financiële middelen beschikt om structureel te worden voortgezet?

Ja, de grotegriepmeting.nl is een privaat initiatief. Het vraagt vrijwilligers die zich zelf hebben aangemeld om regelmatig aan te geven of ze griepachtige klachten hebben. Van deze vrijwilligers wordt ook achtergrondinformatie verzameld. Daarmee is de grotegriepmeting.nl in staat snel inzicht te geven in de mate waarin deze groep mensen griepachtige klachten ervaren en in hoeverre dat samenhangt met andere door hen zelf opgegeven risicofactoren, zoals onderliggend lijden of sociale activiteiten en of iemand gevaccineerd is of niet. Ook geeft de grotegriepmeting.nl inzicht in de mate waarin mensen met griepachtige klachten de huisarts bezoeken.

Het RIVM maakt regelmatig gebruik van data uit de grotegriepmeting.nl als aanvulling op de reguliere surveillance, zoals de door Nivel gecoördineerde peilstation huisartsensurveillance. Een bezwaar van de syndroom-surveillance zoals die van de grotegriepmeting.nl is dat validatie van signalen ontbreekt. Er is geen bevestiging van een arts of een laboratorium van deze meldingen door de deelnemers. Ook is onbekend waarom men zich aanmeldt en of de deelnemers als representatief voor de Nederlandse bevolking zijn te beschouwen. Overigens biedt de grotegriepmeting.nl wel een functioneel en internationaal erkend internetplatform met de mogelijkheid tot snel aanvullend onderzoek, ook breder dan griep. Hierbij kunnen de genoemde beperkingen worden meegenomen in de analyses.

Ik kan niet beoordelen of dit private initiatief over voldoende middelen beschikt om te worden voortgezet.

98

Hoeveel gezonde sportkantines heeft u als doel?

In 2014 zullen minimaal 300 verenigingen worden begeleid, waarbij de ambitie is om dit op te schroeven tot 450.

99

Wat is de stand van zaken in de kabinetsaanpak zoutreductie? Kunt u aangeven welke afspraken zijn gemaakt met het bedrijfsleven over normen inzake zout, verzadigd vet en suiker?

Zie antwoord op deel I vraag 50.

100

Kunt u het gehele kader van tabaksontmoediging schetsen waarbinnen de in het Nationaal Programma Preventie aangekondigde maatregelen passen, en daarbij aangeven wat de concrete ambitie is (in percentage) ten aanzien van het te bereiken percentage rokers in Nederland? Welke concrete ambities hanteert u met betrekking tot het terugdringen van het percentage rokende volwassenen en jongeren in Nederland op korte en lange termijn? Hoe gaat u dit monitoren? Hoe gaat u beoordelen of de ambities worden behaald? Hoe gaat u in de komende jaren meten of en hoe de doelstelling «het is normaal als je voor je 18de niet rookt of drinkt» is bereikt?

De overheid wil roken ontmoedigen en niet-rokers beschermen tegen meerroken. Daarom worden op nationaal niveau en op EU niveau o.a. regels gesteld om het tabaksgebruik verder te verminderen en zijn rookverboden ingesteld. Stoppen met roken wordt gestimuleerd en er wordt voorlichting ontwikkeld, zoals de NIX18 campagne en voorlichting op school. Om het tabaksgebruik verder te verminderen is het echter ook nodig om de sociale norm m.b.t. roken te veranderen. Niet roken onder jongeren en volwassenen moet de norm zijn. Dit kan niet worden bereikt

door regelgeving alleen. Dit moet uitgedragen worden door zoveel mogelijk maatschappelijke partners. De in het NPP genoemde maatregelen, zoals de NIX18 campagne in samenwerking met het bedrijfsleven, het stimuleren van rookvrije schoolpleinen in samenwerking met het Longfonds en het organiseren van een stoppen met roken maand in samenwerking met meerdere maatschappelijke partners, passen daarbij.

In 2012 was het percentage rokers onder de bevolking vanaf 15 jaar 26%. Het streven is het percentage volwassen rokers te laten dalen. Bij jongeren streeft het Kabinet ernaar dat niet roken onder de 18 jaar de norm wordt en het aantal rokende jongeren te laten verminderen. Voor de langere termijn streef ik de in WHO verband afgesproken doelstelling na, een reductie van 30% van het percentage rokers in 2025. Het aantal rokers wordt gemonitord via het CBS en via periodieke onderzoeken zoals het Peilstation onderzoek dat uitgevoerd wordt door het Trimbos instituut. De sociale norm onder jongeren met betrekking tot roken en drinken wordt gemonitord via het campagne effectonderzoek bij de NIX18 campagne.

101

Hoe hangen de anti-rookactiviteiten van VWS en KWF met elkaar samen? Op welke manier versterken beide campagnes elkaar?

De campagne van KWF (*Roken is zoo...*) en de NIX18 campagne zijn beide campagnes die zich richten op de sociale norm van niet-roken (en niet drinken bij NIX18). KWF richt zich daarbij op jongvolwassenen. De NIX18 campagne richt zich met name op de sociale omgeving van de jongere, zoals ouders, verstrekkers en scholen en in tweede instantie op de jongeren zelf. De campagnes vullen elkaar dus aan met het oog op de te bereiken doelgroep. Daarnaast brengt KWF in haar publiekscommunicatie (bijvoorbeeld via Facebook) de NIX18 boodschap positief onder de aandacht. Ten slotte wordt de planning van belangrijke communicatiemomenten op elkaar afgestemd.

102

Kunt u een overzicht geven van de effecten van het plaatsen van een zwangerschapslogo op alcoholhoudende dranken elders in Europa? Kunt u in dit overzicht het verschil aangeven in het percentage zwangere vrouwen dat alcohol gebruikt tijdens de zwangerschap voor en na de introductie van een zwangerschapslogo?

Frankrijk is het enige EU land waar het verplicht is om een zwangerschapslogo voor zwangeren op alcoholhoudende drank te plaatsen. Uit Frans evaluatieonderzoek (2008) blijkt dat het invoeren van een logo heeft meegewerkt aan een veranderde mening van de Franse bevolking ten opzichte van alcoholgebruik tijdens de zwangerschap. In 2004 was 81,5% van de Franse bevolking van mening dat alcoholgebruik tijdens de zwangerschap onaanvaardbaar is. In 2007, na de invoering van het logo, had 86,9% van de bevolking deze mening. In hoeverre het logo zelf heeft geleid tot een gedragseffect is niet duidelijk. Daar zijn meerdere factoren op van invloed, zoals voorlichting en adviezen van zorgverleners.

103

Hoe staat het met de invoering van het zwangerschapslogo op alcoholhoudende dranken?

Invoering van het logo op alcoholhoudende dranken is voorzien met een goed nalevingpercentage in 2016 zoals aangegeven door de alcohol-sector: in sector bier 90%, sector wijn 70% en sector gedistilleerd 60%. Deze invoering geschiedt op basis van een pictogram naar Frans model.

VWS ontvangt van de alcoholsector jaarlijkse rapportages over de voortgang, met daarbij een vooruitblik op het komende jaar.

De brancheverenigingen voor bier-, wijn- en gedistilleerde drank, hebben toegezegd hun leden te verzoeken het logo goed zichtbaar te plaatsen. Hier heeft VWS ook op aangedrongen. De sector is begonnen haar leden hierover te benaderen. De verschillende brancheverenigingen en de STIVA (belangenorganisatie van de alcoholbranche) hebben ook toegezegd te bevorderen dat ook producenten die niet zijn aangesloten bij de branchevereniging, zoals white labels (huismerken) en buitenlandse producenten, een zwangerschapslogo te gaan opnemen. Afgesproken is de voortgang van het introduceren van het logo op alcoholhoudende dranken regelmatig te monitoren.

104

Wanneer zal naar verwachting de eerste «stoppen met roken-maand» plaatsvinden? Welke concrete doelstellingen zijn hieraan gekoppeld?

Het streven is om in oktober 2014 de eerste stoppen-met-roken maand te laten plaatsvinden. In de maanden daaraan vooraf zullen de aanbieders van stoppen met roken zorg, de zorgverzekeraars en natuurlijk het publiek daarover goed geïnformeerd worden. Het gaat om een samenwerking met verschillende partners zoals KWF Kankerbestrijding, de Hartstichting, het Longfonds, het Trimbos-instituut, Publieke Gezondheid en Veiligheid Nederland (PGVN) Vereniging voor GGD en GHOR, Vereniging voor GGD en GHOR en het Partnership Stop met roken (platform van beroepsgroepen betrokken bij stoppen met roken zorg). VWS stelt een deel van de benodigde middelen ter beschikking. Doelstellingen zijn: een grotere bekendheid van de effectieve stoppen met roken ondersteuning, het creëren van sociale steun voor gemotiveerde stoppers en natuurlijk een groter aantal mensen dat succesvol stopt met roken. Normaal gesproken vinden in Nederland jaarlijks ongeveer 1 miljoen stoppogingen plaats. Uit de ervaringen in het VK is bekend dat door rokers 30 dagen lang te laten stoppen, de kans om definitief te kunnen stoppen met roken vijf maal zo groot wordt.

105

Kunt u toelichten hoe u de rol van de gemeenten ten aanzien van rookvrije horeca ziet, ook in relatie tot de handhavingsrol die bij de Nederlandse Voedsel- en Warenautoriteit (NVWA) ligt? Welke doelstellingen heeft u met betrekking tot de naleving van de leeftijdsgrens voor de verkoop van alcohol en tabak? Welke (aanvullende) maatregelen gaat u nemen wanneer deze doelstellingen niet worden gehaald?

De NVWA hanteert in de handhaving van het rookverbod in de horeca een meer gebiedsgerichte methode. Dat betekent dat gedurende een bepaalde periode per gemeente, of per uitgaansgebied intensief toezicht wordt gehouden. Hierbij wordt medewerking van de gemeente gevraagd. Zo is er ondersteuning nodig van de politie bij de toezichtacties. Ook worden gemeenten gevraagd het rookvrij maken van de gehele horeca bij de ondernemers te stimuleren.

Zoals toegezegd tijdens het debat over de verhoging van de leeftijdsgrens voor tabak, onderzoek ik ook de mogelijkheden om het toezicht op (delen van) de Tabakswet in de toekomst te decentraliseren. De uitkomsten hiervan zullen wij voor het zomerreces naar de Tweede Kamer sturen.

De naleving van de leeftijdsgrens voor tabak is nog echt onvoldoende. Met de verhoging van de leeftijdsgrens naar 18 jaar heb ik verschillende maatregelen genomen om de naleving te verhogen, zoals de uitbreiding van het toezicht, een campagne (NIX18) om de norm te veranderen met

betrekking tot alcohol- en tabaksgebruik onder jongeren, en ook worden de boetes verhoogd. Dit moet ertoe leiden dat verstrekkers van tabak de leeftijdsgrens beter gaan naleven. Ik zal de naleving eind 2014 meten door middel van een «mystery kids» onderzoek. Wij overwegen momenteel nog geen extra maatregelen. Eerst moeten alle in gang gezette maatregelen de tijd krijgen om effect te sorteren.

106

Kunt u aangeven welke belangrijke rol u voor de gemeenten ziet in het stimuleren van de rookvrije horeca in relatie tot de handhavingsrol die bij de NVWA ligt?

Zie antwoord op vraag 105.

107

Welke concrete doelstellingen zal het convenant «Voorkomen van gehoorschade» nastreven? In hoeverre kan de bewustwording van harde muziek onder jongeren worden gestimuleerd?

Zoals al eerder gemeld aan de Tweede Kamer, streeft het Kabinet naar een gezamenlijke aanpak, dus samen met de muzieksector, van het probleem van het risico op het oplopen van gehoorschade door te harde muziek. Dit kan in de vorm van een convenant met de muzieksector. Mijn insteek zal hierbij liggen op het maken van afspraken rond:

- Het vergroten van de bewustwording van het publiek dat risicovol luisteren naar muziek de kans op gehoorschade met zich mee brengt. Op deze manier kan het publiek een geïnformeerde keuze maken.
- Maximale geluidsniveaus, inclusief het zichtbaar monitoren van de geluidsniveaus op de locaties. Uitgangspunt is een geluidsniveau dat in combinatie met het dragen van geschikte gehoorbescherming geen of slechts een beperkt risico op gehoorschade oplevert. Het Kabinet streeft hierbij naar aansluiting bij de uitgangspunten van het Arbeidsomstandighedenbesluit.
- Het beschikbaar zijn van geschikte en betaalbare gehoorbeschermingsmiddelen in uitgaansgelegenheden. Bezoekers dienen net als werknemers gestimuleerd te worden deze gehoorbeschermingsmiddelen boven het potentieel schadelijke geluidsniveau van 87 dB (A) te gebruiken, op dezelfde wijze als de werkgever het gehoor van de werknemers in de uitgaansgelegenheden moet beschermen volgens het Arbeidsomstandighedenbesluit.

De Tweede Kamer zal vóór het notaoverleg over het Nationaal Programma Preventie van 27 januari 2014 via de brief over het RIVM rapport inzake gehoorschade en geluidsblootstellingen worden geïnformeerd over de uitgangspunten en de voortgang bij het convenant «preventie gehoorschade muzieksector».

108

Hoe kan straks bekeken worden of door het programma het aantal bijdragen uit de private sector aan preventie is toegenomen?

Het zal lastig zijn om precies vast te stellen hoe groot de bijdrage van de private sector in zijn algemeenheid aan preventie is.

Wij achten het beter om na te gaan wat de output van de verschillende activiteiten is na drie jaar en wat de betrokkenheid is van de verschillende partners, zowel publiek als privaat. Bijvoorbeeld aan de hand van de geformuleerde outputdoelstellingen voor 2016 en het aantal pledges.

109

Hoe wordt de opgedane kennis uit de ZonMw-programma's Academische werkplaatsen en Preventiekracht thuiszorg geborgd? Hoe zal deze kennis worden benut binnen het programma?

Het is, zoals gebruikelijk, aan veldpartijen om de opgedane kennis in de praktijk te benutten en te borgen. In het tweede deel van Het Nationaal Programma Preventie (NPP) staan diverse activiteiten benoemd waarbij kan worden aangesloten.

Daarnaast wordt de borging via drie lijnen concreet gestimuleerd. De kennis over de lokale implementatie van preventieve interventies wordt via de bestaande (ondersteunings)structuur en, zoals het Centrum Gezond Leven, het vijfde preventieprogramma en de kennisinstituten, geborgd en verder verspreid.

De academische werkplaatsen zetten hun activiteiten, zoals voorzien, na de afronding van het programma (2015) zelfstandig voort. Op landelijk niveau zal Publieke Gezondheid en Veiligheid Nederland (PGVN) Vereniging voor GGD en GHOR, Vereniging voor GGD en GHOR, het netwerk van academische werkplaatsen ondersteunen en verbinden met het kwaliteits- en innovatiebeleid van de sector. Daarnaast zorgt de verdere uitwerking van het convenant tussen RIVM, Publieke Gezondheid en Veiligheid Nederland (PGVN) Vereniging voor GGD en GHOR, Vereniging voor GGD en GHOR, en het NSPOH voor de versterking van de landelijke kennisinfrastructuur Publieke Gezondheid.

ZonMw is bezig de afzonderlijke projectresultaten uit acht programma's, waaronder de Academische Werkplaatsen en Preventiekracht, te bundelen en te gebruiken om in enkele regio's een sterkere verbinding te leggen tussen preventie, welzijn en zorg in de buurt. Dit past binnen de thema's van het NPP.

110

Waarom financiert VWS voor miljoenen projecten in het onderwijs, terwijl OCW slechts zeer beperkt bijdraagt aan gezondheid op school?

Het Ministerie van OCW draagt in de basis bij aan gezondheid op school, doordat zij in de kerndoelen heeft vastgelegd dat scholen aan leerlingen moeten leren zorg te dragen voor de lichamelijke en psychische gezondheid van henzelf en anderen. Scholen ontvangen van het Ministerie van OCW lumpsum financiële middelen om dit aan te bieden, op een wijze die aansluit bij de behoefte van de school, bijvoorbeeld door middel van educatie in de lessen. Het Nationaal Programma Preventie is vanuit de Rijksoverheid een programma met gezamenlijke ambities en trajecten bovenop deze basis. Ten aanzien van sport, bewegen en een gezonde leefstijl in en rondom het onderwijs werken het Ministerie van OCW en VWS nauw samen om dit op een structurele, integrale en effectieve wijze te doen. Door de samenwerking sluit de inzet op gezondheidsthema's beter aan op het onderwijs en worden de onderwijsraden in positie gebracht om hier ambities op te formuleren en ondersteuning te geven aan scholen. Hiermee kenmerkt de huidige inzet zich door een nauwe betrokkenheid van het onderwijs en het Ministerie van OCW op deze thema's.

111

Waarom wordt het bedrag van € 2.000.000 per jaar voor JOGG precies uitgegeven? Welke doelen zijn hieraan verbonden? Op welke wijze wordt er gecontroleerd op de besteding van dit bedrag? Zijn de inkomsten van JOGG uit donaties door bedrijven zoals Coca Cola en Nestlé openbaar? Welk percentage van het overheidsgeld voor JOGG wordt besteed aan

reclame voor de JOGG-aanpak? Welk percentage van het overheidsgeld voor JOGG wordt direct besteed aan de preventie van overgewicht?

JOGG wil de stijging van overgewicht en obesitas onder jongeren (0–19 jaar) omzetten in een daling. Vanuit JOGG gaat het om een gezonde jeugd in een gezonde omgeving. Het doel is om 75 JOGG-gemeenten in 2015 te realiseren en via deze gemeenten effect op (ernstig) overgewicht te sorteren. De beschikbare middelen worden ingezet voor het aansluiten van nieuwe gemeenten en ondersteuning aan deelnemende gemeenten. De ondersteuning betreft o.a. advies op maat over de 5 pijlers van de JOGG-aanpak, training, begeleiding bij monitoring, evaluatie en communicatie. Inzet op bijvoorbeeld het stimuleren van water drinken in kinderdagverblijven van JOGG-gemeenten (zie ook antwoord op vraag 18) valt ook onder de inzet van JOGG. JOGG valt onder de verantwoordelijkheid van het Convenant Gezond Gewicht. Donaties aan JOGG zijn openbaar en worden meegenomen in de verantwoording. Voor de verantwoording en controle verwijzen wij naar het antwoord op vraag 18.

Voor private bedrijven en maatschappelijke organisaties die het Convenant Gezond Gewicht willen ondersteunen door het verstrekken van een financiële gift is een aparte stichting opgericht. Deze stichting kan donaties doen aan het Convenant, maar staat er verder los van. Op het moment dat de stichting doneert, geldt het uitgangspunt dat het Convenant zelfstandig bepaalt hoe deze financiële middelen in te zetten. De Coca-Cola Foundation heeft een donatie aan deze stichting gedaan ter bevordering van de JOGG-aanpak. Dit zonder enige voorwaarden. Nestlé is lokale partner in de gemeente Amsterdam (een JOGG-gemeente) en valt daarmee onder hun gemeentelijke verantwoordelijkheid. Er wordt geen reclame gemaakt voor JOGG. Wel worden gemeenten door JOGG benaderd om in gesprek te gaan om te zien of JOGG een aanpak is die hen lokaal kan ondersteunen bij de aanpak van overgewicht. De overheidsbijdrage voor JOGG (inclusief de geormerkte gelden vanuit het Begrotingsakkoord 2013) bedraagt in 2013 ruim € 3,2 miljoen. Dit is inclusief de separate subsidie voor de verbetering ketenaanpak door Care4Obesity VU/ PON (zie hiervoor ook antwoord op vraag 112). Naast personele en materiële kosten (€ 0,8 miljoen), is € 2,4 miljoen van de overheidsbijdrage gemarkeerd als direct werkbudget. Dit budget is bedoeld voor alle activiteiten van JOGG: zowel het aantrekken van nieuwe gemeenten als de ondersteuning van bestaande gemeenten. Daarnaast wordt met deze middelen geïnvesteerd in monitoring, resultatenonderzoek voor publicaties, verantwoording en communicatie. Wij zijn van mening dat de middelen voor JOGG vanuit de overheidsbijdrage zo direct mogelijk besteed worden aan de preventie van overgewicht en het behouden van gezond gewicht. Hierop wordt in het kader van de subsidieverantwoording van het Convenant/ JOGG ook op gecontroleerd.

112

Waarom wordt het bedrag van € 1.600.000 per jaar voor Care4Obesity (Partnerschap Overgewicht Nederland & JOGG) precies uitgegeven? Welke doelen zijn hieraan verbonden? Op welke wijze wordt er gecontroleerd op de besteding van dit bedrag? Welke particuliere partijen die betrokken zijn bij JOGG verdienen geld als direct of indirect gevolg van hun deelname? Wie heeft inzicht in de financiële opbrengsten van deze partijen? Hoe wordt de objectiviteit van private initiatieven gewaarborgd? Hoe wordt belangenverstrengeling bij publiek-private samenwerkingen uitgesloten?

In de financiële paragraaf is helaas een fout geslopen: het totale bedrag voor Care4Obesity (C4O) bedraagt maximaal € 1.647.243,- voor de totale onderzoeksperiode van 3 jaar. Per jaar bedragen de kosten van het

onderzoeksproject (2013–2015) € 770.970, € 427.965, € 448.308. Uitgaven op hoofdlijnen en in totalen: materiële kosten € 410.000, personele kosten onderzoekers € 907.794 en overhead kosten (20%) € 329.448.

Het doel van C4O is om de lokale ketenzorg te versterken zodat er voor kinderen met overgewicht en obesitas (leeftijdsgroep van 0–19 jaar) een passend en toegankelijk aanbod is. Het idee is dat de fysieke gezondheid, de kwaliteit van leven en maatschappelijke participatie van kinderen met overgewicht en obesitas hierdoor verbetert. De uitvoering vindt plaats in 8 JOGG-gemeenten door middel van pilots.

Op deze subsidie is de Kaderwet VWS-subsidies en de Kaderregeling VWS-subsidies van toepassing. Dit betekent onder andere dat de besteding van het subsidiebedrag wordt gecontroleerd door een accountant (in opdracht) van de VU. Op basis van voortgangsrapportages worden inhoud en financiën tevens gevolgd.

Er zijn geen individuele partijen betrokken bij de deelname aan C4O anders dan gemeenten. De gemeenten zijn gesprekspartner als onderdeel van de uitvoering van C4O. Er is dan ook geen sprake van financiële opbrengsten voor particuliere partijen. Wel wordt afgestemd met partijen zoals het CVZ/Kwaliteitsinstituut en zorgverzekeraars om hen mee te nemen in de lessen en inzichten van dit traject. Er is echter geen sprake van actieve betrokkenheid in de inhoudelijke opzet en uitvoering van de activiteiten behorend bij C4O.

Belangenverstrengeling is daarmee niet aan de orde. C4O werkt mede ook onder toezicht van het Partnerschap Overgewicht Nederland (PON). Het PON is verantwoordelijk voor de ontwikkeling en beheer en de lokale implementatie van de zorgstandaard obesitas. Het PON is een samenwerkingsverband van 16 beroeps- en koepelorganisaties van zorgverleners, zorgverzekeraars en patiënten.

113

Welke middelen zijn gereserveerd voor de organisatie van het Nationaal Programma Preventie (bureau, ambassadeurs, activiteiten en dergelijke)? Hoe wordt de verantwoording over deze budgetten gerelateerd aan het Nationaal Programma Preventie?

Aan het opzetten van de programmaorganisatie wordt nog nadere invulling gegeven samen met partners. Het is de bedoeling dat alle partners – waarvan de rijksoverheid er één is – bijdragen. Die bijdrage kan vele vormen hebben zoals geld, personeel, kantoorruimte, ruimte voor bijeenkomsten, content voor website, bereidheid ervaringen te delen met anderen, een verbindende rol te spelen, etc.

Er zal een klein programmasecretariaat worden opgezet om te ondersteunen. Er wordt vooralsnog rekening gehouden met een bedrag van circa € 750.000,- per jaar. Dit is onder andere bedoeld voor de bureau- en salariskosten van een beperkt aantal medewerkers (ca 3–4 fte), voor de inzet van communicatiemiddelen (website e.d.), de inzet van ambassadeurs en het organiseren van de voortgangsbijeenkomst en enkele kleinere bijeenkomsten. Het programmasecretariaat stelt vanzelfsprekend een jaarplan en jaarverantwoording op welke moet worden goedgekeurd. De verantwoording van de overheidsbijdragen loopt via de begroting van VWS. Het programmasecretariaat heeft geen budget voor eigen projectactiviteiten.