

Vergaderjaar 2011–2012

**32 793**

**Preventief gezondheidsbeleid**

**Nr. 7**

## **LIJST VAN VRAGEN EN ANTWOORDEN**

Vastgesteld 29 september 2011

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport<sup>1</sup> heeft een aantal vragen voorgelegd aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 25 mei 2011 inzake de landelijke nota gezondheidsbeleid «Gezondheid dichtbij» (Kamerstuk 32 793, nrs. 1 en 2).

De minister heeft deze vragen beantwoord bij brief van 28 september 2011. Vragen en antwoorden zijn hierna afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,  
Smeets

Adjunct-griffier van de commissie,  
Clemens

<sup>1</sup> Samenstelling:

Leden: Staaij, C.G. van der (SGP), Smeets, P.E. (PvdA), voorzitter, Smilde, M.C.A. (CDA), Koşer Kaya, F. (D66), Veen, E. van der (PvdA), Gerven, H.P.J. van (SP), Burg, B.I. van der (VVD), Ouwehand, E. (PvdD), Agema, M. (PVV), Leijten, R.M. (SP), Bouwmeester, L.T. (PvdA), Wolbert, A.G. (PvdA), Wiegman-van Meppelen Scheppink, E.E. (CU), Uitslag, A.S. (CDA), Elias, T.M.Ch. (VVD), ondervoorzitter, Dijkstra, P.A. (D66), Dille, W.R. (PVV), Gerbrands, K. (PVV), Mulder, A. (VVD), Venrooy-van Ark, T. (VVD), Bruins Slot, H.G.J. (CDA), Voortman, L.G.J. (GL) en Klaver, J.F. (GL).  
Plv. leden: Dijkgraaf, E. (SGP), Kuiken, A.H. (PvdA), Omtzigt, P.H. (CDA), Berndsen, M.A. (D66), Klijnsma, J. (PvdA), Ulenbelt, P. (SP), Liefde, B.C. de (VVD), Thieme, M.L. (PvdD), Mos, R. de (PVV), Kooiman, C.J.E. (SP), Arib, K. (PvdA), Vermeij, R.A. (PvdA), Ortega-Martijn, C.A. (CU), Toorenburg, M.M. van (CDA), Lodders, W.J.H. (VVD), Ham, B. van der (D66), Beertema, H.J. (PVV), Bosma, M. (PVV), Straus, K.C.J. (VVD), Miltenburg, A. van (VVD), Ormel, H.J. (CDA), Sap, J.C.M. (GL) en Tongeren, L. van (GL).

1

*Kunnen voorbeelden gegeven worden van heldere wet- en regelgeving en toezicht op de naleving hiervan, waarbij de Nederlander op de overheid kan rekenen? Is er op dit moment regelgeving die aangescherpt dient te worden, bijvoorbeeld naar aanleiding van (het melden van) de Klebsiella besmetting in het Maasstad Ziekenhuis?*

De gezondheid van Nederlanders komt op verschillende manieren in wet- en regelgeving terug. Ik zal deze niet allemaal noemen, maar dit zijn bijvoorbeeld de Warenwet, de Tabakswet, de Drank- en Horecawet en de Wet publieke gezondheid. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en de nieuwe Voedsel- en Warenautoriteit (nVWA) houden toezicht op de naleving van deze wet- en regelgeving.

Naar aanleiding van de uitbraak van de Oxa-48 producerende Klebsiella pneumoniae heeft de IGZ een onderzoek ingesteld.

Los van de uitbraak in het Maasstad Ziekenhuis is de toenemende antibioticaresistentie een punt van zorg. Daarom wil ik een extra waarborg inbouwen zodat we in Nederland zeker weten dat er in geval van uitbraken met dit soort gevaarlijke resistente bacteriën door de betrokkenen juist wordt gehandeld. Daarbij moet snel het probleem worden onderkend, snel worden gehandeld en indien nodig snel expertise van buiten worden betrokken. Ik overweeg hiervoor een extra ondersteuningsstructuur op te laten zetten, die snel kan helpen met de aanpak. Over de vorm van deze ondersteuning wordt op dit moment gesproken met de IGZ en de betrokken beroepsgroepen. Het Centrum Infectieziektebestrijding (CIb) van het RIVM heeft hierbij het voortouw. Ik zal u hier in de loop van de tijd over informeren. Het inbouwen van deze waarborg is het doel. Het instellen van een wettelijke meldplicht is voor mij geen doel op zich. Het gaat om de acties en de bevoegdheden die nodig zijn om te kunnen handelen. Samen met de beroepsgroepen en de IGZ zal er bovendien worden gekeken of de huidige richtlijnen en protocollen aangescherpt moeten worden en of aanvullende maatregelen noodzakelijk zijn. Ik heb u over deze stappen reeds geïnformeerd bij de beantwoording van recente Kamervragen.

2

*Op welke wijze kunnen volgens het kabinet zorg en preventie meer op elkaar afgestemd worden? Welke rol kan selectieve preventie hierbij spelen en op welke wijze wordt de motie Arib ( 32 195, nr. 9 ) ten aanzien van selectieve preventie precies uitgevoerd?*

De afstemming tussen zorg en preventie vindt vooral op lokaal niveau plaats. Betrokken partijen, zoals eerstelijnszorgaanbieders, GGD'en, gemeenten en zorgverzekeraars, zijn het best in staat om verbindingen te leggen die aansluiten bij de behoeften van de burgers en lokale omstandigheden. In de landelijke nota staan hiervoor diverse bouwstenen benoemd: formulering van gezamenlijke doelstellingen, inhoudelijke afstemming tussen zorgverleners en experimenten met financieringsvormen.

Landelijk wordt het lokale proces ondersteund door de ontwikkeling van praktische instrumenten (zoals een toolkit voor samenwerking tussen gemeenten en verzekeraars en integrale gegevensverzameling), het opsporen en verspreiden van goede voorbeelden en effectieve interventies (bijvoorbeeld via ZonMW-programma's en het Centrum Gezond Leven) en bijdragen aan de ontwikkeling van lokale professionele netwerken (onder ander in het kader van de beweegkuur, het Nationaal Actieprogramma Diabetes en de pilot rond het Preventie Toets Overleg). Daarbij zijn landelijke koepels zoals VNG, LVG, GGD Nederland en KNMG betrokken.

In het najaar zal ik u een brief sturen met mijn voornemens om basiszorg in de buurt te versterken en toegankelijker te maken. Ook in die brief ga ik in op de verbinding en samenwerking tussen onder andere de genoemde partijen. Zij kunnen dat bijvoorbeeld invullen door op lokaal en regionaal niveau zorgplannen te maken rondom doelgroepen, gebaseerd op een analyse van de betreffende populatie. De lokale GGD en de ROS (regionale ondersteuningsstructuur voor de eerste lijn) spelen hierbij een ondersteunende rol.

Voor de uitvoering van de motie Arib verwijs ik naar de brief over vroegopsporing en healthchecks die u dit najaar zal ontvangen.

3

*Waarom wordt alleen vermeld dat uit de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) 2010 bleek dat «het steeds beter gaat met de gezondheid in Nederland. Onze levensverwachting is tussen 2003 en 2008 met meer dan twee jaar gestegen....»?*

*Klopt het dat uit de VTV ook blijkt dat de levensverwachting is toegenomen, maar nog steeds lager is dan van omringende en vergelijkbare landen, dat de levensverwachting van vrouwen achterblijft, dat het aantal chronisch zieken toeneemt, dat het verschil tussen laag- en hoogopgeleiden niet kleiner wordt, dat de frequentie van ongezonde gewoonten niet afneemt en dat de participatie van mensen met ziekte of beperking achterblijft? Kan worden aangegeven hoe deze constatering uit de VTV terugkomen in het beleid van het kabinet?*

De VTV is een omvangrijke studie met veel relevante feiten en cijfers. In de landelijke nota is een aantal belangrijke bevindingen kort samengevat. Daarbij is niet alleen vermeld dat het steeds beter gaat met de gezondheid in Nederland. Ook andere constatering uit de VTV zijn expliciet benoemd zoals de toename van het aantal chronische ziekten, de hoge perinatale sterfte, de gezondheidsrisico's in de omgeving, de hoge ziektelast door psychische aandoeningen en het hoge niveau waarop de ongezonde leefstijl zich heeft gestabiliseerd.

Volgens de VTV is de levensverwachting in Nederland inderdaad lager dan in sommige omringende landen, blijft de levensverwachting van vrouwen achter in vergelijking met de 15 «oude» EU-landen en wordt het verschil tussen laag- en hoogopgeleiden niet kleiner. Ook vraagt de VTV aandacht voor participatie van mensen met ziekte of een beperking. Hoewel deze bevindingen niet expliciet in de landelijke nota worden benoemd, zijn ze wel meegewogen in het beleid. Uitgangspunt is dat er nog steeds gezondheidswinst kan worden geboekt. Daarom zijn de vijf speerpunten uit de preventienota 2006 – roken, schadelijk alcoholgebruik, overgewicht, diabetes en depressie – gehandhaafd. Met een beleid dat bewegen fors stimuleert, worden deze speerpunten eveneens bevorderd.

4

*Kan een overzicht gegeven worden van de in de nota genoemde beleidsmaatregelen, de gestelde doelen, de nulmeting en de wijze waarop de voortgang tot het behalen van het doel wordt geregistreerd en gecontroleerd?*

De Landelijke nota bevat een breed scala aan activiteiten op diverse beleidsterreinen. Een groot deel hiervan komt terug in de begrotingen van verschillende ministeries. Daarnaast wordt de Tweede Kamer, zoals aangekondigd in de landelijke nota, over de voortgang over een aantal specifieke onderwerpen afzonderlijk geïnformeerd.

Kenmerkend voor het beleid is dat de rijksoverheid vooral faciliterend, stimulerend en verbindend is. De concrete acties vinden vooral plaats op lokaal niveau. Dat zal overal anders zijn (maatwerk) en afhankelijk zijn van vele partijen zoals gemeenten, scholen, sportclubs, zorgverleners en

individuen. Het beleid is gericht op het faciliteren, stimuleren en ondersteunen van gezond gedrag, maar geeft eveneens expliciet aan dat leefstijl uiteindelijk een eigen keuze van de persoon zelf is.

5 en 6

*Kan een overzicht gegeven worden van bestaande of te starten maatregelen die tot doel hebben voorlichting en advies te geven (zoals ten aanzien van gezonde keuze, suïcide, seksualiteit enz.) waarbij wordt aangegeven op welke doelgroepen de functie zicht richt, op welke wijze zeker gesteld wordt dat deze doelgroep wordt bereikt en op welke wijze zeker gesteld wordt dat de methode voldoende effectief is?*

*Kan een overzicht gegeven worden van lokale initiatieven die succesvol lijken, waarbij wordt aangegeven op welke wijze en op welk moment wordt besloten tot landelijke implementatie?*

Er is een veelheid van activiteiten en maatregelen op lokaal en nationaal niveau. U vindt diverse voorbeelden in de landelijke nota. Daarin staan de diverse domeinen en kanalen beschreven die een rol spelen bij informatie en advies, zoals zorgprofessionals, gemeenten, scholen, bedrijven en sport- en vrijetijdsverenigingen. De basisvoorlichting en op maat advisering wordt met subsidie van het ministerie VWS door diverse gezondheidsbevorderende instellingen verzorgd. Hun gezamenlijke inspanningen gericht op scholen komen samen in de Gezonde School aanpak. Specifiek voor alcohol, drugs en tabak is er het programma De Gezonde School en Genotmiddelen. Aanvullend daarop zijn er ook programma's zoals het ZonMw-programma Seksuele gezondheid van de jeugd of het ZonMw Preventieprogramma waar vanuit diverse interventies ontwikkeld zijn met als doel voorlichting en advies op maat voor doelgroepen. Ook de jeugdverpleegkundigen geven tijdens de contacten in de jeugdgezondheidszorg ondermeer adviezen over leefstijl. Bij communicatie-instrumenten en interventies wordt altijd aandacht besteed aan implementatie, zodat ze de betreffende doelgroepen bereiken. Dit gebeurt door middel van een evaluatie of een effectiviteit-toets zoals het Centrum Gezond Leven (CGL) doet ten aanzien van interventies. In de I-database zijn actuele leefstijlinterventies te vinden, ingedeeld op doelgroep, setting, gezondheidsthema en het niveau van erkenning van de effectiviteit. Kansrijke, nieuwe interventies worden ook op effectiviteit beoordeeld door een onafhankelijke erkenningscommissie. Zo wordt bevorderd dat informatie de juiste doelgroepen bereikt en voldoende effectief is.

Daarnaast worden soms partnerships met veldpartijen opgezet om verspreiding een impuls te geven, zoals het Partnership depressie preventie en het Convenant Gezond Gewicht met de aanpak Jongeren Op Gezond Gewicht (JOGG). Afhankelijk van de behoefte in het veld, de impact die landelijke implementatie heeft op het gezondheidsvraagstuk en de verdeling van verantwoordelijkheden van partijen wordt per keer een afweging gemaakt of en zo ja hoe verdere implementatie bevorderd kan worden.

7

*Is het kabinet op de hoogte van recent onderzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en het Erasmus MC, waaruit blijkt dat mensen met een laag inkomen een 50–60% grotere kans hebben om aan een hart- en vaatziekte te overlijden dan mensen met een hoger inkomensniveau; en dat het optreden van nieuwe gevallen van hart- en vaatziekten onder mensen met een lager inkomen ongeveer 25% hoger is dan onder mensen met een hoger inkomen? Is het kabinet op de hoogte van de conclusie dat de factoren gerelateerd aan (on)gezond gedrag sterk samenhangen met de mate waarin hart- en vaatziekten voorkomen en een*

*groot deel van de sociaaleconomische verschillen kunnen verklaren? Laat deze conclusie het grote belang van preventieve zorg zien?*

Het kabinet is bekend met het onderzoek en de conclusies onderstrepen het belang van gezond gedrag. Preventieve zorg is hierbij van belang, evenals het bieden van gelegenheid voor een gezonde leefstijl.

8

*Hoe groot zijn de sociaaleconomische gezondheidsverschillen op dit moment in Nederland? Hoe is de ontwikkeling van sociaaleconomische gezondheidsverschillen gedurende de laatste tien jaar? Op welke wijze wordt gericht beleid ingezet om de sociaaleconomische gezondheidsverschillen te verkleinen? Welke gerichte maatregelen worden ingezet voor mensen in de laagste sociaaleconomische klassen en voor allochtonen?*

Het verschil in levensverwachting tussen laag en hoog opgeleide mannen en vrouwen is 7,3 respectievelijk 6,4 jaar (periode 2005–2008)<sup>1</sup>. Er zijn geen recentere gegevens beschikbaar. De verschillen zijn sinds 1997 niet echt toe- of afgenomen. Daaruit kan enerzijds geconcludeerd worden dat de verschillen hardnekkig zijn, anderzijds betekend dit dat, gelet op de toegenomen levensverwachting van de Nederlander, ook de levensverwachting van de lager opgeleiden is verbeterd.

De afgelopen jaren was het beleid van VWS er niet op gericht om de sociaaleconomische gezondheidsverschillen te verkleinen, maar om de levensverwachting van iedere burger te verhogen. Voor mensen die extra risico lopen, is dan vaak specifieke beleidsinzet noodzakelijk. Dat kunnen mensen zijn met een lage opleiding of mensen met een andere culturele achtergrond. Niet alleen bij landelijke trajecten, maar ook bij gemeentelijk beleid is hier aandacht voor. Voorbeelden zijn het traject rond perinatale sterfte, het project «de gezonde wijk» en de aanpak Jongeren Op Gezond Gewicht (JOGG). De mensen met de meeste risico's behoren overigens vaak tot de laagste sociaaleconomische klasse. Dit kabinet zet in op zorg en sport in de buurt. Juist mensen die geen lid zijn van een sportvereniging of die geen vervoer hebben om buiten het dorp of naar andere delen van de stad te gaan, zijn hierbij gebaat.

9

*Welke gevolgen heeft het afschaffen van tolkdiensten per 1 januari 2012 ten aanzien van de preventie van bijvoorbeeld tuberculose? Op welke wijze wordt ervoor gezorgd dat mensen de medicatievoorschriften begrijpen en op welke wijze kan een goede inventarisatie van mogelijke besmettingen in de omgeving van de patiënt gegarandeerd worden? Hoe wordt een toename van het aantal gevallen met recidiverende tbc voorkomen?*

Mijn beleid ten aanzien van preventie wijzigt niet door het afschaffen van de centrale vergoeding van tolk- en vertaaldiensten. Deze vergoeding vervalt per 1 januari 2012 omdat het kabinet van mening is dat patiënten/cliënten zelf verantwoordelijk zijn voor het machtig zijn van de Nederlandse taal en voor de inzet van een (professionele) tolk. De wijze waarop medicatievoorschriften aan mensen worden uitgelegd is een verantwoordelijkheid van de zorgverlener. Indien hierbij de inzet van een tolk nodig is dan is de patiënt hiervoor verantwoordelijk, alsmede voor de eventuele kosten. Bij een inventarisatie van mogelijke besmettingen in de omgeving van de patiënt is de GGD verantwoordelijk om, indien nodig, een (formele) tolk in te zetten. Overigens is het zo dat de vergoeding van tolk- en vertaaldiensten voor asielzoekers blijft bestaan. De bekostiging van deze diensten komt ten laste van de begroting van het ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelatie en behoort tot de verantwoordelijkheid van de minister voor Immigratie en Asiel. Dit is van belang voor

---

<sup>1</sup> Nationaal Kompas Volksgezondheid.

preventie van bijvoorbeeld tuberculose omdat voor asielzoekers uitgebreide maatregelen gelden.

10

*Onderschrijft het kabinet de visie, aanpak, doelstellingen en aanbevelingen van het Nationaal Plan Tuberculosebestrijding 2011–2015, dat december vorig jaar door het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu/Centrum Infectieziektebestrijding (RIVM/Cib) aan het ministerie van VWS is aangeboden? Hoe wil het kabinet tbc in Nederland effectief bestrijden?*

Ik ben blij dat het Nationaal Plan Tuberculosebestrijding 2011–2015 (inhoudelijke kaders) er ligt. Het plan schetst de manier waarop optimale tuberculosebestrijding in Nederland plaats kan vinden in een tijd waarin de tuberculose incidentie terugloopt, maar het type behandeling, onder andere door het voorkomen van resistente stammen, complexer wordt. Het geeft hiermee richting aan lokale bestuurders om hun verantwoordelijkheden op het gebied van tuberculosebestrijding waar te maken en te zorgen voor voldoende kwaliteit van zorg.

11

*Kan een reactie worden gegeven op het bericht in het «Federatienieuws» in Medisch Contact, nr. 23, van 10 juni 2011, waarin wordt gesteld dat de strekking van de gezondheidsnota is: «Met minder geld moeten anderen meer aan preventie gaan doen»?*

*Waaruit blijkt dat het kabinet wel op de hoogte is van grote groepen kwetsbare mensen die er niet zelfstandig in slagen gezonder te worden?*

Onze inzet is dat mensen worden geïnformeerd en weerbaar zijn zodat ze zelf vrij hun leefstijl kunnen kiezen maar goed weten wat de consequenties zijn. Daarnaast stimuleert en faciliteert dit kabinet gezond gedrag. Ook blijven wij fors inzetten op gezondheidsbescherming en het tijdig opsporen van gezondheidsrisico's. De bevolkingsonderzoeken worden zelfs uitgebreid met darmkankerscreening en daarmee investeert het kabinet per saldo meer geld in preventie dan het bezuinigt. Ook voor gezondheidsbevordering zijn er nog voldoende financiële middelen. De bezuinigingen worden grotendeels ingevuld door het vergroten van efficiëntie en duidelijke keuzes voor praktische interventies die werken. Het kabinet gaat uit van de eigen kracht van mensen. Mensen zijn heel goed in staat om zelf keuzes te maken, ook ten aanzien van hun gezondheid. Zij worden daar op verschillende manier in ondersteund. In de landelijke nota noemt het kabinet ondermeer:

- we beperken de gezondheidsrisico's waar mensen zelf geen of weinig invloed op hebben;
- we dragen zorg voor op de doelgroep toegesneden, toegankelijke en betrouwbare informatie;
- we bevorderen laagdrempelige voorzieningen voor preventie en basiszorg in de buurt;
- we creëren, samen met private partijen, meer mogelijkheden om gezonder te kunnen leven zoals faciliteiten om veilig in de buurt te kunnen spelen, sporten en bewegen of het verminderen van belemmeringen om gezonder te leven.

Deze inzet komt vooral ten goede aan mensen die extra risico's lopen.

12

*Het kabinet houdt vast aan de vijf speerpunten: overgewicht, diabetes, depressie, roken en schadelijk alcoholgebruik en wil daarbij het accent op bewegen leggen. Tegelijkertijd stelt het kabinet dat gezondheid en leefstijl een kwestie van de burger zelf is, waar de burger bij voorkeur zelf over beslist. Is sporten en bewegen ook niet een kwestie van de burger zelf,*

*waar hij zelf over beslist? Ontstaat met dit beleid niet een gespannen relatie tussen het accent op bewegen enerzijds en de vrije keuze van de burger anderzijds?*

Het kabinet vindt het belangrijk dat iedereen die dit zelf wil op een veilige manier kan sporten en bewegen in zijn of haar eigen buurt. Het kabinet kan en wil dit niet opleggen, maar heeft hierin een faciliterende en positief stimulerende rol. In het nieuwe sportbeleid wil het kabinet stimuleren dat burgers, en vooral ook de jeugd, die keuze ook daadwerkelijk kunnen maken. Keuzevrijheid van de burger staat centraal. Burgers die niet (meer) willen sporten en bewegen zal dit kabinet niet «van bovenaf» opleggen om in beweging te komen.

13

*Is de minister bekend met de rapporten van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ)? Deze bepleiten de zogenaamde GG-aanpak: van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag. Ze bepleiten ook een beperking van het basispakket en meer eigen verantwoordelijkheid van de burger. Tevens dienen in de zorgverzekering financiële prikkels ten behoeve van het bevorderen van gezond gedrag te worden opgenomen. Hoe ziet de minister deze adviezen en welke maatregelen bevorderen gezond gedrag?*

In mijn brief van januari 2011 (MC-U-3048431) met mijn beleidsdoelstellingen heb ik ook de opvattingen van de RVZ betrokken, zoals beschreven in het advies «Perspectief op gezondheid 20/20». Mijn beleidsdoelstellingen op het terrein van preventie staan ook in deze brief verwoord. In de landelijke nota «Gezondheid dichtbij» zijn deze verder uitgewerkt. Mensen moeten kunnen kiezen op basis van betrouwbare en toegankelijke informatie. Maar het is en blijft hun keuze om gezond te leven.

14

*De feiten laten zien dat vooral ten aanzien van arbeidsparticipatie veel winst te behalen is wanneer er gezonde en fitte werknemers zijn. Hoe gaat de minister bedrijven stimuleren om werknemers fit en gezond te krijgen?*

Samen met de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid heb ik het voornemen om een actieplan «Gezond Bedrijf» te starten, samen met de sociale partners.

In het actieplan is een aantal prioriteiten gekozen: het actieplan zal zich vooral richten op het MKB, de aandachtsgebieden zijn bewegen, chronisch zieken en depressies. De doelgroep van dit actieplan betreft vooral werknemers uit de lagere sociaaleconomische klassen. Het actieplan wordt momenteel uitgewerkt.

Daarnaast is een traject gestart ten aanzien van duurzame inzetbaarheid in de zorgsector zelf. Met betrekking tot depressie preventie wordt bezien of eHealth op het werk een bijdrage kan leveren.

15

*De minister geeft aan veel kansen te zien voor publiek-private samenwerking. Welke goede voorbeelden zijn er al beschikbaar? Wat gaat de minister doen om deze vorm van samenwerking te stimuleren?*

Er zijn tal van goede, inspirerende voorbeelden van publiek-private samenwerking op nationaal en lokaal niveau. Een selectie leidt tot de beperking dat we andere goede voorbeelden tekort doen. In de nota hebben we een aantal voorbeelden genoemd. In de I-database van het Centrum Gezond Leven (CGL) staat indien relevant ook de publiek-private samenwerking bij interventies benoemd en in de handreikingen Gezonde Gemeente staan voorbeelden.

Voor het totale gezondheidsbeleid en in het bijzonder voor gezondheidsbevordering geldt dat we als kabinet open staan voor samenwerking die tot het behalen van onze doelstelling leidt. In 2011 wil het kabinet via het Beleidskader Sport en Bewegen in de buurt meer private interventies stimuleren die sportdeelname in de buurt bevorderen die bijdragen aan veilige en leefbare buurten. In het nieuw te ontwikkelen programma «Sport en bewegen in de buurt» zal ook ruim aandacht zijn voor publiek-private samenwerking.

16

*Hoe wil het kabinet ervoor zorgen dat rijksoverheid en gemeenten dezelfde doelen nastreven voor wat betreft de vermindering van het aantal rokers?*

Gemeenten zijn zelf verantwoordelijk voor hun preventiebeleid, ook op het gebied van roken. Door roken in de Landelijke nota gezondheidsbeleid als speerpunt te benoemen, worden gemeenten gestimuleerd om dit ook te doen. Het is vervolgens aan de gemeenten om roken in de nota's gemeentelijk gezondheidsbeleid als thema te duiden en passende lokale invulling te geven.

17

*Hoeveel verschillende bezoekers hebben afgelopen jaar de volgende websites bezocht?*

*Graag per website een overzicht:*

*[www.zichtbarezorg.nl](http://www.zichtbarezorg.nl)*

*[www.mentaalvitaal.nl](http://www.mentaalvitaal.nl)*

*[www.platformvitallevaten.nl](http://www.platformvitallevaten.nl)*

*[www.loketgezondleven.nl](http://www.loketgezondleven.nl)*

*[www.blijfveiligmobiel.nl](http://www.blijfveiligmobiel.nl)*

*[www.restovanharte.nl](http://www.restovanharte.nl)*

*[www.oefenen.nl](http://www.oefenen.nl)*

*[www.loketgezondleven.nl](http://www.loketgezondleven.nl)*

*[www.sense.info](http://www.sense.info)*

*[www.ggd Kennisnet.nl](http://www.ggd Kennisnet.nl)*

*[www.ikkiesbewust.nl](http://www.ikkiesbewust.nl)*

*[www.natuursprong.nl](http://www.natuursprong.nl)*

*[www.geen16geendruppel.nl](http://www.geen16geendruppel.nl)*

*[www.convenantgezondgewicht.nl](http://www.convenantgezondgewicht.nl)*

*[www.kiesbeter.nl](http://www.kiesbeter.nl)*

Veel van de websites die u noemt vallen niet onder de verantwoordelijkheid van de rijksoverheid, daar kan ik u niet over berichten. Voor de websites die wel direct door de rijksoverheid worden beheerd of overwegend met onze middelen zijn gefinancierd, zijn de aantallen voor 2010 als volgt:

[www.zichtbarezorg.nl](http://www.zichtbarezorg.nl): Totaal 193 367 bezoeken, waarvan 77 085 uniek.

[www.mentaalvitaal.nl](http://www.mentaalvitaal.nl): Totaal 58 936 bezoeken, waarvan 48 473 uniek.

Deze cijfers beslaan 3 maanden; deze site is pas sinds oktober 2010 actief.

[www.loketgezondleven.nl](http://www.loketgezondleven.nl): Totaal 114 263 bezoeken, waarvan 81 132 uniek.

[www.sense.info](http://www.sense.info): Totaal 546 217 bezoeken, waarvan 450 793 uniek.

[www.natuursprong.nl](http://www.natuursprong.nl): 4 200 unieke bezoeken in een jaar (maart 10-feb 11)

[www.geen16geendruppel.nl](http://www.geen16geendruppel.nl): 594 unieke bezoeken, het totaal wordt niet geregistreerd.

[www.kiesbeter.nl](http://www.kiesbeter.nl): Totaal 5.6 miljoen bezoeken, waarvan 4.9 miljoen uniek.

18

*Er wordt een verbinding gelegd tussen het gezondheidsbeleid en het Olympisch Plan. Kan deze verbinding worden geïllustreerd door ten minste vijf landelijke en vijf stedelijke projecten?*

In de Landelijke nota gezondheidsbeleid en de Beleidsbrief Sport staat uitgewerkt welke positieve bijdrage dit kabinet wil leveren aan de ambities uit het Olympisch Plan 2028. Goede landelijke voorbeelden die een positieve bijdrage leveren (of hebben geleverd) voor de gezondheid zijn het inzetten van de combinatiefunctionaris, de projecten uit het Nationaal Actieplan Sport en Bewegen (NASB), het stimuleren van bedrijfssport, het ontwikkelen van de BeweegKuur, het experiment Gezonde Wijk en de pilotprojecten Beweegvriendelijke Omgeving. Op lokaal niveau zijn er legio voorbeelden van gemeenten en provincies die het Olympisch Plan aangrijpen om het sporten en bewegen te stimuleren. Voorbeelden zijn Drenthe 2028, topsportvisie Den Haag, kwaliteitssportparken Maastricht, Grolloo Olympisch dorp 2011 en het BeweegABC in Delft.

19

*Hoe kijkt het kabinet aan tegen het feit dat nicotineafhankelijkheid/tabaksverslaving als aandoening is opgenomen in de ICD-10 en Diagnostic Statistical Manual? Erkent het kabinet deze classificatie?*

De ICD-10 en de DSM worden opgesteld door inhoudelijk deskundigen. Het classificatiesysteem ICD-10 wordt internationaal beheerd door de WHO. Beide systemen zijn wereldwijd erkend binnen de psychiatrie en verslavingszorg. Er is geen sprake van het al dan niet erkennen door de overheid. Het kabinet ziet geen reden om deze classificaties in twijfel te trekken.

20

*Heldere wet- en regelgeving en toezicht blijven noodzakelijk. Betekent dit dat het toezicht op het rookverbod in de horeca weer wordt aangescherpt?*

In het Algemeen Overleg Tabaksbeleid van 19 januari jl. heb ik aangegeven dat ik een goede handhaving van de rookvrije horeca belangrijk vind. Ik zet daarom in op snelle herinspecties en heb bovendien toegezegd dat de boetes voor overtreding van het rookverbod verhoogd zullen worden. Het besluit waarin de verhoging van de boetes is geregeld, is onlangs in werking getreden.

21

*Kan er een financieel overzicht worden gegeven van de invoering van een bevolkingsonderzoek naar darmkanker? Met daarbij ook een inschatting van het percentage deelnemers aan het bevolkingsonderzoek.*

Een onderzoek naar de kosten van een bevolkingsonderzoek naar darmkanker was uiteraard onderdeel van de uitvoeringstoets van het RIVM (Hoofdstuk 9), dat op 1 juni jl. naar de Tweede Kamer is gestuurd. Dit onderzoek, dat is uitgevoerd door het Erasmus MC, geeft een zo goed mogelijke schatting van alle kosten, met alle onzekerheden die een dergelijk grootschalig project omgeven. Eén van de aannames hierbij is dat zestig procent van de doelgroep daadwerkelijk deelneemt. Dit percentage is gebaseerd op de proefbevolkingsonderzoeken in drie Nederlandse regio's.

De screening van 4,4 miljoen mensen met een ontlastingstest gaat jaarlijks gemiddeld zo'n 40 miljoen kosten. En de meerkosten in de zorg door het eerder opsporen van darmkanker lopen in de eerste jaren op tot 80 miljoen in 2017 (op de 300 miljoen aan zorgkosten voor darmkanker).

Vanaf dat jaar zullen de kosten, gerelateerd aan darmkanker, in de zorg sterk dalen.

22

*In hoeverre is het risico van belangenverstremming aanwezig wanneer de overheid zich terugtrekt bij advies over leefstijl en de publiek-private samenwerking dit overneemt?*

Er is geen sprake van terugtrekking. In de landelijke nota staat dat de rijksoverheid zorg draagt voor goede, betrouwbare en toegankelijke kennis en informatievoorziening. Wel worden keuzes gemaakt over de wijze waarop we dit willen bereiken. Vaak zijn andere kanalen vanuit de directe leefwereld van mensen beter in staat om mensen te bereiken. Vanuit die opvatting is de overheid niet de enige schakel die informatie richting de burger zendt en leidt samenwerking hierin tot efficiency en doelmatigheid.

In een samenwerking is er altijd een risico op belangenverstremming. Goede afspraken en een heldere verantwoordelijkheidsverdeling kunnen dit risico inperken. Dit past bij onze visie dat publiek-private samenwerking maatwerk is. Ontkenning van de grote betekenis die publiek-private samenwerking kan hebben is een gemiste kans om gemeenschappelijke doelen te bereiken.

23

*Er wordt aangegeven dat betrouwbare, toegankelijke en doelgerichte informatie essentieel is; wordt hierbij ook rekening gehouden met het verstrekken van informatie aan visueel en auditief gehandicapten?*

Ja. De overgrote meerderheid van de informatie wordt digitaal verstrekt. Alle websites die vallen onder ministeriële verantwoordelijkheid moeten sinds eind 2010 aan de webrichtlijnen voldoen ([www.webrichtlijnen.nl](http://www.webrichtlijnen.nl)). Deze richtlijnen stellen onder andere eisen aan de toegankelijkheid, ook voor mensen die niet (goed) kunnen zien of horen.

Op dit moment voldoen helaas nog niet alle websites aan de eisen. Het kabinet spant zich in dit zo spoedig mogelijk in orde te hebben. Bij publiekscommunicatie wordt per situatie bepaald hoe communicatie naar de te bereiken doelgroepen moet worden ingezet en welke communicatiemiddelen daarvoor nodig zijn.

24

*Op basis van welke gegevens is besloten dat generieke massamediale campagnes worden afgeschaft?*

Het kabinet staat voor eigen verantwoordelijkheid en eigen kracht van mensen. Algemene, op een breed publiek gerichte leefstijlcampagnes passen niet in de eigen verantwoordelijkheid van mensen voor een gezond leven. Ik wil een omslag maken in de wijze waarop informatie wordt aangeboden. Niet meer algemeen, op een breed publiek gericht en aanbodgestuurd, maar veel meer gebundeld en toegesneden op de vraag en informatiebehoefte van de burger. Daartoe moet de juiste informatie eenvoudig beschikbaar en toegankelijk zijn en aansluiten bij de leefwereld van de burger.

25

*In hoeverre beslissen mensen zelf over hun leefstijl, wanneer er sprake is van verslaving?*

Verslaving kan worden omschreven als het aanhoudend, dwangmatig gebruik van middelen of dwangmatig gedrag met steeds nadeliger gevolgen voor gezondheid, gezins- en vriendschapsrelaties, financiële

positie en (school)loopbaan. Verslaving zorgt voor ingrijpende, onomkeerbare veranderingen in verschillende hersengebieden en wordt dan ook als hersenziekte beschouwd. Het ontkennen van (verslavings)problemen is vaak kenmerkend voor verslaafden. Daarom is stimulans van de omgeving en/of hulpverlening nodig voor herstel. Hoewel het herstel van deze ziekte niet altijd gemakkelijk is, ligt de verantwoordelijkheid hiervoor primair bij de verslaafde zelf.

26

*Het kabinet wijst op de eigen verantwoordelijkheid van mensen, betrokkenheid van bedrijfsleven, onderwijs, zorgverleners en indien een bijdrage van de overheid noodzakelijk is wordt dit in eerste instantie aan gemeenten gelaten. Welke concrete taak en verantwoordelijkheid ziet het kabinet nog voor de rijksoverheid? Kan concreet aangegeven worden wanneer en op welke wijze de overheid deze verantwoordelijkheid gaat invullen?*

In de landelijke nota heeft het kabinet aangegeven welke taken en verantwoordelijkheden bij de rijksoverheid liggen. Het gaat vooral om taken op het terrein van de gezondheidsbescherming, het tijdig onderkennen van gezondheidsrisico's, het toegankelijk maken van betrouwbare kennis en informatie en, samen met andere partijen, meer mogelijkheden creëren om gezonder te kunnen leven.

27

*Is het juist dat 13% van de zorglast gerelateerd is aan de gevolgen van roken, en dat hiermee ruim € 2 miljard aan zorgkosten is gemoeid?*

Dit is inderdaad de inschatting van het RIVM: jaarlijks wordt in Nederland ongeveer € 2 miljard besteed aan zorg die te maken heeft met ziekten als gevolg van roken (3,7% van de zorgkosten). Bron: Nationaal Kompas Volksgezondheid 2011.

28

*Mensen uit lage welstandsgroepen roken vaker dan mensen uit hogere welstandsgroepen. Roken is een belangrijke veroorzaker van sociaaleconomische verschillen. Wat gaat het kabinet doen om deze gezondheidsverschillen te verkleinen?*

Mensen uit lage welstandsgroepen roken inderdaad vaker. Onderwijs is overigens de belangrijkste indicator voor gezondheidsverschillen. Het gezondheidsbeleid is erop gericht de levensverwachting van iedere burger te verhogen. Met dat doel worden effectieve interventies zo gericht mogelijk ingezet. Binnen het landelijke en het lokale beleid ligt de focus vooral op risicogroepen. Dat kunnen mensen zijn uit lage welstandsgroepen.

De inzet om jongeren, via schoolprogramma's en de contacten met jeugdverpleegkundigen, bewust te maken van de gevaren van roken en verslaving worden onverminderd voortgezet omdat jongeren extra gevoelig zijn om ermee te beginnen. Binnen het programma De Gezonde School en de aanpak Genotmiddelen en de Gezonde School is aparte aandacht voor het middelbaar beroepsonderwijs waardoor kinderen met diverse achtergronden worden bereikt.

29

*Is de minister zich bewust van internationaal onderzoek, dat onlangs aantoonde dat in Nederland tot en met 2040 144 000 mensenlevens te redden zijn met effectief tabaksontmoedigingsbeleid. Waarom kiest het kabinet niet voor deze gezondheidswinst?*

Het is bekend dat roken voor een groot verlies van levensverwachting en gezonde levensjaren zorgt. Tabaksontmoediging blijft daarom één van de speerpunten in het preventiebeleid. Ik kies daarbij wel voor een andere aanpak: bijvoorbeeld niet voor ongerichte, massamediale campagnes, maar wel voor goede voorlichting op scholen en door zorgprofessionals zoals huisartsen, verloskundigen en medisch specialisten. Ook blijven andere maatregelen van kracht zoals de rookvrije werkplek, rookvrije horeca, handhaving van de leeftijdsgrens en waarschuwingen op pakjes.

30

*Hoe verklaart het kabinet de daling van het percentage rokers in het eerste kwartaal van 2011?*

Het percentage rokers is in het eerste kwartaal van 2011 gedaald naar 24%. Het is nog afwachten wat de prevalentie gemeten over het hele jaar wordt. De lagere prevalentie kan worden veroorzaakt door een aantal factoren, zoals de rookvrije horeca, de rookvrije werkplek, goede voorlichting en de stoppen met roken programma's, maar pas in de loop van dit jaar kan een echte onderbouwing worden gevonden voor deze daling. Voorlopige gegevens laten zien dat er niet veel meer stoppogingen worden ondernomen dan in vorige jaren, maar dat het succes van deze stoppogingen wel is toegenomen.

31

*Hoeveel zijn de kosten van de gezondheidszorg gestegen door de stijging van de levensverwachting met 2 jaar sinds 2003?*

De kosten van de gezondheidszorg zijn tussen 2003 en 2010 gestegen van € 40,6 miljard naar € 61,7 miljard (bruto-BKZ-uitgaven volgens Jaarbeeld Zorg 2003 respectievelijk VWS-jaarsverslag 2010). Niet precies valt aan te geven in hoeverre dit komt door de stijging van de levensverwachting. Uit studies van het RIVM blijkt dat het grootste deel van de zorgkosten aan het einde van het leven wordt gemaakt. Doordat de levensverwachting vooral is gestegen door gezondheidswinst op oudere leeftijd, zou dit vooral uitstel van de kosten van de gezondheidszorg betekenen. Bovendien is de relatie tussen levensverwachting en kosten van de gezondheidszorg wederkerig. Uit de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (RIVM, 2010) valt op te maken dat de recente stijging van de levensverwachting waarschijnlijk ook het gevolg is van meer en betere preventie en zorg sinds het begin van de eenentwintigste eeuw.

32

*Hoeveel wordt er bespaard op de zorguitgaven doordat het aantal rokers, drugsgebruikers, probleemdrinkers en mensen met (ernstig) overgewicht zich lijkt te stabiliseren?*

Stabilisatie van het aantal rokers, drugsgebruikers, probleemdrinkers en mensen met (ernstig) overgewicht bespaart niet per se zorguitgaven. Dat is ook niet het primaire doel. Het doel van zowel preventie als zorg is de bevordering van de volksgezondheid. Stabilisatie betekent dat de levensverwachting hierdoor toeneemt en de kwaliteit van leven verhoogt. Bovendien vergroot dit de mogelijkheden om actief te zijn in de maatschappij. Denk aan deelname in het arbeidsproces of vrijwilligerswerk. Daarnaast verlaagt het kosten voor de maatschappij wanneer overlast, onveiligheid en misbruik in afhankelijkheidsrelaties verminderen door afname van het aantal drugsgebruikers en probleemdrinkers.

33

*Hoeveel bedraagt de stijging van de gemiddelde levensverwachting per procentpunt minder rokers?*

Het RIVM heeft de effecten becijferd in QALY's (gewonnen, gezond levensjaar). Als het aantal rokers één procentpunt daalt, levert dat ongeveer 37 500 QALY's op na 100 jaar.

34

*Is het kabinet bekend met de bijzonder lage prevalentie van rokers in het eerste kwartaal van 2011, en dat deze waarschijnlijk door de vergoeding van stoppen-met-rokenprogramma's is veroorzaakt? Welke ambitie streeft het kabinet na ten aanzien van het aantal rokers en hoe denkt het dit te realiseren?*

Zie voor het eerste deel op deze vraag het antwoord op vraag 30. Het zou goed zijn als het aantal rokers verder daalt, echter daar zijn veel factoren op van invloed. Het besluit om al dan niet te roken ligt bij mensen zelf. Het beleid is er met name op gericht om betrouwbare informatie beschikbaar te stellen, bijvoorbeeld via internet of advies op maat (infolijn), en te voorkomen dat jongeren gaan roken.

35

*Wat is de doelstelling van het kabinet op het gebied van het verhogen van de gemiddelde levensverwachting?*

Het gezondheidsbeleid is erop gericht dat mensen langer in goede gezondheid leven. Dit wordt gemeten met de indicatoren absolute levensverwachting en levensverwachting in goed ervaren gezondheid. Het is niet mogelijk om per indicator een exact streefgetal te noemen. In de begroting van VWS is het uitgangspunt geformuleerd dat de levensverwachting in een bepaald jaar groter of gelijk is aan het jaar daaraan voorafgaand.

36

*De ziekte van Lyme wordt genoemd als een gezondheidsrisico. Wat gaat het kabinet doen om deze ziekte eerder en beter te signaleren en te behandelen?*

Vanwege de problemen rondom diagnostiek en behandeling van de ziekte en de toename van het aantal patiënten over de afgelopen 15 jaar beschouw ik de ziekte van Lyme als gezondheidsrisico. Onlangs heb ik u per brief geïnformeerd over de aanvullende investeringen in de preventie en bestrijding van de ziekte van Lyme en mijn voornemen om verder bij te dragen aan verbetering van diagnostiek en behandeling (d.d. 20 juni 2011, TK 2011D32776).

37

*Wat is de hoogte van de babysterfte in Nederland en hoe verhoudt zich dat tot het buitenland?*

Uit de vergelijking van de beschikbare Europese perinatale sterftecijfers vanaf 1999 en op basis van de gegevens van de Stichting Perinatale Registratie (PRN 1999, 2004, 2007) blijkt dat de Nederlandse perinatale sterfte daalt, maar dat de daling langzamer gaat dan de daling in andere Europese landen. In 2007 bedroeg de perinatale sterfte (voor, tijdens en na de geboorte) 9,7 per 1000 van het totaal aantal geborenen. In 2013 verwacht ik nieuwe cijfers van het Europese PERISTAT met de resultaten van de babysterfte in Europa. Dan kan opnieuw de balans worden opgemaakt.

38

*Hoe groot is de toename van het aantal chronische ziekten, uitgesplitst naar aandoening? Wat is de oorzaak van deze toename?*

Als we uitgaan van personen in plaats van aandoeningen zijn er, volgens het RIVM, minimaal 4,5 miljoen chronisch zieken in Nederland. Schattingen van het aantal mensen met een chronische aandoening worden gebaseerd op zorgregistraties. De meest actuele cijfers zijn door het RIVM weergegeven in de Volksgezondheid Toekomst Verkenningen 2010, daarin zijn schattingen van 2007 verwerkt. Zorgregistraties lopen altijd iets achter in verband met het opschonen van data en dergelijke. Daarnaast is het niet haalbaar en zinvol om ieder jaar een update van de schattingen te geven, aangezien de prevalentie van chronische aandoeningen niet dusdanig fluctueert dat die de nodige extra en kostbare inspanningen rechtvaardigt. Uw vraag over de aantallen uitgesplitst naar aandoening kan ik om deze reden niet beantwoorden. Eerder onderzoek naar de toename van chronisch zieken in vergelijking met schattingen van het RIVM wezen uit dat deze redelijk goed overeenkomen.

Oorzaken van het stijgende aantal mensen met een chronische ziekte zijn de vergrijzing (meer ouderen en hogere levensverwachting), veranderende leefstijl en medische invloeden zoals eerdere opsporing en betere overleving. Maar ook maatschappelijke invloeden als medicalisering spelen een rol.

39

*Hoe groot is de toename van het aantal mensen met meer dan één chronische ziekte tegelijkertijd? Wat is de oorzaak van deze toename?*

Op bevolkingsniveau heeft 8% van de Nederlanders meer dan één chronische ziekte, in het totaal zijn dat 1,3 miljoen mensen. Tot ongeveer 55 jaar is multimorbiditeit relatief zeldzaam, maar bij ouderen komt het veelvuldig voor. Zo heeft bijna één op de drie 75-plussers meer dan één chronische ziekte. Veel voorkomende combinaties van chronische ziekten zijn bijvoorbeeld astma en eczeem, depressie en angststoornissen, en diabetes en coronaire hartziekten. Ik beschik niet over één cijfer die de toename van alle mogelijke combinaties van aandoeningen aangeeft. Volgens het RIVM (VTV 2010 deelrapport Gezondheid en determinanten) is er nauwelijks onderzoek naar de oorzaken van multimorbiditeit, omdat dit kostbaar is vanwege de grote benodigde onderzoekspopulaties.

40

*Hoe verhoudt de extra aandacht die het kabinet vraagt voor psychische aandoeningen zich tot de eigen bijdrage en de bezuinigingen die het kabinet voor de GGZ heeft aangekondigd?*

Het kabinet vindt een geestelijke gezondheid en een mentale vitale samenleving belangrijk. Tegelijkertijd kiest het kabinet voor een eigen bijdrage en bezuinigingen in de GGZ. De reden hiervoor is dat de vraag naar de GGZ de afgelopen jaren fors is gegroeid. Voor de betaalbaarheid van de zorg is het van belang dat patiënten hieraan ook financieel bijdragen, temeer omdat door een eigen bijdrage de patiënt ook meer bewust wordt van de kosten van een behandeling.

Ten aanzien van de bezuinigingen waar de sector zelf mee te maken krijgt, erkent het kabinet dat deze maatregelen fors zijn en dat zij daar in hun bedrijfsvoering het komende jaar mee rekening moeten houden. De maatregelen zijn echter noodzakelijk omdat er grote financiële overschrijdingen zijn in de GGZ. Het kabinet ziet mogelijkheden voor diverse verbeteringen die de kwaliteit van de GGZ vergroten en de kosten verlagen zoals eHealth, meer zelfzorg, een sterkere eerstelijnszorg, extramuralisering en kortere interventies.

41

*Wil het kabinet in navolging van de bezuiniging op de vergoeding voor het stoppen met roken, ook korten op de behandeling van andere*

*verslavingen (zoals alcoholverslaving)? Gaat het kabinet hierbij uit van de gedachte dat verslaving een eigen keuze is van mensen?*

Het gebruik van een middel of het kiezen voor bepaald gedrag is een eigen keuze van mensen. Of middelengebruik zich ontwikkelt tot verslaving hangt af van veel factoren. Zo spelen naast persoonlijkheids- en omgevingsfactoren, ook genetische factoren een rol. Verslaving komt niet in één keer tot stand maar ontwikkelt zich in fasen waarbij factoren als tolerantie, afhankelijkheid, hunkering, onthouding(sverschijnselen) en terugval een rol spelen. Het kabinet is niet voornemens te korten op de behandeling van andere verslavingen. Wel zal het kabinet de informatieverstrekking ter voorkoming van verslavingen bundelen. Bij de beantwoording vraag 135 kom ik hierop terug.

42

*Op basis van welke onderzoeken concludeert het kabinet dat de preventieve maatregelen te ver van de leefwereld van de Nederlander staan?*

In diverse studies wordt een kloof gevonden tussen de leefwereld van de Nederlander en de preventieve activiteiten die de afgelopen jaren zijn aangeboden.

Kooiker<sup>1</sup> stelt bijvoorbeeld: «dat er onvoldoende bekend is hoe inwoners van Nederland over gezondheid en gezond leven denken, hoe ze gezondheid zien en beleven, wat ze voor hun gezondheid wel of niet (willen) doen en hoe ze naar gezondheidsvoorlichting en -beleid kijken». Deze kennis is, volgens hem, nodig om het beperkte succes van goedbedoelde gezondheidsadviezen bij de bevolking beter te begrijpen. Horstman<sup>2</sup> noemt de kloof tussen publieke gezondheid – het domein van de professionals – en de dagelijkse praktijk: «de huidige publieke gezondheidsprijktijken worden gekenmerkt door een technocratische, rationele stijl. Mensen worden impliciet beschouwd als objecten die door een druk op de goede knop wel het gewenste gedrag gaan vertonen. Zij zijn geen eigenaar van veranderingen in hun leven, maar dienen te worden veranderd». Daarnaast zijn er de nodige onderzoeken, ondermeer van het RIVM<sup>3</sup>, die aantonen dat het bereik en effectiviteit van de huidige interventies beperkt is omdat ze niet aansluiten bij de leefwereld van degenen waarvoor ze bestemd zijn.

43

*Acht het kabinet zich gebonden aan internationale verdragen en protocollen op het gebied van gezondheidsbevordering, zoals het WHO-kaderverdrag Framework Convention on Tobacco Control (FCTC)?*

Nederland voldoet grotendeels aan de aanbevelingen die voortkomen uit het WHO-FCTC-verdrag. Het is van belang dat de WHO aanbevelingen doet en dat op nationaal niveau eigen afwegingen worden gemaakt. Het kabinet hecht eraan dat op nationaal politiek niveau uiteindelijk in overleg met het parlement besluiten worden genomen. Die beleidsvrijheid delegeert het kabinet noch aan de EU noch aan de WHO.

<sup>1</sup> Kooiker SE. Nederlanders aan het woord over gezondheid en gezond leven. Den Haag/Bilthoven: SCP/RIVM, 2011.

<sup>2</sup> Horstman K. Dikke kinderen, uitgebluste werknemers en vreemde virussen – filosofie van de publieke gezondheid in de 21<sup>ste</sup> eeuw. Oratie Universiteit Maastricht, juni 2010.

<sup>3</sup> Bijvoorbeeld: Busch MCM, Schrijvers CTM. Effecten van leefstijlinterventies gericht op lagere sociaaleconomische groepen. Bilthoven: RIVM, 2010. Zantinge EM ea. Gezond ouder worden in Nederland. Bilthoven: RIVM, 2011.

44

*Er wordt gesproken over het wegnemen van belemmeringen in wet- en regelgeving. Aan welke wet- en regelgeving wordt hierbij gedacht? Is er naast een overzicht van wet- en regelgeving ook een tijdspad bekend wanneer deze wet- en regelgeving kan worden geschrapt en/of worden aangepast?*

Zoals in de landelijke nota aangegeven, ligt een van de taken van de rijksoverheid op het terrein van wet- en regelgeving. Indien blijkt dat wet- en regelgeving een belemmering vormt voor organisaties om een

bijdrage te leveren aan de gezondheid van mensen, kan de rijksoverheid deze wet- en regelgeving aanpassen. Het hoeft dan niet alleen te gaan over wet- en regelgeving op het terrein van zorg en welzijn, het kan ook de interactie zijn met wetgeving in andere sectoren, bijvoorbeeld op het terrein van arbeid, milieu of kinderopvang.

In de praktijk zal moeten blijken welke wet- en regelgeving tot concrete belemmeringen leidt en welke aanpassingen gewenst zijn. Met twee voorbeelden wil ik dit toelichten. Samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars is in het kader van preventie erg belangrijk. Momenteel laat ik inventariseren welke samenwerkingsverbanden er tussen gemeenten en zorgverzekeraars de afgelopen periode zijn ontwikkeld en waar zich knelpunten voordoen. Als uit de analyse van deze inventarisatie blijkt dat er knelpunten zijn die alleen kunnen worden opgelost door het aanpassen van wet- en regelgeving zal ik daartoe het initiatief nemen. Eveneens heb ik een taskforce ingericht die de belemmeringen in wet- en regelgeving inventariseert die samenwerking belemmert tussen sportclubs, sportaccommodaties, scholen, buitenschoolse opvang en dergelijke.

45

*Welke middelen stelt de rijksoverheid ter beschikking van de gemeenten om de hier geformuleerde extra taken uit te voeren?*

Gemeenten zijn altijd verantwoordelijk geweest voor het lokale gezondheidsbeleid. Het gaat dan ook niet om extra taken maar om een andere invulling van bestaande taken die in de Wet publieke gezondheid zijn beschreven. De middelen die gemeenten daarvoor beschikbaar hebben zijn onderdeel van het Gemeentefonds. Daarnaast zijn er specifieke decentralisatie uitkeringen en worden gemeenten vanuit diverse kennis- en implementatieprogramma's vanuit de rijksoverheid zowel financieel als inhoudelijk ondersteund. Voor sport en bewegen geldt dat gemeenten zelf primair verantwoordelijkheid nemen voor het lokaal stimuleren van sport en bewegen. Vanuit de rijksoverheid wordt op dit moment samen met de VNG, NOC\*NSF en andere betrokken partners één programma rond sport en bewegen in de buurt uitgewerkt. Dit programma richt zich op het realiseren van vraaggericht sport- en beweegaanbod in de buurt met publieke en private partners. Het uitgewerkte programma wordt eind 2011 naar de Tweede Kamer gezonden. Op dat moment zal ook duidelijk zijn welke middelen aan gemeenten beschikbaar worden gesteld om invulling te geven aan het lokale sport en beweegbeleid.

46

*Welke wetenschappelijke onderbouwing is er voor het kabinetsstandpunt dat de omslag van het preventiebeleid op basis van het uitgangspunt «gezond moeten leven» naar beleid met als uitgangspunt «makkelijker toegankelijk maken van gezonde keuzes» tot betere resultaten voor het leefstijlbeleid zal leiden?*

De beleidswijziging op het terrein van het gezondheidsbeleid is gebaseerd op de visie van het kabinet dat de overheid niet overal voor wil en kan zorgen en daarmee ook geen valse verwachtingen wil wekken. Ieder is zelf verantwoordelijk voor de keuzes die hij maakt. Door in de directe leefomgeving aan te sluiten bij initiatieven die mensen zelf nemen worden mensen zelf eigenaar ervan en past het in hun leefwereld.

De Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010 (RIVM) onderschrijft dat door met vele partijen samen te werken aan het gezonder maken van de omgeving, zodat de gezonde keuze makkelijker wordt, een belangrijke bijdrage te leveren is aan het behalen van gezondheidswinst.

47

*Waarom heeft de huidige aanpak op het gebied van gezond gedrag onvoldoende opgeleverd, omdat preventie mensen niet aanspreekt of omdat het beleid niet voldoende effectief was?*

Dat is moeilijk te bepalen omdat gezondheid en gedrag door vele factoren worden bepaald. Met mijn beleid wil ik ervoor zorgen dat gezondheid weer iets van mensen zelf wordt. De gezonde keuze moet dichtbij in de eigen omgeving kunnen worden gemaakt. Herkenbare en toegankelijke zorgvoorzieningen en sport- en beweegmogelijkheden in de buurt en aansluitend bij de mensen hun leefwereld en hun eigen initiatieven.

48

*Is het kabinet van mening dat de taak van de overheid ook is mensen erop te wijzen wat zij zouden kunnen doen om hun gezondheid te verbeteren? Zo nee, is het kabinet van mening dat alle mensen in staat zijn zelf te bepalen wat gezond gedrag is en de mogelijkheden hebben zich optimaal gezond gedrag te veroorloven? Zo ja, hoe verklaart het kabinet sociaaleconomische gezondheidsverschillen?*

In de landelijke nota wordt expliciet benoemd dat de rijksoverheid zorg draagt voor een goede, betrouwbare en toegankelijke kennis en informatievoorziening voor alle betrokkenen dus ook de burger. Dat is iets anders dan mensen er op wijzen. Het betekent ook niet dat de overheid deze informatie zelf moet verspreiden. Vaak zijn andere kanalen vanuit de directe leefwereld van mensen – zoals de buurt, scholen, zorgverleners en werkgevers – beter in staat om mensen te bereiken. Zij kunnen beter aansluiten bij specifieke groepen, bijvoorbeeld mensen met een lage en mensen met een hoge opleiding.

Sociaaleconomische gezondheidsverschillen zijn een zeer complex geheel, waarin onder andere opleiding, inkomen, gedrag en omgeving een rol spelen. Zie ook de antwoorden op de vragen 7, 8 en 28.

49

*Sommige risicofactoren kunnen mensen zelf niet of nauwelijks beïnvloeden, bijvoorbeeld infectieziekten als zoönosen. Welk specifiek beleid ten aanzien van zoönosen gaat het kabinet inzetten?*

De overheid heeft op het gebied van zoönosen de afgelopen jaren diverse initiatieven ondernomen. In 2007 is het Emerging zoönose programma (Emzoo) gestart, dat in 2010 is afgerond en belangrijke input heeft geleverd voor het beleid ten aanzien van zoönosen. In haar reactie op het Emzoo rapport (Tweede Kamer, 29 683, nr. 60) heeft de voormalige minister van Landbouw, Natuur en Voeding aangegeven wat we met de uitkomsten van dit rapport doen. Een van de genoemde punten is de risicoanalysestructuur voor zoönosen. In onze brief over de stand van zaken aanpak zoönosen (Tweede Kamer, 28 286, nr. 505) zijn de minister van EL&I en ik uitgebreid hierop ingegaan. De opbouw van deze nieuwe structuur is geënt op de risicoanalysestructuur voor de volksgezondheid. De veterinaire betrokkenen zijn hierbij aangesloten. Binnen deze structuur leren zowel deskundigen als bestuurders elkaar beter kennen en begrijpen zodat kennis gedeeld wordt. Hierdoor kan sneller worden gereageerd en op tijd worden ingegrepen.

50

*Wat wil het kabinet doen om kinderen te beschermen tegen meerooken? Wat doet het kabinet om achterlopende kennis bij volwassenen over meerooken te repareren?*

Volwassenen worden via voorlichting op websites, voorlichting door zorgprofessionals zoals huisartsen, verloskundigen en medisch specialisten geïnformeerd over de risico's van roken en meerroken. Ook maakt roken deel uit van het programma De Gezonde School en Genotmiddelen binnen de Gezonde School aanpak. Op tabaksproducten staan ook gezondheidswaarschuwingen, waaronder de risico's van mee-roken.

51

*Hoe denkt het kabinet de bedreiging van MDR-tbc tegen te gaan gezien het gegeven dat tuberculose zich niet stoort aan landsgrenzen? Tuberculose en multiresistente vormen hiervan komen in sommige delen van de ons omringende WHO Euro regio veel voor. Kan het kabinet in de beantwoording de omstandigheid betrekken dat migranten en reizigers uit deze landen ook naar Nederland komen? Welke beleidsconsequenties trekt het kabinet hieruit?*

Om de volksgezondheid te beschermen vindt screening op tuberculose, en dus ook op resistente vormen van tuberculose, plaats bij immigranten die langer dan drie maanden in Nederland willen verblijven. Dit beleid is vastgelegd in de Vreemdelingenwet. Daarin staat dat immigranten uit de EU/EEA landen, Zwitserland en landen zoals Japan, Australië, Nieuw-Zeeland, Verenigde Staten van Amerika, Canada, Israël en Suriname niet gescreend hoeven te worden.

Eén van de redenen waarom het Nationaal plan tuberculosebestrijding 2011–2015 (zie ook het antwoord op vraag 10) is geschreven, is om de tuberculosebestrijding optimaal te houden ondanks een toenemende complexiteit van de behandeling van tuberculosepatiënten mede veroorzaakt door toenemende resistentieontwikkeling in binnen- en buitenland. Het kabinet heeft er vertrouwen in dat dit mede door het opstellen van dit plan lokaal goed verloopt.

52

*Welke concrete stappen gaat de minister zetten om het draagvlak voor vaccinatie weer te verhogen?*

Het is goed te benadrukken dat het Rijksvaccinatieprogramma (RVP) in Nederland nog steeds een heel hoog bereik heeft: in vrijwel het hele land ligt de vaccinatiegraad voor kleine kinderen boven de 95%. Dit percentage wordt door veel andere geïndustrialiseerde landen niet gehaald. Hieruit valt dus niet direct af te leiden dat het draagvlak voor vaccinatie is afgenomen. Uiteraard vind ik het van groot belang dat het RVP kan rekenen op een hoog draagvlak onder de bevolking, nu en in de toekomst. Daarom heeft het RIVM sinds 2003 de expliciete taak om de communicatie over het RVP te verzorgen. Hierin is zowel aandacht voor de ziekten waartegen vaccinatie beschermt als voor de mogelijke risico's die aan vaccinatie zijn verbonden. De communicatie wordt regelmatig geëvalueerd en waar nodig aangepast.

Bijvoorbeeld voor de HPV vaccinatie is de voorlichtingscampagne geëvalueerd en aangepast. Er wordt meer gebruikgemaakt van interactieve vormen van communicatie zoals een interactieve website, het volgen van en het deelnemen aan discussies op internetfora en chatsessies waarbij het publiek direct met de deskundigen van het RIVM communiceert.

53

*De structuur van signaleren, beoordelen en bestrijden is bij de griep пандеміe niet consequent gebruikt. Welke concrete maatregelen heeft het kabinet hierop genomen?*

Ten aanzien van de signalering of monitoring van infectieziekten heeft Berenschot geen kritiekpunten benoemd en ik zie ook geen aanleiding om hier maatregelen op te treffen. In mijn reactie op het rapport van Berenschot geef ik aan dat met name onvoldoende gebruik is gemaakt van het Bestuurlijk Afstemmings Overleg (BAO). In het geval van een (potentiële) crisis op het terrein van de infectieziekten beoordeelt het BAO de maatregelen die deskundigen, onder voorzitterschap van het RIVM, voorstellen op bestuurlijke haalbaarheid en uitvoerbaarheid. Hierover adviseren zij de minister van VWS. Door het BAO tijdens de pandemie niet consequent toe te passen, werden bestuurlijke en uitvoeringsaspecten niet altijd voldoende herleidbaar en consequent meegenomen. Wanneer de wijziging van de Wet publieke gezondheid (Wpg) per 1 januari 2012 (volledig) in werking is getreden wordt met de voorbereiding op en bestrijding van een infectieziektecrisis aangesloten op de algemene crisisstructuur in Nederland, zoals deze is vastgelegd in de Wet veiligheidsregio's. Hiermee komt de verantwoordelijkheid voor zowel de voorbereiding als de bestrijding van een infectieziektecrisis op het niveau van de veiligheidsregio te liggen. Uit de wijziging van de Wpg volgt dat in de toekomst ook het bestuur van de veiligheidsregio vertegenwoordigd is in het BAO. Nieuw is dat daarmee het bestuur dat verantwoordelijk is, zowel voor de voorbereiding als voor de bestrijding van crises (inclusief infectieziektecrises), een plaats krijgt in het BAO. Het BAO zal hierdoor beter in staat zijn om te adviseren over de bestuurlijke uitvoeringsaspecten van een infectieziektecrisis.

54

*De vaccinatiegraad bij baarmoederhalskanker (HPV) is in verhouding tot het Rijksvaccinatieprogramma (RVP) bijzonder laag, maar iets meer dan 50%. Het algehele draagvlak voor vaccinatie neemt af, onder andere door mogelijke bijwerkingen (narcolepsie). Wanneer gaat het kabinet de burgers wijzen op de mogelijke gevaren van bijwerkingen bij vaccinaties?*

Zie ook mijn antwoord op vraag 52. Het is belangrijk dat zowel bevolking als beroepsgroepen helder en juist geïnformeerd worden over de veiligheid en mogelijke bijwerkingen van vaccinaties. De communicatie hierover moet goed zijn. In de voorlichting en communicatie is er op dit moment al aandacht voor mogelijke bijwerkingen van vaccins. Deze informatie is opgenomen in zowel het voorlichtingsmateriaal dat naar de doelgroep wordt gezonden, alsook op de website waar mensen terecht kunnen die meer willen weten. Ook wordt gecommuniceerd over de onzekerheden, bijvoorbeeld wanneer niet nauwkeurig aan te geven is hoe lang een bepaald vaccin bescherming biedt. Op basis van wetenschappelijke feiten over de risico's kunnen mensen zelf een persoonlijke afweging maken.

55

*Kan aangegeven worden welke concrete verbeteringen ten aanzien van de monitoring en bestrijding van infectieziekten het kabinet ter hand zal nemen, mede gezien de gang van zaken rond de Mexicaanse griep?*

Zie mijn antwoord op vraag 53.

56

*Hoe wordt «veel aandacht voor het voorkomen van het ontstaan van antibioticaresistentie en de verspreiding hiervan binnen de humane zorg» concreet vertaald in het beleid, met name ten aanzien van het beleid inzake de intensieve dierhouderij?*

Om resistentie te voorkomen is het van belang om zorgvuldig om te gaan met antibiotica, zowel in de humane gezondheidszorg als in de veehou-

derij. In de humane gezondheidszorg worden richtlijnen over hoe om te gaan met het verstrekken van antibiotica in Nederland door de beroepsgroep ontwikkeld binnen de Stichting Werkgroep Antibioticabeleid (SWAB). Daar zit de kennis over hoe antibiotica moeten worden voorgeschreven. Bovendien zorgt dit voor een breed draagvlak onder zorgprofessionals. In zijn algemeenheid houden de artsen zich goed aan de richtlijnen. Er wordt restrictief omgegaan met het voorschrijven van antibiotica. Door de Werkgroep Infectiepreventie (WIP) worden richtlijnen ontwikkeld ter voorkoming van overdracht van resistente bacteriën binnen de gezondheidszorg. Het «search en destroy»-beleid dat Nederlandse ziekenhuizen hanteren om MRSA dragers op te sporen en zo nodig in isolatie te behandelen maakt hier onderdeel van uit.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) ziet toe op het naleven van deze professionele richtlijnen.

Op 8 december 2010 hebben de staatssecretaris van EL&I en ik u per brief, kamernummer 29 683-65, aangegeven wat er in de veterinaire sector moet gebeuren om het antibioticagebruik terug te dringen. Op dit moment wordt er hard gewerkt aan de uitvoering van dit beleid. Hierover hebben de staatssecretaris en ik op 26 mei 2011 uitgebreid met u van gedachten gewisseld. De staatssecretaris van EL&I heeft al aangegeven strengere maatregelen op te leggen wanneer de reductieresultaten tegenvallen. Recent heeft de Gezondheidsraad haar advies over de risico's van het gebruik van antibiotica in de veehouderij voor de volksgezondheid aan het kabinet aangeboden. De beleidsinhoudelijke reactie van de staatssecretaris van EL&I en mijzelf heeft u op 22 september jl. ontvangen.

57

*Op welke wijze is er aandacht voor preventie in de verschillende zorgopleidingen?*

De aandacht voor preventie verschilt per zorgopleiding, afhankelijk van het beroep waarvoor opgeleid wordt. Voor opleidingen die onder de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) vallen worden de eisen aan zorgopleidingen op hoofdlijnen vastgelegd in AMvB's. De inhoud hiervan wordt vastgesteld in afstemming met de beroepsgroep, andere relevante disciplines en werkgevers. De opleidingen worden aangepast als hier vanuit veranderingen in de zorgvraag of maatschappelijke en wetenschappelijke ontwikkelingen aanleiding toe is. Als van zorgverleners in toenemende mate een preventieve rol wordt verwacht, wordt dit vertaald naar de opleidingen. In de AMvB's is dan ook expliciete aandacht voor het onderwerp preventie. Zo is de rol van gezondheidsbevorderaar één van de competenties die een afgestudeerde arts moet beheersen. Ook in de opleiding tot tandarts, fysiotherapeut, mondhygiënist en verloskundige wordt preventie benoemd als verplicht onderdeel van de opleiding. Het gaat dan bijvoorbeeld om kennis van leefstijl factoren die de gezondheid kunnen beïnvloeden, het kunnen geven van doelgerichte voorlichting en het treffen van preventieve maatregelen.

58

*Hoe gaat de minister zorgverzekeraars en zorgverleners ertoe brengen om effectieve preventie in te zetten zonder vergoeding via het basispakket?*

Voor zorgverleners is het van belang dat preventie deel uitmaakt van de medische richtlijnen. Dat is al in substantiële en toenemende mate het geval. Wat de verzekeringkant betreft wil ik de indruk wegnemen dat er geen preventie meer in het basispakket zou zitten. Er wordt voor een omvangrijk bedrag aan preventieve geneesmiddelen uit de basisverzekering vergoed zoals cholesterol- en bloeddrukverlagers. Daarnaast heeft het CVZ de afgelopen jaren in een aantal publicaties uiteengezet welke

geïndiceerde en zorggerelateerde preventie op het gebied van depressie (Publ.nr. 264), diabetes (Publ.nr. 272), obesitas/overgewicht (Publ.nr. 271), alcohol (Publ.nr. 278) en tabak (Publ.nr. 262) via de Zorgverzekeringswet verzekerd zijn. Dat is alles bij elkaar niet gering. Ondanks het verwijderden uit de aanspraken van het Stoppen met roken programma, het niet opnemen van de gecombineerde leefstijlinterventie en het schrappen van de dieetadviesing in de niet-keten-context ben ik van mening dat nog steeds een omvangrijk arsenaal aan preventieve inspanningen door zorgverleners via de basisverzekering verzekerd is. Het is aan verzekeraars om hieraan samen met de zorgverleners een kwalitatief goede invulling te geven.

Voor zover zaken niet onder de zorgverzekering vallen zal preventie voor een deel ook gefinancierd kunnen worden uit de aanvullende verzekering. Ik heb daar geen direct sturende invloed op maar ik ben positief gestemd over de houding die verzekeraars hierin aannemen. Ik verwijs naar een recente publicatie van Zorgverzekeraars Nederland die aan dit onderwerp is gewijd (ZN dossier nr. 3, juli 2011). Zo noemt ZN directeur Hasekamp zowel de maatschappelijke taak, de onlosmakelijke taak van preventie binnen de zorgketen en het kostenaspect als de belangrijkste beweegredenen van verzekeraars om aan preventie te doen: «*De huidige opvatting luidt: het hóórt gewoon bij goede zorg.*» Ook in collectieve contracten kunnen goede verbindingen worden gelegd tussen bepaalde beroepsrisico's en preventieve zorgvoorzieningen.

59

*Waarom ziet het kabinet verslavingszorg als een vorm van leefstijlinterventie?*

De verslavingszorg heeft niet alleen de behandeling en begeleiding van verslaafden tot taak, maar zet de verslavingsdeskundigheid ook preventief in ter voorkoming van de ontwikkeling van verslavingen. Die inzet is vooral gericht op het bevorderen van de deskundigheid van ouders en professionals om tijdig riskant en problematisch middelengebruik te herkennen, indien nodig aan te sluiten bij zorgstructuren, het bevorderen van samenwerking in verschillende zorgketens, het versoepelen van de toeleiding naar behandeling en het opzetten van preventieve eHealthprogramma's.

60

*Hoe is de constatering dat nu al veel geneesmiddelen voor preventieve doeleinden worden ingezet te rijmen met het schrappen van maagzuurremmers uit het verzekerde pakket? Wat is het verschil ten aanzien van preventie tussen cholesterolverlagers en maagzuurremmers?*

Er is tussen cholesterolverlagers en maagzuurremmers geen verschil ten aanzien van preventie. Het nut van maagzuurremmers wordt niet in twijfel getrokken. Deze maatregel is primair genomen vanwege de geringe kosten die gemoeid zijn met het gebruik van deze middelen. De kosten zijn over het algemeen zo beperkt dat geen drempel zou moeten ontstaan om ze voor te schrijven en te gebruiken.

61

*Wanneer krijgt de Kamer de voorlopige resultaten van de experimenten «Gezonde Wijk» te zien?*

De deelnemende gemeenten bereiden samen met de ministeries van BZK en VWS een E-boek *Gezonde Wijk in praktijk* voor over de voorlopige resultaten van de experimenten. De oplevering staat gepland voor eind 2011. In deze digitale publicatie wordt teruggeblikt op drie jaar experimenten Gezonde Wijk. De integrale aanpak, de verschillende processen en

interventies en de goede voorbeelden vanuit de deelnemende gemeenten komen uitgebreid over het voetlicht. De publicatie is dan ook bedoeld om ervaringen, behaalde successen, lessen en tips te delen met anderen, zodat ook andere wijken en steden met deze aanpak aan de slag kunnen. Tegelijkertijd zal dit het uitgangspunt vormen om te kijken hoe de experimenten Gezonde Wijk een stap verder kunnen worden gebracht in de komende periode.

Het AMC/UvM onderzoekt de effecten van de wijkaanpak als geheel op de gezondheid van bewoners van aandachtswijken (Urban40). Het onderzoek loopt door tot 2017. De eerste voorlopige resultaten zullen begin 2012 bekend worden gemaakt.

62

*Is het kabinet van plan de inzet van de wijkaanpak uit te breiden, gezien de positieve resultaten?*

Het kabinet heeft de specifieke aanpak van wijken met de grootste achterstanden verbreed naar aandacht voor leefbaarheid in alle wijken, dorpen en krimpgebieden. De lessen, producten en ervaringen zijn breed beschikbaar, zoals toegelicht in de brief Aanpak Wijken aan de Tweede Kamer van 28 januari 2011 (Kamerstuk 30995).

63

*De minister geeft in de gezondheidsnota aan de afgelopen jaren een impuls gegeven te hebben (via de BeweegKuur) om netwerken tussen de publieke gezondheidszorg en de sportsector te bouwen. Dit is zeer positief, temeer omdat de resultaten van de aanpak van de gemeente Utrecht en Agis «Gezonde Wijk Overvecht» aantonen dat intensieve samenwerking tussen zorgverleners in de eerste lijn, zoals de huisarts, fysiotherapeut en welzijnsorganisaties, leidt tot zinnige en zuinige zorg. Wat is er nodig om deze investering en de opgebouwde netwerken te borgen, en welke rol speelt de minister daarbij?*

De rijksoverheid heeft de afgelopen jaren stevig geïnvesteerd in de randvoorwaarden van een Gecombineerde Leefstijl Interventie (GLI) zoals de BeweegKuur. Een programma dat zich richt op voldoende sport en bewegen en gezonde voeding voor mensen met een verhoogd gezondheidsrisico (overgewicht, diabetes type 2 en hart- en vaatziekten). Dit jaar heb ik een laatste grote impuls gegeven om te investeren in de verdere opbouw van de infrastructuur rondom de BeweegKuur, de kwaliteit van het instrument en het aangepaste sport- en beweegaanbod voor de doelgroep (met name ouderen en chronisch zieken). Hierdoor zijn er, mede door de inzet van het NISB en haar landelijke en regionale partners, in ruim 120 gemeenten lokale netwerken ontstaan. In deze netwerken werken GGD'en en eerstelijnszorgverleners samen met sportverenigingen en andere sport- en beweegaanbieders. Deze basis kan worden ingezet voor bredere preventieve thema's en zorg voor chronisch zieken zowel lichamelijk (diabetes) als mentaal (depressie). Hiermee zijn belangrijke randvoorwaarden gecreëerd voor de borging van de opgebouwde netwerken.

Daarnaast zijn er ook andere programma's en interventies die inzetten op de versterking van lokale netwerken, zoals de aanpak Gezonde Wijk, het ZonMw-programma Gezonde Slagkracht en de aanpak Jongeren Op Gezond Gewicht (JOGG). Verder is het van belang dat mensen op lokaal niveau een geschikt sport- en beweegaanbod vinden. Een sociale kaart, die inzicht geeft in het lokale sport- en beweegaanbod, is hierbij een voorwaarde. De BeweegKuur heeft op dit terrein een belangrijke aanjaagfunctie gehad. In het programma Sport en Bewegen in de buurt wordt daarvan verder gebruikgemaakt.

64

*De leidraad zoals ontwikkeld door Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) toont aan dat er kansrijke samenwerkingen ontstaan. Deze samenwerkingen ontstaan echter meestal vooral doordat er een klik plaatsvindt tussen personen, maar nog niet doordat het financieringssysteem dat vraagt. De minister geeft aan deze samenwerking zeer belangrijk en kansrijk te vinden. Wat kan gedaan worden om vanuit de verschillende financieringskaders (Wmo, Zvw, AWBZ, WMG) samenwerking te stimuleren? Welke rol wil de minister daarin nemen?*

Hiervoor verwijst ik naar mijn antwoord op vraag 2.

65

*De RVZ bepleit tevens een nauwe samenwerking tussen gemeente en zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar is verantwoordelijk voor de inkoop van selectieve zorg en het bevorderen en beschermen van gezondheid, zowel van individuen als van publieke gezondheid. Of de zorgverzekeraar deze rol opneemt hangt af van incentives. Onderschrijft de minister deze rol van gemeenten en zorgverzekeraars en welke incentives ziet de minister in haar beleid?*

Onder gezondheidsbescherming verstaan we gewoonlijk het beperken van blootstelling aan gezondheidsbedreigende omgevingsaspecten door middel van wetgeving, regelgeving en handhaving. Dit is geen taak voor zorgverzekeraars maar voornamelijk voor de overheid. Bekende terreinen zijn: infectieziektenbestrijding, verkeersveiligheid, water- en luchtkwaliteit en afvalverwijdering. Gezondheidsbevordering is het bevorderen van een gezonde leefstijl en gezondheidstoestand door middel van voorlichting en advies op maat. Vanuit de Zorgverzekeringswet ligt hier niet zozeer een formele verantwoordelijkheid voor zorgverzekeraars. Wel is het zo dat deze zich steeds meer op dit punt profileren aansluitend aan de toenevende aandacht voor ziektepreventie. Zie ook mijn antwoord op vraag 58. In het rapport «Van preventie verzekerd» uit 2007 heeft het CVZ aangegeven dat verzekeraars op het gebied van ziektepreventie een rol hebben zolang het om zorggerelateerde en geïndiceerde preventie gaat. Omdat de Zorgverzekering een privaatrechtelijke persoonlijke verzekeringsovereenkomst is, vallen preventieve interventies die collectief of publiek van aard zijn niet onder de wettelijke dekking van de zorgverzekering. Zorgverzekeraars gaan de uitvoering van de AWBZ overnemen van de zorgkantoren en worden daarmee ook direct verantwoordelijk voor de langdurige zorg van hun eigen verzekerden. Ik verwacht dat dit bij de zorgverzekeraars mede zal leiden tot meer aandacht voor samenhang bij de inkoop en organisatie van de curatieve zorg en de langdurige zorg en de gemeentelijke domeinen van publieke gezondheid en maatschappelijke ondersteuning. Het is goed hierbij te onderkennen dat het concept van landelijk concurrerende zorgverzekeraars niet automatisch leidt tot integrale regionale coördinatie. Het zal expliciete aandacht bij zowel gemeenten als bij zorgverzekeraars vergen om elkaar in een goede samenwerking te vinden. Een toolkit, die beide partijen ondersteunt bij de samenwerking, is inmiddels vanuit een gezamenlijke inspanning tot stand gekomen. Op lokaal niveau zijn diverse veelbelovende pilots van wijkgerichte zorg voortgekomen uit samenwerking van gemeenten, zorgverzekeraars en natuurlijk zorgverleners, met name in de eerste lijn. Zo blijken inwoners uit de wijk Overvecht in Utrecht door een gezamenlijke aanpak minder dure zorg te gebruiken en meer te bewegen.

66

*Worden de impuls gelden die het ministerie van VWS in 2011 aan de 120 lokale netwerken heeft toegekend in 2012 gecontinueerd? Kunnen deze netwerken doorgaan als deze impuls gelden niet worden gecontinueerd?*

Zoals ik bij het antwoord op vraag 63 aangaf, heeft de rijksoverheid de afgelopen jaren stevig geïnvesteerd in randvoorwaarden van een Gecombineerde Leefstijl Interventie zoals de BeweegKuur. Dit jaar heb ik een laatste grote impuls gegeven om te investeren in de verdere opbouw van de infrastructuur rondom de BeweegKuur, de kwaliteit van het instrument en het aangepaste sport- en beweegaanbod voor de doelgroep (met name ouderen en chronisch zieken). Deze basis kan worden ingezet voor bredere preventieve thema's en zorg voor chronisch zieken zowel lichamelijk (diabetes) als mentaal (depressie). Nu is het aan het veld om deze door hun zelf opgebouwde netwerken samen met partijen zoals onder andere gemeenten, zorgverzekeraars en werkgevers verder te bestendigen en uit te bouwen. Vanaf 2012 is er naar verwachting nog een beperkte investering van de zijde van het Rijk nodig voor onder andere het realiseren van aangepast sport- en beweegaanbod voor de doelgroep, het verder versterken van de verbinding tussen de zorg- en de sportsector en de borging van de kwaliteit van de gecombineerde leefstijlinterventie zelf. Dit wordt meegenomen in de uitwerking van het programma Sport en Bewegen in de Buurt.

67

*Is er meer bekend over de oorzaken van de (relatief) hoge babysterfte in ons land? Kan de minister aangeven welke oorzaken (en percentages) hieraan ten grondslag liggen? Kan de minister ook aangeven hoe groot de rol van de burger precies is en hoe zij verwacht dat de burger hierin zal bijdragen?*

Perinatale sterfte kan zijn oorzaak vinden in een veelheid van factoren. Daarbij gaat het om een samenstel van etnische afkomst, sociaaleconomische omstandigheden, individuele risico's, maar ook om suboptimale zorg en onvoldoende risicoselectie. Omdat geen enkelvoudige oorzaak valt aan te geven, volg ik in mijn beleid een brede aanpak, waarbij aan zoveel mogelijk randvoorwaarden voor een gezonde zwangerschap en geboorte invulling wordt gegeven.

Vanzelfsprekend blijft de burger, de aanstaande moeder, primair verantwoordelijk voor een leefstijl die bevorderlijk is voor een gezonde zwangerschap en een gezond kind. Daarover kan zij zich zonnodig laten adviseren door haar huisarts of verloskundige.

68

*Perinatale sterfte is een speerpunt dat in hoge mate gerelateerd is aan roken. Wat wil het kabinet doen om roken onder zwangeren te ontmoedigen, en in het kader van perinatale sterfte tegen te gaan?*

Roken vóór, tijdens en na de zwangerschap brengt verschillende nadelige risico's met zich mee en wordt daarom afgeraden. Deze boodschap maakt deel uit van algemene informatie en voorlichting over gezond zwanger worden en een gezonde zwangerschap.

Veel partijen uit de verloskundige zorg, de publieke gezondheid en maatschappelijke ondersteuning geven, landelijk en lokaal, voorlichting aan vrouwen en stellen voor en tijdens de zwangerschap, inclusief risicogroepen. De overheid draagt hieraan bij door verschillende concrete activiteiten te financieren. De belangrijkste zijn het maken van een aantal gezamenlijke producten, zoals een gezamenlijke folder kindwens. Ook is een communicatie toolkit ontwikkeld. Deze toolkit bevat diverse producten voor publieksinformatie voor professionals en het ondersteunen van

overleg tussen relevante partijen. Verder wordt er een communicatieplan gemaakt om de bewustwording rond gezonde zwangerschap te vergroten bij onder andere jongeren en risicogroepen.

Dit jaar start ik samen met de minister van BZK, bij een zestal gemeenten een pilot gericht op de terugdringing van de perinatale sterfte. In deze pilot, die wordt uitgevoerd door het Erasmus MC, zal ook de effectiviteit van het kindwensconsult voor risicogroepen wordt uitgetest. Onderdeel van een dergelijk consult zal ook informatie over de invloed van roken op de vruchtbaarheid zijn.

69

*Wat is de rol van roken door zwangere vrouwen voor de perinatale sterfte?*

Het is niet precies te bepalen hoe groot de invloed is van roken op de perinatale sterfte omdat vele andere factoren ook een rol spelen, zoals de relatief hoge leeftijd van de moeders in Nederland en factoren als voeding, beweging, inname van foliumzuur en het gebruik van alcohol en geneesmiddelen.

70

*In de gezondheidsnota geeft de minister aan zelfmanagement en eigen verantwoordelijkheid erg belangrijk te vinden. Een basisvoorwaarde voor zelfmanagement is de beschikbaarheid van betrouwbare informatie en kennis. Doordat landelijke campagnes niet meer plaatsvinden moeten patiënten op een andere manier aan hun informatie komen. In de gezondheidsnota wordt aangegeven dat door het bundelen en beschikbaar stellen van informatie voor burgers, professionals, gezondheidspartners en bedrijven kennis beschikbaar gesteld wordt.*

Mensen kunnen pas verantwoordelijkheid voor hun eigen leefstijl nemen als ze zicht hebben op de risico's van ongezond gedrag en gezonde alternatieven. Op basis van deze kennis kunnen zij al dan niet (gedrags)-keuzes maken. De rijksoverheid heeft een taak in het beschikbaar stellen van gebundelde, betrouwbare en toegankelijke informatie hierover, die bovendien toegesneden is op de vraag en de informatiebehoefte van mensen. Verder kan de rijksoverheid de keuze voor een gezonde leefstijl gemakkelijker maken.

Gemeenten, lokale organisaties en zorgprofessionals zijn aan zet om de burger, indien gewenst, te helpen bij het in praktijk brengen van deze kennis, bijvoorbeeld in de vorm van effectieve interventies en adviezen.

71

*Zelfmanagement van de patiënt is een goede manier om de patiënt zelf de regie te geven. Dit vraagt echter een cultuuromslag bij zorgprofessionals in de eerste lijn. Aan de ene kant omdat zij zelf meer moeten coachen in plaats van behandelen en aan de andere kant omdat zij zelf de patiënt moeten begeleiden. Welke rol ziet de minister voor de overheid om de professional bij deze rol te ondersteunen?*

Het is belangrijk dat patiënten bewust keuzes kunnen maken hoe zijn of haar behandeling eruit ziet. Hiermee kan hij of zij de eigen regie op het eigen leven houden. Het centrale zorgplan is daarvoor essentieel; de patiënt stelt samen met de centrale zorgverlener eigen behandeldoelen op. Via zelfmanagement leert de patiënt de ziekte zo goed mogelijk in te passen in het dagelijkse leven. De zorgaanbieder fungeert daarbij als coach. Dit vraagt een cultuuromslag bij zorgprofessionals. In het kader van de programmatische aanpak van chronische ziekten heeft mijn voorganger een belangrijke impuls gegeven door het Kwaliteitsorgaan CBO te verzoeken samen met de NPCF zelfmanagement te bevorderen. Dit

heeft geresulteerd in het Landelijk Actieprogramma Zelfmanagement, dat tot medio 2012 loopt. Daarnaast onderzoekt ZonMw de mogelijkheden van zelfmanagement in het programma diseasemanagement. De aanpak en verantwoordelijkheid van zelfmanagement is daarmee geheel bij veldpartijen belegd. Ik verwacht dat vanuit het veld ideeën worden aangedragen hoe de professional in zijn nieuwe rol ondersteund kan worden.

72

*Een belangrijke randvoorwaarde voor zelfmanagement is dat het voor de patiënt inzichtelijk is welke voorzieningen er zijn. Hierbij is te denken aan voorzieningen in de zorg maar ook bijvoorbeeld inzicht in lokaal sport- en beweegaanbod. In hoeverre is dit overzicht beschikbaar? Vindt de minister dat deze verantwoordelijkheid bij gemeenten ligt? Zo ja, hoe wil de minister dit stimuleren? Zo nee, wil de minister hierin zelf een rol spelen?*

Ik onderschrijf het belang van toegankelijke en betrouwbare informatie over de beschikbare voorzieningen voor zorgverlening en sport-/ beweegaanbod in de buurt. Het is een taak voor de gemeenten om dit goed in kaart te brengen. Gemeenten kunnen deze informatie opnemen in hun gemeentegids die iedere inwoner krijgt en/of via de gemeentelijke internetsites.

Met betrekking tot het zorgaanbod beschikken diverse partijen over de nodige gegevens maar die zijn nog niet altijd direct toegankelijk voor de betrokkenen. Het RIVM bekijkt of deze informatie niet beter kan worden gestroomlijnd en eenduidig kan worden gepresenteerd.

Voor het doorstromen van deelnemers aan de BeweegKuur vanuit de zorg naar het lokale sport- en beweegaanbod is gewerkt aan een sociale kaart. Deze kaart geeft inzicht in de lokale sport- en beweegmogelijkheden en (voor zover beschikbaar) ook de kwaliteit ervan.

Het beschikbaar zijn van een globaal landelijk beeld van de sport- en beweegmogelijkheden acht ik wel een rijksverantwoordelijkheid.

Momenteel werkt het Sociaal en Cultureel Planbureau in samenwerking met het RIVM en andere relevante organisaties aan een verbeterplan voor basisgegevens met betrekking tot het sportbeleid in ruime zin. Hieronder vallen ook geografische basisgegevens voor het genoemde globale landelijk beeld.

73

*Kan in het kader van de aanpak perinatale sterfte aangegeven worden wat de stand van zaken is rond de samenstelling, werkwijze en tijdsplanning van het College Perinatale Zorg? Welke concrete doelen zijn geformuleerd, en welke concrete maatregelen worden genomen om babysterfte terug te dringen?*

Ik verwijs u voor de stand van zaken rond het College Perinatale Zorg naar mijn brief Voortgang College Perinatale Zorg van 30 juni 2011 (CZ/EKZ 3070790). De concrete doelen op het terrein van zwangerschap en geboorte en de maatregelen die ik neem om de babysterfte terug te dringen vindt u in mijn brief Zwangerschap en geboorte van 14 december 2010 (CZ/EKZ 3040205).

74

*Hoe groot is nu het budget voor eHealth? Welk deel neemt de rijksoverheid voor haar rekening?*

Er is geen geormerkt budget voor eHealth. De financiering van eHealth-projecten vanuit de rijksoverheid valt grotendeels onder brede subsidie-programma's die via ZonMw lopen. Daarnaast wordt eHealth in specifieke sectoren gestimuleerd door projecten vanuit beleidsgelden te financieren.

Het ministerie van VWS financiert momenteel bijvoorbeeld de ontwikkeling van Keurkring, een instrument om de kwaliteit van e-mental health interventies te beoordelen. Hiervoor is € 150 000 uitgetrokken. Ehealth toepassingen die onderdeel zijn van de primaire zorgverlening kunnen in aanmerking komen voor bekostiging vanuit het verzekerde pakket. Het CVZ kan dit, indien nodig, beoordelen. Dit alles moet wel budgettair inpasbaar zijn. Uitgangspunt is dat eHealth niet, door een extra budget, bovenop het bestaande zorgaanbod komt, maar bestaande vormen van zorg gaat vervangen. Er is geen overzicht hoe groot het budget voor eHealth vanuit de zorgsector zelf is.

75

*Kan de minister kwantificeren wat de grootste gezondheidsrisico's voor Nederlanders zijn, en wat hierin de rol van roken is?*

De top tien van ziekten die in Nederland verantwoordelijk zijn voor het grootste verlies aan levensverwachting en gezonde jaren zijn: coronaire hartziekten, beroerte, angststoornissen, depressie, diabetes, longkanker, COPD, artrose, letsel door privé ongevallen en dementie. Niet bij al deze ziekten is evenveel informatie bekend over de determinanten. Er is bijvoorbeeld veel onderzoek gedaan naar determinanten van hart- en vaatziekten. Roken, overgewicht, te weinig lichaamsbeweging en een te hoge bloeddruk vergroten de kans op hart- en vaatziekten. Van de determinanten roken, overgewicht, obesitas, alcoholgebruik en lichaamsbeweging leidt roken tot het grootste verlies aan levensjaren. (Zie ook het VTV-deelrapport Gezondheid en determinanten, maart 2010)

76

*Wat gaan de gemeenten doen om roken tijdig te signaleren, en wat gaan zij doen om dit gezondheidsrisico aan te pakken?*

Zie ook het antwoord op vraag 16. Gemeenten zijn verantwoordelijk voor hun preventiebeleid, ook voor roken. In de nota's gemeentelijk gezondheidsbeleid kunnen zij roken al dan niet als speerpunt duiden. Vanuit de rijksoverheid faciliteren wij de gemeenten met kennis, instrumenten en kansrijke interventies die ter ondersteuning van het lokale beleid ingezet kunnen worden.

77

*Wanneer wordt het NZa-advies inzake versterking van de functie basis GGZ, dichtbij huis, verwacht? Hoe is dit te rijmen met de nu voorgestelde bezuinigingen in de GGZ? Waarop zijn de bezuinigingsmaatregelen gebaseerd, en waarom wordt pas daarna advies gevraagd?*

Het NZa-advies wordt in december 2011 verwacht. Basis GGZ is te rijmen met de voorgestelde bezuinigingen aangezien er op dit moment naar schatting 30% van de mensen in de tweedelijnszorg worden behandeld voor klachten die eigenlijk ook in de eerste lijn kunnen worden behandeld. Daarom is het zo belangrijk de basiszorg in de eigen omgeving goed te organiseren. De huisarts, de eerstelijnspsycholoog en de sociaal psychiatrisch verpleegkundige hebben hier bijvoorbeeld een belangrijke rol in. De tweedelijns GGZ is de gespecialiseerde GGZ, die is bedoeld voor de zwaardere psychische problematiek. Op deze wijze is zowel de basis GGZ te realiseren als de bezuinigingen. Met de inzet op de basis GGZ wordt ook een deel van de bezuinigingen gerealiseerd door meer zelfzorg, eHealth en kortere interventies in de eerste lijn.

De bezuinigingsmaatregelen zijn genomen om een oplossing te bieden voor de financiële problematiek voor 2012 en verder, waarbij zoveel als mogelijk de voorkeur is gegeven aan maatregelen die aangrijpen op gesignaleerde knelpunten en die aansluiten bij de afspraken in het

Regeerakkoord en de VWS-begroting 2011. Om de maatregelen per 2012 in te kunnen laten gaan kon niet gewacht worden op het NZa-advies.

78

*Er worden veel verschillende healthchecks aangeboden. Foutpositieve resultaten bij checks en screening kunnen voor onnodige psychische stress zorgen en tot andere, dure en riskante onderzoeken leiden. Wordt hieraan ook aandacht besteed in het screeningsbeleid van het kabinet?*

Ja. Elke vorm van screening kent voor- en nadelen, zoals fout-positieve en –negatieve uitslagen. De balans tussen het nut en een risico van screening speelt een belangrijke rol in het screeningsbeleid van het kabinet. Waar het gaat om eigen aanbod van bevolkingsonderzoek (Nationaal Programma Bevolkingsonderzoek, NPB) is deze balans goed onderzocht. Het optimaliseren van de kwaliteit van de gehele keten van voorlichting, de test, de uitslag en de verwijzing naar de zorg is een speerpunt. Als het gaat om het overige aanbod van screening kent Nederland de Wet op het bevolkingsonderzoek (WBO) die het meest risicovolle aanbod aan een vergunningplicht onderwerpt. Hier speelt die balans tussen nut en risico ook een grote rol. Voor aanbod dat niet onder de WBO of het NPB valt, is op dit moment weinig geregeld. Ik kom, zoals toegezegd in de nota, later dit jaar met een brief over screeningsbeleid en te ontwikkelen kwaliteitsbeleid van ondermeer healthchecks.

79

*In de nota wordt gesproken over de verwachting dat aanbieders van preventietesten er zelf voor zorgen dat het aanbod van voldoende kwaliteit is. Kan de minister aangeven waarop deze aanname is gebaseerd? Stelt de overheid geen normen/kwalificaties in dezen?*

In de nota wordt de verantwoordelijkheid van de burger voor zijn eigen gezondheid voorop gezet. Als die burger zijn gezondheid wil testen door een healthcheck, mag hij verwachten dat een test die in Nederland wordt aangeboden van goede kwaliteit is. Daarvoor gelden op dit moment slechts algemene regels, bijvoorbeeld als de test wordt uitgevoerd door een zorgprofessional of de algemene regels voor consumentenbescherming. Ik wil de burger meer instrumenten geven om die kwaliteit te beoordelen. Ik kom later dit jaar met een plan van aanpak.

80

*Op welke manier wordt de kwaliteit van de preventietesten gecontroleerd?*

Op dit moment wordt slechts een beperkt deel van het aanbod in Nederland ondervangen door kwaliteitseisen. Screening naar kanker, onbehandelbare aandoeningen of met behulp van straling valt onder de vergunningplicht van de WBO, een relatief zwaar instrument. De productenkant, zelftesten, is geregeld op Europees niveau. De IGZ houdt toezicht. Maar voor een groot deel van het huidige aanbod gelden geen specifieke eisen. Ik kom later dit jaar met een plan van aanpak. Ik verwijs ook naar mijn antwoord op vragen 78 en 79.

81

*Welke instrumenten heeft de minister om op te treden tegen aanbieders van kwalitatief slechte preventietesten?*

Bij risicovolle screenings die onder de WBO vallen, of zelftesten die niet voldoen aan het Besluit in-vitro diagnostica (IVD-besluit) is het toezicht in handen van de IGZ. Ik verwijs ook naar mijn antwoord op de vragen 78, 79 en 80.

82

*Neemt de minister initiatief om de kwaliteitscontrole van preventietesten in eigen hand te nemen, of laat de minister de kwaliteitscontrole aan de sector over?*

Ik vind het de taak van de aanbieders om via zelfregulering te zorgen voor kwaliteitsnormen. Maar dat is niet vrijblijvend. Als dat te langzaam of niet van de grond komt, dan zie ik een rol voor de overheid om dat proces te versnellen. Zoals toegezegd in de nota kom ik later dit jaar met een brief over screeningsbeleid.

83

*Er wordt gesproken over de relatie tussen negatieve ervaringen tijdens de kindertijd en de zorgvraag betreffende verslavingen, depressies en zelfdodingen later. Op welke wijze vindt deze signalering plaats? Op welke wijze kunnen preventieve maatregelen worden getroffen?*

Het Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG) ondersteunt ouders bij het opgroeien en opvoeden van hun kinderen. Naast het bieden van preventieve gezondheidszorg (met bijvoorbeeld het Rijksvaccinatie Programma (RVP) en screenings) heeft de jeugdgezondheidszorg, werkzaam in het CJG, een belangrijke rol wanneer het gaat om het vroegtijdig signaleren van problemen zowel van medische als opvoedkundige aard, bijvoorbeeld het signaleren van verslavingen of depressies. Ook de huisartsen en andere professionals signaleren dergelijke problemen. Daar waar sprake is van lichte problemen kan vaak met een lichte interventie, bijvoorbeeld extra opvoedondersteuning, worden volstaan. Bij ernstigere problemen is doorverwijzen soms nodig.

Ook kinderdagverblijven en het onderwijs hebben een belangrijke signalerende taak. Professionals kunnen zorgelijke situaties via het zorgadviesteam van de school delen en zo nodig interventies afspreken. Ook andere professionals, zoals binnen de politie, jeugdbescherming en ziekenhuizen kunnen een belangrijke signalerende rol spelen in specifieke situaties van ouders en kinderen.

Van groot belang is dat professionals weten waar ze op moeten letten en wat ze vervolgens met signalen doen. Met betrekking tot verwaarlozing en mishandeling treedt naar verwachting in 2012 de Wet meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling in werking. Hiermee worden alle professionals die met kinderen te maken hebben verplicht bij een vermoeden van mishandeling te handelen vanuit een meldcode.

84

*Kan de minister aangeven op welke manier het verwijderen van de diëtist en stoppen-met-roken-programma's uit het basispakket van invloed zijn op de doelstellingen met betrekking tot een gezonde leefstijl?*

In de nota is uiteengezet dat de vijf speerpunten van het gezondheidsbeleid te weten; overgewicht, diabetes, depressie, roken en schadelijk alcoholgebruik van kracht blijven. Wel treedt een verandering op in de manier waarop de overheid deze speerpunten in het beleid gestalte geeft. De belangrijkste accentverschuiving is dat dit kabinet meer verwacht van de eigen verantwoordelijkheid van volwassenen.

De aangekondigde pakketmaatregelen zijn noodzakelijk voor de kostenbeheersing in de zorg. Desondanks verdwijnen dieetadvisering en hulp bij het stoppen met roken niet volledig uit het basispakket. De begeleiding van gemotiveerde stoppers door zorgverleners blijft verzekerde zorg. Alleen de kosten voor ondersteunende medicatie zullen mensen vanaf 2012 zelf moeten betalen.

85

*In hoeverre lukt het de Stichting 113online om voor komend jaar de financiering rond te krijgen?*

Ik heb recentelijk besloten de startsubsidie van de stichting 113online met één jaar te verlengen tot 1 januari 2013.

86

*Kan de minister concrete en afrekenbare doelstellingen formuleren met betrekking tot meer preventie in de spreekkamer?*

Zorgverleners kunnen dit aspect meenemen in hun richtlijnen, bijvoorbeeld via de zorgstandaarden. Daarnaast kunnen zorgaanbieders aan de ene kant en zorgverzekeraars of gemeenten aan de andere kant in hun contracten hierover concrete afspraken maken. In steeds meer richtlijnen van beroepsgroepen worden preventieve aspecten meegenomen. Het op te richten Kwaliteitsinstituut zal bevorderen dat dergelijke richtlijnen tijdig worden ontwikkeld.

87

*Kan de minister aangeven op welke manier de doelstellingen met betrekking tot meer bewegen en gezonder eten te evalueren en af te rekenen zijn?*

Nee. Het doel van het kabinet is om randvoorwaarden te scheppen zodat mensen makkelijker kunnen kiezen voor gezond eten en meer bewegen. De Kamer kan het kabinet beoordelen op haar inzet met betrekking tot de randvoorwaarden waarvoor de overheid verantwoordelijk is, zoals beschikbaarheid van betrouwbare informatie.

Gemeenten, scholen, zorgprofessionals, bedrijven en andere partijen spelen ook een belangrijke rol bij het makkelijker maken van de gezonde keuze.

Of mensen – gegeven de randvoorwaarden – die gezonde keuze ook maken, is aan henzelf.

88

*Wanneer wordt het nieuwe streefcijfer voor vermindering van het aantal suïcides vastgesteld? Waarom is tot die tijd voor de weinig ambitieuze doelstelling van 5% minder gekozen?*

Voor het bepalen van een nieuw streefcijfer voor de vermindering van het aantal suïcides, wil ik eerst het beschikbaar komen van de multidisciplinaire richtlijn behandeling en beoordeling suïcidaal gedrag afwachten. In dit verband verwijs ik naar mijn brief van 25 mei 2011 aan de Tweede Kamer<sup>1</sup>. Het beschikbaar komen van deze multidisciplinaire richtlijn duurt helaas langer dan gepland. De richtlijn zal naar verwachting eerst begin 2012 zijn afgerond. Na het beschikbaar komen van deze richtlijn, zal ik in overleg met veldpartijen een nieuw streefcijfer bepalen voor de vermindering van het aantal suïcides. Tot die tijd zal ik het voorlopige streefcijfer van vijf procent minder suïcides per jaar hanteren. Anders dan in de vraagstelling wordt verondersteld, is dit geen «weinig ambitieuze» doelstelling. Voor zover andere Europese landen al een streefcijfer hanteren, zijn deze ambities voor vermindering veelal lager dan in Nederland. Helaas wijst de praktijk ook uit dat dit streefcijfer uiterst ambitieus is.

89

*Hoe worden negatieve ervaringen uit de kindertijd gesignaleerd en hoe worden latere gevolgen precies voorkomen?*

---

<sup>1</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 2010–2011, 30 492, nr. 53, pag 4.

Deze vraag is beantwoord bij vraag 83.

90

*Hoe verhoudt de nadruk op gezonde leefstijl, ondersteund door de IGZ, zich tot het schrappen van alle vormen van leefstijlinterventie uit het basispakket?*

Anders dan de vraag suggereert is het niet zo dat alle vormen van leefstijlinterventies uit het basispakket worden geschrapt. Zie hiervoor de antwoorden op de vragen 84, 101 en 119. Het kabinet gaat er vanuit dat gezondheid in de eerste plaats iets van mensen zelf is en de zorg kan mensen daarbij helpen. Het kabinet wil dat binnen de zorg niet alleen aandacht is voor behandeling van ziekten, maar ook voor het bevorderen van de gezondheid en preventie. De IGZ stimuleert dat in verschillende zorgsectoren (onder andere thuiszorg, huisartsen, GGZ) effectief ondersteuning geboden wordt aan een gezonde leefstijl.

91

*Blijft de ondersteuning van stoppen met roken (gedragmatige ondersteuning al dan niet gecombineerd met farmacologische ondersteuning), als onderdeel van de ketenzorg voor diabetes, COPD, hartfalen en cardiovasculaire ziektes, als verzekerde zorg wel vergoed?*

De ondersteuning bij stoppen met roken kan op verschillende manier plaatsvinden, zowel door gedragmatige ondersteuning als met behulp van nicotinevervangende middelen als ook met geneesmiddelen. In 2011 werden deze allemaal vergoed. Vanaf 2012 zal de gedragmatige ondersteuning bij stoppen met roken door onder andere huisartsen, specialisten, verloskundigen en klinisch-psychologen nog wel verzekerde zorg zijn. De kosten van nicotinevervangende middelen of geneesmiddelen kunnen niet meer worden vergoed, ook niet als onderdeel van ketenzorg.

92

*Betekent het feit dat zorgverleners directe, op de persoon toegesneden, informatie en ondersteuning kunnen bieden aan mensen in risicogroepen dat actief selectieve preventie zal worden toegepast of moet dit alleen als een constatering worden gelezen dat selectieve preventie mogelijk is?*

Hiervoor verwijs ik u, zoals toegezegd in de nota, naar de brief over screeningsbeleid en te ontwikkelen kwaliteitsbeleid van ondermeer healthchecks die ik later dit jaar naar u stuur.

93

*Voor welke chronische aandoeningen worden al zorgstandaarden ontwikkeld? Per wanneer zullen deze zorgstandaarden beschikbaar zijn?*

Het coördinatieplatform Zorgstandaarden heeft in maart 2011 een quickscan laten uitvoeren naar de stand van zaken rond de ontwikkeling van zorgstandaarden en zorgmodules. Daaruit blijkt dat er vier zorgstandaarden (diabetes, COPD, Vasculair Risicomanagement, Obesitas) geautoriseerd en beschikbaar zijn. De zorgstandaard depressie is ontwikkeld maar nog niet geautoriseerd. Eerst zullen enkele pilots worden ontwikkeld om ervaring op te doen met de praktische toepassing. Tenminste 25 zorgstandaarden zijn in verschillende fasen van ontwikkeling, inclusief de 16 voor zeldzame aandoeningen.

94

*Op welke manier gaat het kabinet de veiligheid op de speelveldjes in de buurt vergroten als er tegelijkertijd minder agenten komen?*

Gemeenten zijn in eerste instantie zelf verantwoordelijk voor de veiligheid in hun eigen gemeente. De veiligheid op speelveldjes is van veel factoren afhankelijk. Dit kabinet zet in op meer begeleiding op de veldjes, bijvoorbeeld door mensen met een combinatiefunctie. Begeleide sport en beweegactiviteiten dragen bij aan maatschappelijke participatie van bewoners waardoor doorgaans ook de leefbaarheid en veiligheid in de buurt (en dus ook op speelveldjes) toeneemt.

Bij speelveldjes spelen er ook aspecten van gezondheidsbescherming. Zo zijn voor de veiligheid van speeltoestellen eisen opgenomen in de Warenwet in het Warenwetbesluit attractie-speeltoestellen (WAS). Toezicht op de veiligheid van speeltoestellen is neergelegd bij de nieuwe Voedsel- en Warenautoriteit. Overigens neemt het aantal agenten niet af en garandeert dit kabinet een betaalbare operationele politiesterke van 49 500 FTE.

95

*Hoe kunnen gemeenten meer aan preventie in het kader van de Wmo doen als zij tegelijkertijd worden geconfronteerd met een korting van het Wmo-budget van 5%?*

Gemeenten hebben in de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) een grote mate van beleidsvrijheid en maken zelf keuzes op het gebied van de maatschappelijke ondersteuning. Binnen het beschikbare Wmo-budget zullen gemeenten zelf een afweging maken, of zij aan een deel van hun budget een preventieve invulling willen geven.

96

*Welke middelen krijgen de gemeenten om de inzet op preventie te verhogen?*

Gemeenten bepalen zelf voor een groot deel welke middelen zij, binnen de financiële kaders van het Gemeentefonds, inzetten voor preventie. In de Wet publieke gezondheid (Wpg) staat wel waar de gemeente verantwoordelijk voor is, zoals het in stand houden van een GGD en de uitvoering van het basistakenpakket jeugdgezondheidszorg.

97

*Welke middelen krijgen gemeenten om de genoemde goede zorgvoorzieningen in de buurt ook tot stand te brengen?*

De financiering van zorgvoorzieningen in de buurt is een samenspel van diverse partijen zoals zorgaanbieders, zorgverzekeraars en gemeenten. Gemeenten bepalen grotendeels zelf welke middelen zij, binnen de financiële kaders van het Gemeentefonds, inzetten voor de afstemming van publieke gezondheid en de curatieve gezondheidszorg. Dit is één van hun taken in de Wet publieke gezondheid. Tevens kunnen zij uitgaven op andere beleidsterreinen (bijvoorbeeld infrastructuur, maatschappelijke ondersteuning en onderwijs) inzetten om zorgvoorzieningen in de buurt mede tot stand te brengen. Een voorbeeld is de bouw van multifunctionele accommodaties waar naast scholen en gemeentelijke diensten zoals het Wmo-loket en Centra voor Jeugd en Gezin, ook eerstelijnsvoorzieningen zijn gehuisvest.

98

*Kan worden aangegeven welke maatregelen de minister neemt om de diagnose van dementie tijdig te laten plaatsvinden?*

Het tijdstip waarop diagnostisch onderzoek wordt verricht, wordt bepaald door de arts en de cliënt. De arts laat zich daarbij leiden door zijn professionaliteit, richtlijnen en protocollen. Het is van belang dat de cliënt

en zijn omgeving signalen die kunnen duiden op dementie herkennen. Binnen het Programma ketenzorg dementie zijn er in Nederland 65 regionale samenwerkingsverbanden die zich richten op verbetering van en samenhang in de dementiezorg. Een van de prioriteiten van deze samenwerkingsverbanden is verbetering van de vroegsignalering door zowel professionals als naasten. In het kader van het Nationaal Programma Ouderenzorg lopen diverse projecten die zorg op verbetering van signalering en van deskundigheid richten. Ook is Nederland deelnemer aan het Europese «Joint Programming Initiative on Neurodegenerative Diseases, especially Alzheimer's disease». Dit richt zich op het opstellen en uitvoeren van een gemeenschappelijke onderzoeksagenda ter verbetering van de kennis over, diagnostiek van en behandeling van neurodegeneratieve aandoeningen, waaronder dementie. Verder kan de ontwikkeling van toegankelijke, herkenbare zorgvoorzieningen in de buurt een bijdrage leveren aan het sneller opsporen van (de eerste tekenen van) dementie.

99

*Hoe ziet de integrale benadering van de lichamelijke, sociale en psychische problemen van ouderen er in de praktijk precies uit? Welke zorgverleners zijn erbij betrokken en in welke verbanden wordt tot een integrale benadering gekomen?*

Integrale zorg en ondersteuning stelt het perspectief van de oudere centraal en richt zich op het verbeteren van de zelfredzaamheid en de kwaliteit van leven van de oudere. De integrale aanpak vereist afstemming en/of samenwerking tussen professionals op het terrein van wonen, welzijn en zorg en afstemming met informele hulpstructuren. De aanbieders van deze diensten moeten daarvoor de voorwaarden scheppen en ook de inkopers van de verschillende diensten moeten dit bevorderen. In praktijk leggen gemeenten verbindingen met andere beleidsdomeinen en met de komende decentralisatie van de extramurale begeleiding naar de Wmo ontstaan nog meer kansen om op lokaal niveau tot een meer integrale aanpak te komen.

Twee voorbeelden illustreren dit:

- Een huisartspraktijk in Leiden vult in een experiment binnen het Nationaal Programma ouderenzorg met regelmaat een korte vragenlijst in met ouderen vanaf 75 jaar. Zo worden structureel de fysieke, functionele, psychische en sociale problemen van ouderen in kaart gebracht. Voor ouderen met een combinatie van problemen stelt de huisarts vervolgens samen met betrokken zorgverleners, en in overleg met de oudere zelf en de mantelzorg(er)s, een zorgactieplan op. Daarna benadert de huisarts de zorgpartners voor bijvoorbeeld medicatiesanering of een multidisciplinair overleg.
- In een project in Kerkrade (onderdeel van het programma De Kanteling, een initiatief van de VNG en de CG-raad) gaan ouderenadviseurs als voorportaal van de sociale wijkteams (bestaande uit onder andere welzijnsaanbieders, zorgaanbieders, de Wmo-consulent en de woningbouwcoöperatie) op bezoek bij mensen van boven de 65 jaar om samen met hen een mogelijke hulpvraag en de oplossing daarvoor breed in kaart te brengen. Bij meervoudige, complexe problematiek wordt opgeschaald naar het sociaal wijkteamoverleg, waarna de verschillende partijen – waaronder de huisarts – de hulp- of zorgvraag in behandeling kunnen nemen.

100

*Welke doelstelling heeft het kabinet voor de verbetering van de ondersteuning voor mantelzorgers bij dementie, mede met het oog op het op peil houden van de arbeidsparticipatie van mantelzorgers en het*

*terugdringen van overbelasting, ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid bij de relatief zwaar belaste mantelzorgers bij dementie?*

De zorg voor mensen met dementie is voor mantelzorgers erg zwaar. Dit komt niet alleen door de feitelijke zorg voor hun naaste. De belasting wordt extra groot door het verlies waarmee zij geconfronteerd worden. Naarmate de ziekte vordert, verliezen zij hun naaste in toenemende mate. Hun partner of ouder is niet meer de geliefde die zij jaren gekend hebben. Dit verdriet kan het kabinet niet wegnemen. Voor deze mantelzorgers is goede ondersteuning erg belangrijk. Te denken valt daarbij aan ondersteuning in de vorm van respijtzorg, een goede informatievoorziening en allerlei vormen van praktische ondersteuning. In antwoord op eerder door de Kamer gestelde vragen over mantelzorgondersteuning en de rol van de gemeenten daarbij, heeft de staatssecretaris van VWS aangegeven dat zij eind van dit jaar u een beleidsbrief zal doen toekomen waarin de uitgangspunten voor het beleid ten aanzien van mantelzorg voor deze kabinetsperiode zullen worden beschreven. Daarbij zullen de hier voorgenoemde aspecten zeker aan de orde komen.

101

*Hoe is het belang van voorkomen van ondervoeding te rijmen met het schrappen van de vergoeding voor dieetadvisering?*

Het terugdringen van ondervoeding is vooral een zaak van tijdige signalering en samenwerking door zorgverleners (vooral in de eerste lijn). Om de tijdige onderkenning van ondervoeding tot een succes te maken zijn vorig jaar de Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraken (LESA) Ondervoeding in werking getreden. Ook blijft de vergoeding van kracht als het gaat om algemene advisering over en begeleiding bij voeding en eetgewoonten zoals huisartsen, medisch specialisten en verloskundigen die plegen te bieden. Dat geldt ook voor dieetadvisering als onderdeel van gecoördineerde multidisciplinaire zorg aan patiënten met COPD, Diabetes of een vasculair risico.

102

*Onderkent de minister dat de sociaaleconomische positie van een persoon gevolgen heeft voor diens leefstijl? Waarom staat de sociaaleconomische positie niet genoemd als oorzaak van het tekort aan basisvaardigheden?*

Er is inderdaad een verband tussen de sociaaleconomische factoren en leefstijl. In de landelijke nota wordt niet ingegaan op de oorzaken van een tekort aan basisvaardigheden maar het is waarschijnlijk dat er een relatie is tussen het opleidingsniveau en het beschikken over basisvaardigheden.

103

*Kan de minister aangeven of er cijfermatige doelstellingen zijn of komen met betrekking tot het gezonde aanbod in winkels, kantines, restaurants, stations, scholen en zorginstellingen?*

Nee, voor gezond aanbod stel ik geen cijfermatige doelstellingen. Kantinehouders, werkgevers, zorginstellingen, winkels en restaurants hebben zelf een verantwoordelijkheid om de gezonde keuze makkelijk te maken.

Voor wat betreft schoolkantines is in de motie Vendrik (31899 Nr.8) de regering verzocht beleid te ontwikkelen gericht op 100% gezonde schoolkantines in 2015. Aan deze doelstelling wordt gewerkt binnen het Convenant Gezond Gewicht.

104

*Op welke wijze wordt gemonitord of het beleid ten aanzien van het aanleren van de basisvaardigheden voldoende effectief is? Hoe wordt bekeken of de doelgroepen daadwerkelijk worden bereikt? Welke doelgroepen worden hierbij onderscheiden?*

Het kabinet richt zich, via de minister van OCW, op de meest fundamentele basisvaardigheden die jongeren en volwassenen nodig hebben om onderwijs te kunnen volgen, actief te participeren op de arbeidsmarkt en zich te kunnen redden in onze samenleving: lezen, schrijven en rekenen. De minister van OCW werkt aan de invoering van het referentiekader taal en rekenen in alle onderwijssectoren gericht op verhoging van de beheersing van taal- en rekenvaardigheden. Over de stand van zaken met betrekking tot de implementatie bent u dit voorjaar geïnformeerd (TK II 2010–2011, 21 332, nr. 16). Daarnaast heeft de minister van OCW uw Kamer de afgelopen jaren jaarlijks geïnformeerd via een voortgangsrapportage over de activiteiten van het Aanvalsplan Laaggeletterdheid 2006–2010 «Van A tot Z betrokken». De minister van OCW bereidt momenteel een actieplan laaggeletterdheid voor dat dit najaar aan uw Kamer wordt aangeboden. De hierin genoemde activiteiten zullen worden gemonitord.

Met het programma Digivaardig & Digibewust werken het ministerie van EL&I, het bedrijfsleven en maatschappelijke organisaties samen om de digitale vaardigheden van verschillende doelgroepen te verbeteren. Naast jaarlijkse monitoring van ICT-gebruik in de CBS/TNO publicatie ICT, kennis en economie en het Trendrapport Computers en internet van de Universiteit Twente, heeft een extern bureau een tussentijdse evaluatie van het programma uitgevoerd.

Het aanbod ter bevordering van gezondheidsvaardigheden in het onderwijs, zoals het programma De Gezonde School en Genotmiddelen, is gebundeld in de Gezonde School aanpak. Het Centrum Gezond Leven houdt het bereik van de hierin gebundelde interventies bij.

Als het gaat over specifieke gezondheidsvaardigheden hebben partijen in de zorg het voortouw. Zij hebben zich georganiseerd in de Alliantie Gezondheidsvaardigheden en hebben een programma in ontwikkeling dat zich richt op de verbetering van gezondheidsvaardigheden.

In het kader van het gezondheidsbeleid is de VTV onze belangrijkste monitor. In de komende VTV van 2014, wordt aandacht besteed aan de relatie tussen gezondheid en het bezitten van gezondheidsvaardigheden.

105

*Wordt de jeugd uitgezonderd als doelgroep van het voornemen om te stoppen met massamediale campagnes?*

Nee. Dit kabinet is geen voorstander van ongerichte massamediale leefstijlcampagnes. Er wordt hierbij geen uitzondering gemaakt voor de doelgroep jeugd. Het ZonMw-programma Landelijke Leefstijlcampagnes zal dan ook in zijn geheel worden stopgezet. Het kabinet wil jongeren directer betrekken bij preventieve programma's en meer gebruik maken van nieuwe (sociale) media.

106

*Kan de minister toelichten hoe scholen geëvalueerd worden met betrekking tot het bieden van een gezonde leeromgeving?*

De GGD bezoekt alle basisscholen om te kijken hoe het gesteld is met het binnenklimaat en welke (kleine) aanpassingen kunnen helpen om de luchtkwaliteit te verbeteren. Op het gebied van een gezonde leeromgeving worden scholen niet van Rijkswegen geëvalueerd.

107

*Welk budget is er beschikbaar voor tabaksontmoediging voor de jeugd, en hoe wil het kabinet dit besteden?*

Er blijft budget beschikbaar voor preventieactiviteiten op het gebied van verslavende middelen (alcohol, roken en drugs). Dit wordt besteed aan onder andere voorlichting, een hulplijn en schoolprogramma's. Omdat deze activiteiten meer integraal worden vormgegeven (zoals een weerbaarheidscampagne jongeren en middelengebruik) en programmering nog niet heeft plaatsgevonden is niet exact aan te geven welk bedrag aan tabaksontmoediging voor de jeugd wordt besteed.

108

*Op welke manier wordt bewegen op school gestimuleerd? Waarom is nergens sprake van extra gymlessen en een speciale gymleraar op de basisscholen?*

Volgens de algemene bekostigingssystematiek van het ministerie van OCW is er geen urenverplichting mogelijk. Het is aan de scholen zelf om dat in te vullen. Er zijn veel scholen waar men gekozen heeft om sport en bewegingsonderwijs aan te bieden. Dit kabinet ziet uiteraard het belang in van voldoende bewegingsonderwijs op en rond scholen. Vandaar dat het inzet op combinatiefuncties en andere maatregelen zoals verwoord in de Beleidsbrief Sport, met als doel meer sport en bewegen in de buurt mogelijk te maken. Via geïntegreerde lespakketten en de Handreiking Gezonde School worden scholen geïnformeerd hoe zij stapsgewijs in kunnen zetten op sport en bewegen in en om de school.

109

*Klopt het dat scholen een vrije keuze hebben om al dan niet aandacht te besteden aan gezonde en bewuste leefstijlkeuzen? Klopt het dat dit beleid, het stimuleren van een eigen verantwoorde keuze, dat als basis wordt gezien voor preventie, dus vrijblijvend is?*

Nee. Voor scholen voor primair- en voor voortgezet onderwijs is in de kerndoelen vastgelegd dat leerlingen leren zorg te dragen voor hun lichamelijke en psychische gezondheid en hoe deze te bevorderen. Dit betekent dat alle scholen hier aandacht aan dienen te besteden. Hoe scholen dat doen, is een keuze van de scholen zelf.

110

*Waarom «lijkt» een landelijk rookverbod op schoolpleinen «op dit moment» niet haalbaar? Wat is er voor nodig om een landelijk rookverbod wel haalbaar te laten zijn? Is een landelijk rookverbod op schoolpleinen op een ander moment wel haalbaar?*

Zoals in antwoord 109 is aangegeven, is de invulling van de kerndoelen aan de scholen zelf. Voor het daadwerkelijk realiseren van rookvrije schoolpleinen is draagvlak in het onderwijsveld belangrijk. Vandaar dat ik, samen met de minister van OCW, de komende tijd inzet op het vergroten van het percentage scholen met een geheel rookvrij schoolplein, onder andere via de Gezonde School methode van het Centrum Gezond Leven (CGL).

111

*Leidt meer bewegen (dat als speerpunt is gekozen voor preventie) tot minder roken? Zo ja, waarom?*

In de Landelijke nota gezondheidsbeleid is aangegeven dat het kabinet meer focus willen aanbrengen bij gezondheidsbevordering door ons in het bijzonder te richten op sport en bewegen in de buurt. Bewegen is goed voor zowel de lichamelijke als de geestelijke gezondheid en hangt positief samen met de andere speerpunten. Ongezonde leefgewoonten komen namelijk vaak in combinatie voor: mensen die minder bewegen eten vaker ongezond, roken vaker en drinken vaker excessief alcohol. Er zijn ook aanwijzingen dat bewegen helpt bij sommige stoppen met roken programma's.

112

*De WHO adviseert onder andere massamediale campagnes over de schade door tabak. Waarom worden massamediale campagnes op het gebied van gezondheid en preventie stopgezet? Geldt voor alle departementen dat geen gebruik meer wordt gemaakt van massamediale campagnes?*

Het kabinet staat voor eigen verantwoordelijkheid en eigen kracht van mensen. Algemene, op een breed publiek gerichte leefstijlcampagnes passen niet in de eigen verantwoordelijkheid van mensen voor een gezond leven. Vanuit de gedachte «gezondheid dichtbij» wordt de menselijke maat juist gevonden in informatievoorziening in de eigen leefwereld van burgers via bijvoorbeeld school, werk, buurt en zorg. Het is aan mijn collega's in het kabinet om te beoordelen of een campagne een geschikt instrument is voor een bepaalde beleidsdoelstelling.

113

*Welke projecten, programma's en initiatieven uit de beleidsbrief worden «grotendeels» gecontinueerd, en welke niet?*

Ik blijf instellingen die zich inzetten voor het bevorderen van seksuele gezondheid en voor acceptatie van seksuele diversiteit en hiv-geïnfec-teerden subsidie verstrekken. Wel kort ik op leefstijlactiviteiten van de betreffende instellingen en worden (massamediale) campagnes stopgezet. De kortingen op de subsidies zijn gebaseerd op keuzes die dit kabinet heeft gemaakt in de landelijke nota gezondheidsbeleid.

Verreweg de meeste in de beleidsbrief seksuele gezondheid genoemde projecten, programma's en initiatieven worden gecontinueerd met de vigerende looptijden. In een aantal gevallen wordt na een (tussen)eva-luatie besloten over voortzetting of verlenging. Datgene wat ik niet continueer is het volgende:

- De campagnes *Veilig vrijen* en *Seksuele weerbaarheid* worden niet voortgezet;
- Ik zal geen *extra* inspanningen plegen om stigmatisering van mensen met hiv tegen te gaan;
- Er vindt geen extra investering plaats om de seksuele gezondheid van mensen met een ziekte of verstandelijke of fysieke beperking te bevorderen;
- De in de beleidsbrief aangekondigde projecten waarmee de seksuele gezondheid van nieuwe Nederlanders kunnen worden verbeterd worden na 2011 niet voortgezet.

Op 12 september heb ik u geïnformeerd over mijn besluit om geen landelijke chlamydia screening voor jongeren in te voeren.

114 en 115

*Kan worden toegelicht waarom de minister voornemens is de overheids-informatievoorziening ten behoeve van seksuele en relationele vorming van volwassenen te stoppen terwijl de minister juist inzet op een goede informatievoorziening ten behoeve van preventie?*

*Kan de minister garanderen dat mensen toegang blijven houden tot kwalitatief goede en betrouwbare informatie met betrekking tot seksuele en relationele vorming?*

Het is niet de bedoeling volledig te stoppen met informatievoorziening op het terrein van seksuele gezondheid. Wel wil ik onderscheid maken tussen informatievoorziening aan volwassenen enerzijds en informatievoorziening en seksuele en relationele vorming voor de jeugd anderzijds. In geval van volwassenen ben ik van mening dat zij eigen keuzes ten aanzien van seksuele gezondheid behoren te maken. Als er maar goede en voldoende informatie aanwezig is op basis waarvan zij een keuze kunnen maken. Met subsidie van het ministerie van VWS zorgen verschillende gezondheidsbevorderende instellingen – zoals Rutgers WPF en Soa Aids Nederland – ervoor dat deze informatie voorhanden is. Bij de jeugd ligt dat anders. Goede gewoonten en gedragingen die in de jonge jaren zijn aangeleerd, bieden meer perspectief voor de toekomst. Daarom wil het kabinet nadrukkelijk de aandacht richten op deze groep. Om die reden vindt het kabinet dat het bevorderen van een gezonde leefstijl van de jeugd, inzet op weerbaarheid om verleidingen uit het dagelijks leven te weerstaan, het stellen van grenzen en het bewust stimuleren van een gezonde basis bij de jeugd gerechtvaardigd is. Bovengenoemde thema's komen aan de orde in interventies die met subsidie van het ministerie van VWS zijn ontwikkeld. Dit zijn interventies die kunnen worden gebruikt door professionals in het onderwijs, jongerenwerk, gezondheidszorg, GGD'en of binnen de gemeenten. Ook komen ze aan de orde in seksualiteitsprekuren voor jongeren (Sense) en de Sense website, een betrouwbare jongerenwebsite over seksuele gezondheid.

116

*Wil de minister dat de reguliere preventiezorg niet langer ouders met vragen over de opvoeding helpt, zodat die slechts kunnen aankloppen bij familie, vrienden en burens?*

De staatssecretaris van VWS heeft aangegeven dat ze de zorg voor jeugd beter wil laten aansluiten op de eigen kracht van jeugdigen en hun ouders. Het doel is om te voorkomen dat normale opvoedvragen meteen zorgvragen worden. Ouders moeten in hun eigen omgeving kunnen aankloppen voor vragen over opvoeding. Als ze meer ondersteuning nodig hebben, kunnen ze terecht bij laagdrempelige voorzieningen zoals de Centra voor Jeugd en Gezin, waar ook preventieve zorg wordt geleverd. Als blijkt dat meer specialistische hulp nodig is, wordt die tijdig ingeroepen en waar mogelijk in de context van het kind aangeboden.

117

*Welke concrete doelen stelt het kabinet ten aanzien van het terugdringen van het aantal kinderen met overgewicht? Hoeveel kinderen met overgewicht c.q. obesitas zijn er op dit moment in Nederland? Op welke wijze wordt gemonitord of het beleid effectief is?*

Het CBS monitort, via het Permanent Onderzoek LeefSituatie (POLS), overgewicht en ernstig overgewicht (obesitas) bij kinderen (2–25 jaar). De meest recente cijfers zijn gebaseerd op 2009 en staan vermeld in de VTV 2010. Van de 2 tot 25 jarigen had 14,4% overgewicht (mannen 15% en vrouwen 13,6%) en 2,6% ernstig overgewicht (2,3% mannen en 2,8% vrouwen). Het gaat hier om zelfgerapporteerde waarden. Deze cijfers zijn de graadmeter voor de ontwikkeling en verhouding van overgewicht en obesitas in Nederland.

Op basis van ingezette beleidsactiviteiten wordt gekeken of het beleid effectief is. Er wordt geen enkelvoudige doelstelling geformuleerd. Voor de beleidsbeoordeling is één generiek meetinstrument niet geschikt.

Diverse bronnen worden, afhankelijk van de activiteit en doelstelling, ingezet en geraadpleegd zoals de Voedsel Consumptie Peiling, Ongevallen en Bewegen in Nederland monitor en voortgangsrapportages van het Convenant Gezond Gewicht.

118

*Wat is het belang van voedingssupplementen ten aanzien van preventie? Is een betere informatievoorziening ten aanzien van voedingssupplementen van belang c.q. aangewezen? Op welke wijze zou de informatievoorziening verbeterd kunnen worden en welke rol speelt de rijksoverheid daarin?*

In het algemeen geldt dat een evenwichtig en gevarieerd voedingspatroon voldoende voedingsstoffen levert. Bij specifieke bevolkingsgroepen zijn bepaalde voedingssupplementen belangrijk voor preventie, bijvoorbeeld voor het voorkomen van een tekort aan foliumzuur of vitamine D. Het Voedingscentrum heeft hierover onafhankelijke informatie beschikbaar en deelt deze informatie actief met zorgprofessionals die dicht bij de burger staan. Als er nieuwe inzichten zijn, zoals de recente aanpassing van het suppletieadvies voor vitamine D, besteedt het Voedingscentrum daar extra aandacht aan. Het ministerie van VWS bespreekt met betrokken bedrijven hoe zij bij kunnen dragen aan de informatievoorziening.

119

*Worden de adviezen van de diëtist minder toegankelijk als de diëtist uit het basispakket verdwijnt?*

De algemene advisering over en begeleiding bij voeding en eetgewoonten zoals huisartsen, medisch specialisten en verloskundigen die plegen te bieden blijft verzekerde zorg. Ook de meer specialistische dieetadviesing door de diëtist blijft verzekerd als die wordt gegeven in het kader van ketenzorg ten behoeve van diabetes, cardio vasculair risico en COPD. Wanneer iemand in andere gevallen dieetadvies wil, is hij daarvoor bij de diëtist aan het juiste adres. Dit advies valt echter niet binnen het basispakket.

120

*Heeft de minister vertrouwen in zelfregulering van het voedselkeuzelogo, met in het achterhoofd het feit dat een grote voedselproducent zijn product «Cup-a-soup» dit logo gaf ondanks het hoge gehalte toegevoegd zout?*

Ik ondersteun het voedselkeuzelogo en zie dit als een instrument dat de consument kan helpen bij het maken van de gezondere voedselkeuze. Het logo helpt de consument om binnen productcategorieën relatief gezondere producten te vinden. Door een onafhankelijke wetenschappelijke commissie zijn per productcategorie samenstellingscriteria opgesteld voor energie, verzadigd vet, suiker, vezel en zout. Deze criteria worden regelmatig herzien en aangescherpt. Dat is de kracht waarmee het logo innovatie naar gezondere producten stimuleert: een product zal om het logo te kunnen behouden steeds beter van samenstelling moeten zijn. Ik verwacht dat ook het criterium voor zout in soep zal dalen.

121

*Laat de minister de controle op minder ongezonde toevoegingen zoals zout aan voedselproducten volledig over aan de sector of gaat zij zelf ook nog een rol spelen?*

In de landelijke nota gezondheidsbeleid geef ik aan dat ik voor zoutreductie resultaten wil halen via publiek-private samenwerking. De publieke

bijdrage bestaat met name uit kennisondersteuning en monitoring op consumptieniveau. Daarnaast vraag ik van de bedrijven transparantie over hun activiteiten zodat inzichtelijk wordt welke inzet wordt gepleegd en welke resultaten worden behaald op product- of aanbodniveau. Recent is in de EU-verordening consumenteninformatie een verplichting opgenomen voor het vermelden van het zoutgehalte op het etiket. Ik heb daarvoor ook gepleit. Daarmee is voor iedereen inzichtelijk hoeveel zout er in een product zit.

Het voedselkeuzelogo, dat door de sector zelf is ingesteld, stimuleert fabrikanten via de regelmatige aanscherping van de criteria om steeds gezonder – bijvoorbeeld minder zout – te produceren.

122

*Waarom wordt niet gekozen voor het stoplichtsysteem ten aanzien van voedsletikettering? Klopt het dat dit het enige systeem van voedsletikettering is waarvan de waarde wetenschappelijk is aangetoond? Welke onderzoeken wijzen erop dat het huidige in Nederland gebruikte logo effectief is?*

Over voeding moet naar mijn idee positief gecommuniceerd worden. De rode en oranje kleur van het stoplichtsysteem kan geassocieerd worden met gevaar, terwijl dit voor een individueel product absoluut niet aan de orde is. Het gaat om de combinatie van producten die iemand eet in zijn hele voedingspatroon.

Daarnaast toont het systeem verschillende kleuren (goed en slecht) op hetzelfde levensmiddel, al naar gelang het voedingsaspect (zout, vet, etc.). Dat maakt het inschatten van de waarde van het product als geheel in je persoonlijke voeding niet eenvoudig.

Er zijn diverse onderzoeken van de Vrije Universiteit die erop wijzen dat het voedselkeuzelogo effectief is.

123

*Wanneer wordt het beoogde resultaat ten aanzien van minder zout in voedingsmiddelen behaald? Welk resultaat wordt precies beoogd? Waarom wordt pas eind 2012 «zo nodig» naar de mogelijkheden voor wettelijke normen gekeken, terwijl aantoonbare gezondheidswinst is te behalen met minder zout in de voeding?*

De inzet die het bedrijfsleven al doet om het zoutgehalte in het levensmiddelenaanbod te verlagen onderstreept dat zoutreductie mogelijk is.

Zoutreductie is echter niet in elk product even eenvoudig en snel toe te passen omdat zout niet alleen voor de smaak maar ook voor veiligheid en technologische redenen wordt toegevoegd. Daarom is normstelling niet mijn eerste keus. Ik geef het bedrijfsleven graag zelf de kans om aan te tonen dat ze gezamenlijk verdere stappen kunnen zetten om het zoutgehalte in hun diverse levensmiddelen te verlagen, zoals dat ook met transvetzuren is gelukt. Ik ondersteun hen daarbij met kennis en monitoring op consumptieniveau en wil door deze publiek-private samenwerking voortgang maken op het gebied van zoutreductie. Het bedrijfsleven maakt op dit moment nieuwe meerjarige plannen voor hun inzet op onder andere zoutreductie. Eind 2012 verwacht ik in te kunnen schatten of hun plannen en de uitvoering daarvan naar substantiële zoutverlaging leiden. Ik heb aangegeven dat ik transparantie over hun activiteiten daarbij erg belangrijk vind.

124, 125 en 126

*Wat is de waarde van de mededeling «Wij zien liever dat ook de laatste producenten het (transvetzuur) uit hun producten halen.»? Wanneer wordt de uitkomst van de EU-discussie verwacht? In hoeverre is Nederland vrij om zelf vooruitlopend op de EU-discussie al maatregelen te nemen om*

*het aantal producten met transvetzuren terug te dringen of er via etikettering voor te waarschuwen?*

*Gaat de minister zich in Europees verband inzetten voor het verplicht etiketteren van de ongezonde transvetten?*

*Waarom vindt het kabinet dat vermelding van toegevoegde transvetten op het etiket ervoor zorgt dat de informatie op het etiket niet langer beknopt en begrijpelijk is, terwijl nu de vetten op het etiket al worden uitgesplitst in verzadigde en onverzadigde vetten?*

In producten in Nederland zitten nauwelijks nog transvetzuren. Niet alles kan op het etiket. Vanwege leesbaarheid en begrijpelijkheid moeten keuzes worden gemaakt. Die keuzes worden in Europees verband gemaakt. Ik maak daar bij voorkeur geen nationale uitzonderingen op omdat we één markt zijn.

De discussie over de nieuwe EU verordening consumenteninformatie is begin juli voorsnog afgerond. De meningen over etikettering van transvetzuren liepen sterk uiteen. Daarom heeft het Europees Parlement de Commissie gevraagd om binnen drie jaar een rapport op te stellen over de aanwezigheid van transvetzuren in levensmiddelen en in het dieet van de Europese bevolking. Het doel van dit rapport is om te beoordelen wat het effect zal zijn van verschillende maatregelen om de consument te helpen gezonder te eten. Daarbij wordt gekeken naar zowel informatievoorziening over transvetzuren als naar normen voor het gehalte aan transvetzuren in producten. In de tussentijd is etikettering van transvetzuren niet verplicht.

Ik zal deze uitkomst dit najaar bespreken met betrokken partijen en laat u nog dit jaar weten wat ik op basis van deze ontwikkeling besluit.

127 en 128

*Is er onderzoek gedaan naar de financiële opbrengsten van groen in het kader van de gezondheid, bijvoorbeeld in het kader van overgewicht bij kinderen of het minder voorkomen van depressies in groene wijken?*

*Is er onderzoek gedaan in welke mate de natuur bijdraagt aan de gezondheid als plek om actief te recreëren?*

Ja, er zijn diverse onderzoeken gedaan naar de gezondheidseffecten van groen en de relatie tussen groen en bewegen waaronder wandelen, fietsen en tuinieren. Een overzicht van onderzoek is te vinden in het rapport «Natuur op recept» dat in 2009 is opgesteld door onder andere het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL). De brochure «Een groene gezonde wijk» ([www.groenendestad.nl](http://www.groenendestad.nl), 2010) geeft hiervan een samenvatting.

Er is een positieve relatie gevonden tussen groen en gezondheid in diverse studies in UK, Denemarken, Japan en Canada. Vooral lagere inkomensgroepen lijken baat te hebben van groen voor hun gezondheid. Het is van belang niet alleen naar de hoeveelheid groen te kijken maar ook naar zaken zoals onderhoudsniveau, toegankelijkheid, soort groen en veiligheid.

In de publicatie Groen Loont! ([www.bomenstichting.nl](http://www.bomenstichting.nl) 2011) is een indicatie gegeven van de financiële baten van groen in relatie tot onder andere obesitas en depressies. Het rapport Potenties van groen! (Alterra, 2006) beschrijft dat in groene wijken 15% minder overgewicht voorkomt bij kinderen. Dit kan op basis van schattingen over de maatschappelijke kosten van obesitas worden doorvertaald naar financiële opbrengsten. Ook in de zorg zelf zijn effecten bekend. Het onderzoek «Kwaliteit van de fysieke zorgomgeving» (College Bouw Zorginstellingen, 2008) toont aan dat uitzicht op groen het aantal opnamedagen in ziekenhuizen en het aantal postoperatieve complicaties verlaagt en stress vermindert bij werknemers in de zorg. Dit verlaagt de zorgkosten.

Uit het rapport «Wonen, Wijken en Interventies. Het Krachtwijkenbeleid in perspectief» van het Sociaal Cultureel Planbureau blijkt dat uitbreiding van groen en de aanwezigheid van sport- en speelvoorzieningen vooralsnog weinig aantoonbaar effect heeft op leefbaarheid en veiligheid in een wijk. De gebruikte gegevens hebben grotendeels betrekking op de periode voor invoering van het krachtwijkenbeleid, namelijk 1999 tot en met 2008. In 2013 worden de gegevens van 2009 tot en met 2012 geanalyseerd om de resultaten in kaart te brengen van de interventies die in het kader van het krachtwijkenbeleid zijn ingezet.

129

*Is er onderzoek gedaan in welke mate de natuur bijdraagt aan de gezondheid door middel van schone lucht?*

Ja. Zowel naar het effect van groen op de luchtkwaliteit als het effect van de hoeveelheid groen in de woonomgeving op de ervaring van gezondheid.

Vegetatie (bomen en planten) zorgt voor een prettige leefomgeving en heeft overwegend positieve effecten op de gezondheid. Een groene omgeving is doorgaans goed voor de luchtkwaliteit, want in parken en bossen rijden geen auto's. Hoe meer ruimte er is voor groen in en om een stad, hoe beter dat in het algemeen is voor de luchtkwaliteit. Uit het NWO-project Vitamine G, dat is afgerond in 2009, blijkt dat in woonomgevingen met meer groen, de jaarlijkse prevalentie van bijna alle ziekteclusters gerelateerd aan klachten aan de luchtwegen lager is. Onlangs is ook een rapport<sup>1</sup> verschenen naar aanleiding van een studie van het RIVM en de GGD Amsterdam naar de relatie tussen vegetatie en luchtkwaliteit. De conclusie van die studie is dat vegetatie de luchtkwaliteit niet significant kan verbeteren en in straten nabij verkeersbronnen zelfs tot verslechtering van de luchtkwaliteit kan leiden als gevolg van verminderde luchtstroming in de straat.

Vegetatie kan dus een positief effect hebben op de gezondheid; vegetatie langs drukke autowegen verbetert de luchtkwaliteit niet.

130

*Zijn er in het buitenland voorbeelden dat groene interventies in het kader van gezondheid werken?*

Ja, voorbeelden zijn «Walking the way to health» en «Green exercise» in Engeland. Een overzicht van succesvolle groene interventies, zowel in Nederland als in het buitenland, is te vinden in het rapport «Natuur op recept» dat in 2009 is opgesteld door onder andere het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL).

131

*Zijn er in Nederland nog meer voorbeelden van samenwerking tussen organisaties, bedrijven of overheden op het thema van groene interventies?*

Ja, een bekend voorbeeld is Natuursprong. Dit is een speel- en beweegprogramma voor kinderen in de natuur ontwikkeld door Staatsbosbeheer, Jantje Beton en het NISB. Ook zijn er voorbeelden van samenwerking tussen zorgverzekeraars en natuurorganisaties met als doel het positieve effect van natuur op gezondheid te benutten. Dit doen ze onder andere door het beschikbaar stellen van wandel- en fietsroutes en het realiseren van speelgelegenheden voor kinderen waar ze worden uitgedaagd om op een gezonde manier te bewegen (zie bijvoorbeeld [www.natuurmonumenten.nl/content/gezondheid](http://www.natuurmonumenten.nl/content/gezondheid)).

Een overzicht van groene interventies is te vinden in het rapport «Natuur op recept», zie vraag 130.

---

<sup>1</sup> RIVM, Het effect van vegetatie op de luchtkwaliteit-update2011, 2011

Het programma Groen en de Stad, waarin het ministerie van EL&I en het ministerie van I&M, gemeenten, provincies en maatschappelijke partijen samenwerken, wil groen hoger op de beleidsagenda zetten. Dat wil het programma bereiken door overheden en bedrijven te laten zien wat groen betekent voor belangrijke maatschappelijke vraagstukken van deze tijd en door coalities te stimuleren tussen overheid en andere belanghebbenden, zoals projectontwikkelaars, zorgverzekeraars en woningbouwcorporaties. Aan het eind van dit jaar zal de «GezondOntwerpWijzer» digitaal beschikbaar zijn. Deze ontsluit kennis en informatie rondom gezond ontwerpen en inrichten van de leefomgeving voor betrokkenen vanuit verschillende disciplines.

132

*Op welke wijze wordt de synergie tussen verzuim- en zorgverzekeraar versterkt en wat is de stand van zaken ten aanzien van de «overkoepelende afspraken» met werkgevers? Welke rol speelt het kabinet hierin?*

Dat de synergie tussen verzuim- en zorgverzekeraar kan worden versterkt, is gebleken in onderzoek<sup>1</sup> dat de afgelopen periode is uitgevoerd. Het is zinvol om bij het formuleren van het zorgplan tegelijkertijd aandacht te besteden aan re-integratie. In een collectief contract dat een werkgever met een zorgverzekeraar voor zijn werknemers afsluit, kan een dergelijke combinatie een aandachtspunt vormen.

Het kabinet speelt hierin formeel geen rol, het betreft immers een afspraak tussen werkgevers, werknemers en verzekeraars. Wel kan het kabinet partijen stimuleren om dit soort afspraken te maken. Dat is bijvoorbeeld in 2006 gebeurd door meer ruimte te bieden aan collectieve contracten.

133

*Wat is de verwachting ten aanzien van het behalen van de doelstelling «ten minste 75 JOGG (Jongeren op Gezond Gewicht)-gemeenten in 2015», terwijl in 2010 6 gemeenten zich aangesloten en voor de doelstelling 13 gemeenten is? Waarom kan de bewezen succesvolle EPODE-aanpak in Nederland niet sneller worden geïmplementeerd?*

De doelstelling is dat in 2015 er 75 JOGG (Jongeren Op Gezond Gewicht)-gemeenten zijn die volgens de EPODE-aanpak integraal beleid op overgewicht inzetten. De Franse structuur voor lokale gezondheidsbevordering wijkt sterk af van de Nederlandse structuur. Het was daarom belangrijk om de Franse aanpak te vertalen naar de Nederlandse situatie. Bovendien waren niet alle pijlers van de EPODE-aanpak volledig uitgewerkt. Toepasbaarheid, aansluiting en inhoudelijke kwaliteit hebben tijd gevraagd. De basis was vanaf de tweede helft van 2010 beschikbaar voor gemeenten. Vanaf dat moment zijn zij ook actief geïnformeerd over de mogelijkheden en voorwaarden voor deelname. Dat heeft vanaf toen tot zes deelnemende gemeenten geleid.

De gevormde basis is richtinggevend voor toekomstige opschaling. De opschaling gebeurt in een passend tempo met aandacht voor kwaliteit en lokale dynamiek. Het is echter aan de gemeente om binnen het lokaal gezondheidsbeleid al dan niet te kiezen voor het thema overgewicht, de EPODE-aanpak en vervolgens deel te nemen aan een dergelijk programma; dit wordt niet door de rijksoverheid opgelegd.

134 (link met vraag 70)

*Waarom passen massamediale campagnes niet in de eigen verantwoordelijkheid voor een gezond leven? Hoe is dit te rijmen met de stelling «Om mensen in staat te stellen keuzes te maken zijn kennis en praktische informatie nodig»? Dragen massamediale campagnes naar de mening van het kabinet niet bij aan kennis en praktische informatie?*

<sup>1</sup> Atos consulting, Synergie in de keten van zorg en sociale zekerheid: utopie of realiteit? (februari 2008) en Policy Productions, Knelpunten en oplossingen voor de inzet van arbocuratieve interventies (2010).

Burgers maken in beginsel hun eigen keuzes en zijn daarvoor ook verantwoordelijk. Informatie is daarbij van groot belang. Mensen moeten kennis hebben, op basis waarvan zij keuzes kunnen maken. De overheid heeft bij de volksgezondheid de taak om de keuze voor een gezonde leefstijl zo makkelijk mogelijk te maken. Juist daar zie ik ruimte voor verbetering. Ik wil een omslag maken in de wijze waarop informatie wordt aangeboden. Niet meer algemeen, op een breed publiek gericht en aanbodgestuurd, maar veel meer gebundeld en toegesneden op de vraag en informatiebehoefte van de burger. Daartoe moet de juiste informatie eenvoudig beschikbaar en toegankelijk zijn en aansluiten bij de leefwereld van de burger. Ongerichte massamediale leefstijlcampagnes passen hier niet in.

Naast adequate informatie voor burgers, ga ik mij de komende tijd ook inzetten voor gebundelde, betrouwbare en toegankelijke informatie voor professionals, gezondheidspartners, bedrijven en gemeenten. Dit gebeurt ondermeer via het Centrum Gezond Leven.

135

*Hoe ziet het kabinet de samenhang in het aanpakken van het gebruik van alcohol, tabak en drugs door jongeren? Op basis van welke te behalen effectiviteit en efficiëntie is dit besluit genomen?*

Er worden nu twee thema-instituten gesubsidieerd die werkzaam zijn op het terrein van (preventie van) verslavende middelen: het Trimbos instituut (alcohol en drugs) en Stivoro (roken). Het kabinet vindt dit niet efficiënt. Bovendien wordt op deze manier onvoldoende gebruikgemaakt van de beschikbare kennis op het terrein van verslaving en de preventie ervan. Er is daarom gekozen om de preventie op het gebied van alcohol, roken en drugs bij één thema-instituut onder te brengen.

136 en 137

*Klopt het dat gemeenten niet vanzelfsprekend de speerpunten uit de preventienota overnemen in het gemeentelijk gezondheidsbeleid en zelden concrete doelstellingen verbinden aan beleid dat gericht is op deze speerpunten?*

*Welke bijdrage kan en zou gemeentelijk gezondheidsbeleid moeten leveren aan het bereiken van de nationale doelstellingen?*

Gemeenten hebben hun eigen verantwoordelijkheid. Zij bepalen, op basis van lokale epidemiologische gegevens, hun speerpunten van het lokale gezondheidsbeleid. Meer dan driekwart van de gemeenten neemt daarin de landelijke prioriteiten mee.

Met de wijziging van de Wet publieke gezondheid, per 1 oktober aanstaande, dienen gemeenten voortaan wel de landelijke prioriteiten in acht te nemen. Dit betekent dat zij beargumenteerd van de landelijke prioriteiten af kunnen wijken. Daarnaast dienen zij voortaan doelstellingen, acties en resultaten op te nemen in hun nota's gemeentelijk gezondheidsbeleid.

138

*Op welke wijze zal gekomen worden tot een betere afstemming tussen het ministerie van VWS en gemeenten bij de voorbereiding van de volgende preventienota, zoals de Inspectie voor de Gezondheidszorg aanbeveelt?*

De IGZ heeft aanbevolen dat het Rijk en gemeenten gezamenlijk doelstellingen formuleren. Het is echter praktisch niet uitvoerbaar om met circa 430 gemeenten gezamenlijk afspraken te maken. Wel wordt meer samengewerkt tussen het ministerie van VWS, VNG, gemeenten en GGD'en om de verbinding tussen landelijke en gemeentelijke gezondheidsbeleid te versterken. In het najaar worden in dit kader verschillende

landelijke en lokale bijeenkomsten georganiseerd. Daarnaast zal de wijziging van de Wet publieke gezondheid, per 1 oktober aanstaande, een impuls geven om landelijke en lokale prioriteiten beter op elkaar af te stemmen.

139

*Op welke wijze zal worden vermeden dat de preventienota de suggestie wekt dat lokaal gezondheidsbeleid de volksgezondheidsproblemen kan oplossen, terwijl de mogelijkheden voor gemeenten beperkt zijn? Hebben gemeenten op dit moment voldoende mogelijkheden?*

Ik wil geenszins de suggestie wekken dat alleen het lokaal gezondheidsbeleid de volksgezondheidsproblemen kan oplossen. Gezondheid is van ons allemaal en veel partijen kunnen er een bijdrage aan leveren. In de landelijke nota is hieraan uitvoerig aandacht besteed. Daarin staat dat de rijksoverheid bijvoorbeeld middelen inzet voor gezondheidsbescherming (denk aan crisisbeheersing, infectieziektebestrijding, product- en voedselveiligheid) en tijdige opsporing van gezondheidsrisico's (bijvoorbeeld de invoering van het bevolkingsonderzoek naar darmkanker). Op het gebied van gezondheidsbevordering kunnen mensen zelf veel doen. De kracht ligt ook in de samenwerking tussen private partijen en maatschappelijke organisaties. Gemeenten kunnen daarbij een rol spelen als één van de lokale spelers. De gemeenten bepalen grotendeels zelf welke middelen zij daarvoor kunnen inzetten (zie ook het antwoord op vraag 96) en zijn belangrijk om de inzet op verschillende beleidsterreinen met elkaar te verbinden. De rijksoverheid ondersteunt hen hierbij via diverse kennis- en implementatieprogramma's. Ook zien we in toenemende mate dat gemeenten meer met elkaar gaan samenwerken op dit gebied.

140

*Op welke wijze zal ervoor worden gezorgd dat de kwaliteit van de gemeentelijke nota's gezondheidsbeleid verbetert? Welke doelstelling wordt hierbij gehanteerd?*

Met wijziging van de Wet publieke gezondheid (Wpg), per 1 oktober aanstaande, worden de nota's gemeentelijk gezondheidsbeleid procesmatig meer gestructureerd. De gemeenten dienen aan te geven wat de gemeentelijke doelstellingen zijn op het terrein van de publieke gezondheidszorg, welke acties worden ondernomen om deze doelstellingen te behalen en welke resultaten de gemeenten in die periode wensen te realiseren. Ik verwacht, samen met de IGZ en VNG, dat dit tot een kwaliteitsverbetering van de nota's zal leiden. Een specifieke landelijke doelstelling hiervoor is niet geformuleerd. De inhoudelijke toetsing van de nota's blijft de verantwoordelijkheid van de gemeenteraad. Wel bestudeert de IGZ de werking van de Wpg.

141

*Kan worden aangegeven hoe de minister tot de afweging is gekomen de gemeente aan zet te laten over preventieprogramma's in de wetenschap dat deze programma's op gemeentelijk niveau weinig resultaat behalen?*

Diverse studies en programma's, zoals het ZonMw-programma Gezonde Slagkracht, het Nationaal Actieplan Sport en Bewegen en het experiment gezonde wijk, laten zien dat er wel degelijk goede resultaten te halen zijn op gemeentelijk niveau. Een concreet voorbeeld hiervan is de implementatie van de EPODE-aanpak via het Convenant Gezond Gewicht waarin de lokale inbedding cruciaal is om jongeren mogelijkheden te geven om zichzelf op gezond gewicht te krijgen en te houden.

Preventieprogramma's vragen om lokaal maatwerk. Ze moeten aansluiten bij de leefwereld van mensen. Het ligt voor de hand dat gemeenten daarin

een rol spelen. Zij staan dicht bij de burger dan de rijksoverheid, kunnen rekening houden met de specifieke lokale omstandigheden en kunnen lokaal verbindingen tussen publieke en private partijen leggen. Gemeenten zijn in staat om concrete verbindingen tussen verschillende beleidsterreinen te leggen zoals de fysieke omgeving, (jeugd)zorg via bijvoorbeeld Centra voor Jeugd en Gezin en de vormgeving van de Wmo.

142

*Hoe ziet de minister de rol van de landelijke en lokale overheid, en de onderlinge relatie daartussen, bij de preventie en aanpak van gezondheidsproblemen van mensen met een lage sociaaleconomische status?*

Zie ook de antwoorden op de vragen 139, 140 en 141. De rol van de landelijke en lokale overheid, en de onderlinge relatie daartussen, is niet anders bij de aanpak van gezondheidsproblemen van mensen met een lage sociaaleconomische status dan bij andere bevolkingsgroepen. Het is belangrijk dat iedereen voldoende mogelijkheden heeft om te kunnen kiezen voor een gezond leven. Daar zijn op maat gesneden, betrouwbare informatie, faciliteiten om veilig in de buurt te kunnen spelen, bewegen en sporten en toegankelijke zorgvoorzieningen voor nodig. Juist mensen die minder de weg weten te vinden naar de sportclub, kunnen veel baat hebben bij veilige sport- en beweegmogelijkheden die dicht bij huis en makkelijk toegankelijk zijn.

143

*Er worden veel participatievoorzieningen overgeheveld naar gemeenten. Gemeenten hebben daarbij een grote mate van beleidsvrijheid en maken zelf keuzes. Welke sturende rol heeft het kabinet hierbij voor ogen en welke waarborgen heeft de burger dat wanneer hij verhuist naar een andere gemeente hij dezelfde voorzieningen houdt?*

De Wmo biedt gemeenten de vrijheid om keuzes te maken op het gebied van de maatschappelijke ondersteuning. Gemeenten kunnen, gevoed door actieve client- en burgerparticipatie, binnen de lokale politieke arena, lokaal maatwerk bieden aan hun burgers en integraal beleid voeren. De Wmo kent de compensatieplicht. Dit betekent dat de gemeente ondersteuning moet bieden om de beperkingen die burgers ervaren in de deelname aan de samenleving, te compenseren. Om helderheid te geven over en waarborgen te bieden voor welke resultaten de gemeente ten aanzien van de individuele burger verantwoordelijk wordt, is de staatssecretaris van VWS voornemens de compensatieplicht in de Wmo aan te passen in verband met de decentralisatie van begeleiding. Hoe de gemeente de ondersteuning vormgeeft, is aan de gemeente. Bij een verhuizing zal de nieuwe gemeente, conform de compensatieplicht, daarom opnieuw bezien of en zo ja op welke wijze ondersteuning nodig is. Dit biedt een burger met beperking zo opnieuw maatwerk in een nieuwe, andere omgeving.

144

*Ondersteuning van mantelzorgers bij dementie met casemanagement is effectief. Wat gaat het kabinet doen om de kwaliteit van de ondersteuning van mantelzorgers bij dementie te meten en te verbeteren? Wanneer gaat het kabinet de toezegging (gedaan door de staatssecretaris van VWS bij de behandeling van de VWS-begroting 2011) nakomen om casemanagement bij dementie op te nemen in het basispakket van de Zorgverzekeringswet?*

Voor het eerste deel van uw vraag, de meting en verbetering van de kwaliteit van de mantelzorgondersteuning, verwijs ik u naar de in het antwoord op vraag 100 aangekondigde beleidsbrief.

Tot nu toe is er geen uniforme regeling voor de financiering van casemanagement dementie. Afhankelijk van de lokale situatie wordt casemanagement gefinancierd uit de Zvw (DBC-GGZ), de AWBZ (stimuleringsregeling ketenzorg dementie) of door de gemeenten. Om hier meer eenheid in aan te brengen is door het kabinet toegezegd dat wordt verkend of en zo ja op welke wijze financiering op meer uniforme wijze kan plaatsvinden. Onlangs heeft het CVZ een advies uitgebracht waarin wordt geconstateerd dat het merendeel van de taken van een casemanager thuishoort in de Zvw. Daarbij constateert het CVZ ook dat het takenpakket van de casemanager meerdere activiteiten bevat, waarbij goed moet worden bezien welke van deze activiteiten reeds publiek worden vergoed. Het kabinet zal in het najaar een reactie geven op het advies van het CVZ over casemanagement dementie. Daarnaast blijven de huidige financieringsbronnen ook in 2012 beschikbaar door onder meer de continuering van de stimuleringsregeling ketenzorg dementie vanuit de AWBZ.

145

*Heeft het Rijk een vangnet voor inwoners van gemeenten die nauwelijks tot geen werk maken van lokaal gezondheidsbeleid?*

Een dergelijk vangnet is niet gepast. Wij gaan er vanuit dat de gemeenten, in het belang van hun inwoners, waarde hechten aan een goed lokaal gezondheidsbeleid. De gemeenteraad ziet daarop toe. Daarnaast staat in de Wet publieke gezondheid (Wpg) beschreven wat er van gemeenten op dit gebied wordt verwacht. Op een aantal terreinen, zoals infectieziektebestrijding en de jeugdgezondheidszorg, zijn uitvoeringstaken geformuleerd waarin de lokale beleidsvrijheid beperkt is. Op andere terreinen, zoals gezondheidsbevordering, is die lokale beleidsvrijheid groter. Landelijk ondersteunen we het lokale beleidsproces op diverse manieren. De IGZ ziet toe op de werking van de Wpg en rapporteert regelmatig over de ontwikkelingen in het lokale gezondheidsbeleid.

146

*Wanneer geeft het kabinet meer duidelijkheid over de verdere onderzoeksagenda op het gebied van preventie en leefstijl? Wat is de ambitie van het kabinet met betrekking tot deze onderzoeksagenda?*

De Landelijke nota biedt inhoudelijke input voor de onderzoeksvragen op het gebied van gezondheidsbeleid, die in het kader van de reguliere jaarlijkse onderzoeksprogrammering worden geformuleerd aan onder andere ZonMw en RIVM.

In het kader van het gezond maken van de overheidsfinanciën, heb ik ook gekeken of er besparingen kunnen worden gerealiseerd op de onderzoeksagenda, onder andere op het gebied van leefstijl. Conform de uitgangspunten van de Landelijke nota, heb ik er voor gekozen om in de onderzoeksprogramma's een omslag te maken van bestuderen naar doen. Het onderzoek zal de komende jaren vooral implementatiegericht zijn, daarnaast zal meer gebruik gemaakt worden van bestaande kennis en inzichten. In totaal levert dit 3,5 miljoen op.

147

*Kan de minister toelichten hoe het bedrag van € 5 miljoen in het Gemeentefonds voor de G31 voor gezondheidsbevordering tot stand is gekomen en in hoeverre dit toereikend zal zijn voor de doelstellingen?*

De beschikbare gelden in de decentralisatie-uitkering «Gezond in de stad» zijn in 2009 over de G-31 steden verdeeld op basis van een kostengeoriënteerde verdeelsleutel. De uitkering loopt van 2010 tot en met 2014.

In lijn met het karakter van een decentralisatie-uitkering zijn geen concrete doelen geformuleerd. Wel is de gemeenten gevraagd deze gelden in te zetten voor een integrale aanpak gericht op gezonde bewoners, een gezonde leefomgeving en een samenhangende eerstelijnszorg met preventief aanbod. Gemeenten kunnen verbindingen leggen met andere activiteiten in het kader van het stedenbeleid waaronder integratie, veiligheid en leefbaarheid. Gemeenten leggen over de realisatie van hun doelstellingen verantwoording af aan de gemeenteraad.

Op 16 december 2010 vond op het ministerie van VWS een bijeenkomst plaats met de G-31 gemeenten rond de decentralisatie-uitkering «Gezond in de stad». Op basis van de uitgewisselde informatie kan opgemaakt worden dat de decentralisatie-uitkering sec, ongeacht de grootte van de uitkering, een stimulerend effect heeft op de realisatie van projecten op het terrein van het lokaal gezondheidsbeleid.

148

*Kan de minister toelichten op welke manier de middelen die voor gezondheidsbevordering naar gemeenten gaan daadwerkelijk, doelmatig en doeltreffend voor dit doel worden ingezet?*

Gemeenten bepalen grotendeels zelf hoeveel en hoe ze middelen inzetten voor gezondheidsbevordering. Dit wordt getoetst in de gemeenteraad. Vanuit het Rijk leveren we hen instrumenten om dit doelmatig en doeltreffend te doen, bijvoorbeeld via informatie over effectieve interventies en gemeentelijke handreikingen die via het Centrum Gezond Leven van het RIVM worden verspreid. Daarnaast ziet de IGZ toe op de werking van de Wet publieke gezondheid.

Ik wil tevens inzetten op een verbrede inzet van de combinatiefuncties ondermeer voor de verbinding tussen sport en zorg.

149

*Kan de minister een inschatting maken van de inverdieneffecten (bijv. Door het uitstellen van verpleeghuisopname) van vroegtijdige opsporing van dementie?*

Ik neem aan dat u met uw vraag bedoelt de inverdieneffecten van vroegtijdige opsporing van dementie in combinatie met op de wensen en behoeften van de cliënt en zijn naasten afgestemde informatievoorziening en begeleiding, zoals casemanagement. Daarover zijn in Nederland geen wetenschappelijk onderbouwde berekeningen beschikbaar. In het kader van het Nationaal Programma Ouderenzorg verrichten het Trimbos Instituut en het NIVEL onderzoek naar de (financiële) effectiviteit van casemanagement bij dementie. Dit onderzoek zal medio 2012 afgerond worden.

150

*Zijn de middelen die voor gezondheidsbevordering naar gemeenten gaan, geoormerkt? Ziet het kabinet een mogelijkheid hierin het advies van de RVZ (d.d. 28 juni) om te sturen op gezondheidsdoelen te volgen?*

De meeste middelen voor gezondheidsbevordering zijn niet geoormerkt. Het kabinet is zeer terughoudend om direct te sturen op gemeentelijke gezondheidsdoelen. Het kabinet wil de verantwoordelijkheid daar laten waar dat die thuis hoort. De gemeenten kunnen zelf, binnen de financiële kaders van het Gemeentefonds, bepalen hoeveel financiële middelen zij hiervoor beschikbaar stellen. Er zijn enkele (meestal tijdelijke) uitkeringen en subsidies die direct aan gezondheidsbevorderende activiteiten dienen

te worden besteed zoals de decentralisatie-uitkering gezond in de stad (G31), de brede doeluitkering CJG, de projectsubsidies in het kader van ZonMw-programma's (Gezonde slagkracht, zichtbare schakel) en impuls Nationaal Actieplan Sport en Bewegen.

151

*Kan de minister garanderen dat de middelen die voor gezondheidsbevordering naar gemeenten gaan:*

- a. *Daadwerkelijk voor dit doel worden ingezet?*
- b. *Doelmatig worden ingezet?*
- c. *Doeltreffend worden ingezet?*

Zie de antwoorden op de vragen 148 en 150.

152

*Welke gevolgen heeft het voor de gezondheidszorg in Nederland als de subsidiëring van fundamenteel onderzoek wordt stopgezet?*

Alleen op het gebied van gezondheidsbevordering wordt gestopt met niet-implementatiegericht (fundamenteel) onderzoek. Het kabinet stopt dus niet met fundamenteel gezondheidsonderzoek in de brede zin van het woord zoals via de academische component van bekostiging van Universitaire Medische Centra wordt gedaan.

Dit betekent dat vanuit de rijksoverheid bijvoorbeeld geen onderzoek meer zal worden gedaan naar de ontwikkeling en het fundament van interventies (hoe werken ze, waar werken ze en waarom werken ze?). De afgelopen jaren is een groot aantal goed onderbouwde en effectieve interventies ontwikkeld en opgenomen in de i-database van het Centrum Gezond Leven. De overheid wil het goede wat er nu is maximaal benutten en niet investeren in het opnieuw uitvinden van het wiel.

De beschikbare interventies kunnen door gezondheidsprofessionals breder worden toegepast op lokaal niveau. Onderzoek vanuit de rijksoverheid zal zich meer gaan richten op de wijze waarop deze interventies breder kunnen worden ingezet, met zichtbare resultaten in de dagelijkse praktijk. Als het echter gaat om evidente hiaten, bijvoorbeeld interventies voor kwetsbare groepen, blijft maatwerk mogelijk en noodzakelijk, maar wel zoveel mogelijk opgezet vanuit bestaande kennis en interventies. Omdat er, vanuit het Centrum Gezond Leven en ZonMw-programma's, meer dan voorheen wordt ingezet op het implementeren van bestaande effectieve interventies wordt verwacht dat dit juist positieve effecten zal hebben.

153

*In het regeerakkoord wordt veel aandacht besteed aan de positie van ouderen. Om hen zo lang mogelijk zelfstandig te laten leven is goede gezondheid nodig. Voldoende bewegen is daarvoor van belang. Wat wil de minister doen om de zelfstandigheid van ouderen zo lang mogelijk te behouden en welke rol spelen sport en bewegen daarbinnen?*

Het Wmo-kader biedt ruimte om de zelfstandigheid en zelfredzaamheid van ouderen te bevorderen. Steeds meer gemeenten zetten de eigen kracht en het sociale netwerk van aanvragers van Wmo-voorzieningen centraal.

Bij de zelfstandigheid van mensen gaat het ook om het zo lang mogelijk zelfstandig kunnen blijven wonen in de vertrouwde wijk of buurt. Dat stimuleert mensen om zoveel mogelijk zelf te blijven doen terwijl in een intramurale setting in de praktijk sneller allerlei zaken in en rondom het huishouden worden overgenomen door professionals. Met het Actieplan «Beter (t)huis in de buurt» en het daaruit voortvloeiende ondersteuningsprogramma voor gemeenten en hun samenwerkingspartners «Wonen +

welzijn + zorg: maak het samen!» wordt lokale samenwerking en regievoering door gemeenten op het terrein van wonen, welzijn en zorg gestimuleerd. De overheveling van de functie begeleiding van de AWBZ naar de Wmo geeft meer mogelijkheden voor verdere integratie.

Sporten en bewegen draagt voor ouderen bij aan hun zelfredzaamheid, maatschappelijke participatie en gezondheid. Verminderde mobiliteit en balans zijn belangrijke risicofactoren voor vallen bij ouderen, waarbij valincidenten de meest voorkomende privé-ongevallen bij ouderen zijn. Door te investeren in valpreventie-programma's kan jaarlijks flink worden bespaard op medische kosten als gevolg van valongelukken en wordt veel menselijk leed voorkomen.

Binnen het in 2012 startende programma «Sport en bewegen in de buurt» wordt aandacht besteed aan het realiseren van sport- en beweegmogelijkheden in de buurt die aansluiten op de wensen van die doelgroepen waarvoor het niet vanzelfsprekend is om te sporten en bewegen (zoals zelfstandig wonende ouderen). Daarnaast is gebleken dat ouderen in verzorgingstehuizen nauwelijks bewegen. Via het programma «Sport en bewegen in de buurt» wil het kabinet tevens realiseren dat er ook in en rondom woonzorginstellingen meer beweegaanbod komt, op maat gesneden voor deze ouderen.

154

*Investeren in valpreventie loont. De minister geeft in de gezondheidsnota aan valpreventie een belangrijk onderwerp te vinden omdat dit lichamelijk letsel en sociaal isolement kan voorkomen en daarmee bijdraagt aan de zelfstandigheid van ouderen. Op welke manier wil de minister vallen van ouderen voorkomen?*

Blijvend en voldoende intensief sporten en bewegen is voor de gezonde oudere de basis voor de preventie van vallen en het oplopen van letsel door een val (zie ook het antwoord op vraag 153). Consument en Veiligheid en NISB ondersteunen diverse methodieken zoals *In Balans, Bewegen valt goed* en *Mag ik deze dans van u?*. De aanpak van vallen bevat verder een aantal elementen zoals de ondersteuning van lokale partijen bij het coördineren en organiseren van valpreventieactiviteiten en valpreventienetwerken. Zo komt later dit jaar een aanvulling op de Gemeentelijke Handreiking uit die zich toespitst op letselpreventie, waarin valpreventie uitgebreid aan de orde komt. Vooral voor de kwetsbare oudere wordt aandacht besteed aan de ondersteuning van zorginstellingen bij het opzetten van integraal veiligheidsmanagement en het verbeteren van de veiligheidscultuur en de ondersteuning van professionals in de eerste lijn. Zorgverleners uit de eerste lijn werken momenteel multidisciplinair aan de verbetering van signalering van valrisico's en het voorkomen van lichamelijke letsels bij ouderen. Verspreiding van kennis wordt onder andere ingevuld door het kennisnetwerk Valpreventie. Dit voedt ook de voorlichting via ouderenbonden en lokale (professionele) netwerken om ouderen ook zelf bewust te maken wat zij kunnen doen en hoe zij het valrisico van zichzelf of van een ander kunnen voorkomen.