

# Gezond zijn, gezond blijven

## Een visie op gezondheid en preventie



Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport  
Den Haag, september 2007



| <b>Inhoudsopgave</b>  | <u>pagina</u> |
|---|---------------|
| <b>Voorwoord – Gezond zijn, gezond blijven</b>                          | <b>5</b>      |
| <b>1. Inleiding</b>   | <b>7</b>      |
| <b>2. Gezondheid in Nederland</b>                                       | <b>9</b>      |
| 2.1 Inleiding   | 9             |
| 2.2 Gezondheid: een maatschappelijke kernwaarde                         | 9             |
| 2.3 Gezondheid in Nederland   | 10            |
| 2.4 Toename aantal chronisch zieken                                     | 11            |
| 2.5 Verschillen in gezondheid   | 11            |
| <b>3. Belangen, verantwoordelijkheden en vormen van preventie</b>       | <b>13</b>     |
| 3.1 Inleiding   | 13            |
| 3.2 Analyse van belangen en verantwoordelijkheden                       | 13            |
| 3.3 Parallellie van gerechtvaardigde belangen en samenwerken            | 15            |
| 3.4 Vormen van preventie  | 16            |
| <b>4. Verbinding tussen gedrag en omgeving</b>                          | <b>21</b>     |
| 4.1 Inleiding   | 21            |
| 4.2 Koesteren van gezondheidsbescherming en ziektepreventie             | 21            |
| 4.3 Individueel gedrag  | 22            |
| 4.4 Omgevingsfactoren   | 23            |
| 4.5 De werkomgeving en de factor arbeid                                 | 24            |
| 4.6 Lange adem en actie op meerdere fronten                             | 25            |
| <b>5. Verbinding tussen preventie en zorg</b>                           | <b>27</b>     |
| 5.1 Inleiding   | 27            |
| 5.2 Zorg om de reguliere preventie                                      | 27            |
| 5.3 Preventie in de reguliere zorg                                      | 27            |
| 5.4 Maatregelen, randvoorwaarden en innovatie                           | 30            |
| <b>6. Bestuurlijke omgeving: verbinden, samenwerken en moderniseren</b> | <b>33</b>     |
| 6.1 Inleiding   | 33            |
| 6.2 Preventiecyclus   | 33            |
| 6.3 Lokaal beleid   | 34            |
| 6.4 Modernisering van de openbare gezondheidszorg                       | 34            |
| 6.5 Beter kennisbeheer als onderdeel regiefunctie van de rijksoverheid  | 34            |
| 6.6 Kennis over kosteneffectiviteit                                     | 35            |
| 6.7 Gezondheid als voorwaarde voor én resultaat van meedoen             | 35            |
| 6.8 Centra voor Jeugd en Gezin  | 36            |
| 6.9 Verbetering van handhaving en toezicht                              | 36            |
| 6.10 Internationaal samenwerken en internationale contacten benutten    | 36            |
| <b>7. Slot</b>  | <b>39</b>     |
| <b>Belangrijkste bronnen</b>  | <b>41</b>     |



## Voorwoord - Gezond zijn, gezond blijven

‘Gezond zijn en blijven’ willen we allemaal. Jong en oud. Gedurende de achtereenvolgende levensfasen krijgt deze wens een ander gezicht en andere prioriteiten. In de jonge jaren gaat het om een gezonde start, gezondheidsopvoeding, gezond opgroeien. Volwassenen, in de kracht van het leven, moeten vooral het goede voorbeeld geven en investeren in hun eigen gezondheid. Tijdens de ouderdom is het belangrijk om te koesteren wat er is. Voor mensen met chronische aandoeningen gaat het om het optimaliseren van de kwaliteit van leven. Kortom: gezondheid is voor ieder individu een essentiële waarde. Investeren in gezondheid levert rendement op, namelijk langer werken en leven in goede gezondheid. Voor een bloeiende economie is gezond leven eveneens een belangrijke bouwsteen. Of zoals de Engelsen zeggen: ‘health is wealth’.

Een gezond Nederland is een voorwaarde voor een welvarend Nederland. De gezondheidszorg onderhoudt menselijk talent en draagt eraan bij dat Nederland in de top komt van Europa. Een land waar verschillen in gezondheid tussen groepen klein zijn. Voor zo’n gezond Nederland moet nog veel gebeuren. Ons land is de afgelopen jaren van de top in gezondheid terecht gekomen in de Europese middenmoot. Gezondheidsverschillen blijken hardnekkig.

Het voorkomen van vermijdbare gezondheidsschade is een verantwoordelijkheid van ons allemaal. Een dominant vertrouwen op het vermogen van onze curatieve zorg om alle gezondheidsproblemen op te lossen is niet realistisch en gaat aan die verantwoordelijkheid voorbij. Daarom is er een bredere visie op gezondheid en preventie nodig.

Voor de realisering van die visie is het van belang om op zoek te gaan naar de ‘parallellie van belangen’: gezondheid als een gerechtvaardigd belang in nauwe samenhang met andere gerechtvaardigde belangen. Het is nodig vast te stellen hoe die belangen elkaar versterken en waar gezondheid ten dienste kan zijn aan andere belangen.

Een gezond Nederland is een opgave voor ons allemaal: van Haagse beleidsmaker en lokale wethouder, arts en gezondheidsbevorderaar, verzekeraar en verzekerde, tot bewoner van een ‘villawijk’ of een ‘krachtwijk’.

Samen werken aan een lang, gezond en productief leven in een gezond Nederland.

Mede namens de minister voor Jeugd en Gezin en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Dr. A. Klink



# 1. Inleiding

De gezondheid in Nederland is niet zoals die zou kunnen zijn. De cijfers spreken duidelijke taal. Nederland blijft achter bij andere landen en de verschillen in gezondheid tussen bevolkingsgroepen blijven onveranderd groot. Met dit document schetst het kabinet hoe het gezondheidsbeleid opnieuw vorm moet krijgen en welke uitgangspunten het daarbij hanteert. Het gaat daarbij om een visie: een duidelijk beeld van de huidige situatie, een helder wensbeeld van de te bereiken situatie en aanwijzingen voor de weg daarheen.

In 2006 bracht het kabinet de nota 'Kiezen voor gezond leven' uit, als onderdeel van de wettelijke preventiecyclus. Deze nota richtte zich vooral op gezondheidsbevordering. Op basis van een gedegen analyse van de problemen zijn de volgende speerpunten vastgesteld: roken, problematisch alcoholgebruik, overgewicht, diabetes en depressie. Deze speerpunten blijven onverkort van kracht. Tegelijkertijd constateerde de nota dat nieuwe strategieën, soms van nieuwe actoren en partijen, nodig zijn om de gezondheidsproblemen van de 21<sup>e</sup> eeuw het hoofd te bieden. Daar gaat dit document vooral over. Het zet langjarige lijnen en denkkaders uit waarmee het ministerie, maar vooral ook zijn partners, strategieën en actieplannen zullen ontwikkelen voor een gezond Nederland. Waar naast 'ziekenzorg' ook de letterlijke betekenis van het woord 'gezondheidszorg' zal gelden en waar gezondheid een gerechtvaardigd belang is tussen andere gerechtvaardigde belangen.

Als het goed is, zult u veel van het geschrevene herkennen. Vele adviezen van eminente raden en instituten over hoe gezondheidsbeleid vorm zou kunnen krijgen, zijn de afgelopen jaren verschenen. Uit onderzoek en rapportages is rijkelijk geoogst. Vooral de publicaties van het RIVM, de Gezondheidsraad, de Nederlandse Public Health Federatie (NPHF), het Public Health Forum, het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP) en het recente advies 'Publieke Gezondheid' van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg waren belangrijke bronnen. Maar ook organisaties die zich tot voor kort vooral met de curatieve zorg bezighielden, publiceren over 'preventie'. Zo is de preventievisie van de KNMG (Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunst) onlangs verschenen, heeft het College Voor Zorgverzekeringen (CVZ) in juli een advies over preventie uitgebracht en verschijnt eind 2007 de visie op preventie van de Nederlandse Consumenten en Patiënten Federatie (NPCF). Waar al mogelijk zijn deze recente opvattingen over preventie in de onderhavige visie van VWS verwerkt.

Deze visie begint in hoofdstuk twee en drie met een analyse van de gezondheidstoestand in Nederland en de daarmee verbonden belangen. De hoofdlijnen van de visie staan in hoofdstuk vier en vijf in twee grote lijnen: de relatie tussen het individu en zijn omgeving en de verbinding tussen de preventieve sector en de andere sectoren in de gezondheidszorg. Hoofdstuk zes geeft een beeld van wat er moet gebeuren om de bestuurlijke context te verbeteren en te vernieuwen. Met deze visie in de hand wil VWS samen met zijn partners de komende jaren vorm geven aan een gezond Nederland.





## 2. Gezondheid in Nederland

### 2.1 Inleiding

De gezondheid in Nederland kan veel beter. Hoewel de levensverwachting gemiddeld nog licht stijgt, stagneert deze vrijwel voor vrouwen. Nederland blijft achter bij andere Europese landen en er zijn hardnekkig grote verschillen tussen bevolkingsgroepen. In dit hoofdstuk wordt het belang van gezondheid geschetst. Tevens geeft het een beeld van hoe het ervoor staat met de gezondheid in ons land en wat de toekomstperspectieven zijn<sup>1</sup>.

### 2.2 Gezondheid: een maatschappelijke kernwaarde

Gezondheid is belangrijk voor mensen om te kunnen leven en te kunnen werken. Het is een randvoorwaarde voor het functioneren van onze samenleving en het behoud en het ontwikkelen van onze welvaart. Gezond zijn en gezond blijven is niet vanzelfsprekend en vraagt voortdurende aandacht en permanente actie. Gezondheid wordt meestal door mensen als belangrijkste aspect van hun leven genoemd. In de praktijk kiezen mensen toch vaak, bewust of onbewust, voor ongezond gedrag. Het resultaat is te vaak dat mensen te maken krijgen met vermijdbare aandoeningen, soms van chronische aard. Dat is belastend voor het individu, maar ook voor derden zoals het gezin of de werkkring. Het belast ook de gezondheidszorg. Middelen voor de zorg zijn schaars. We krijgen bovendien te maken met schaarste op de arbeidsmarkt en wellicht te weinig verpleegkundigen.<sup>2</sup> Ook daar ligt een reden om vermijdbare gezondheidsschade daadwerkelijk te voorkomen. We moeten van nazorg naar voorzorg. In toenemende mate wordt daarom ingezien dat gezondheid en de zorgsector ook een positieve bijdrage leveren aan de samenleving. Gezonde burgers dragen bij aan de vitaliteit van de samenleving. De gezondheidszorg in brede zin onderhoudt en produceert, evenals het onderwijs, menselijk talent. Gezondheidszorg kost niet alleen geld; zij heeft de samenleving ook veel te bieden.

#### **Definitie gezondheid**

*Gezondheid is een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welzijn en niet slechts de afwezigheid van ziekten of andere lichamelijke gebreken.*

Preambule Constitutie, World Health Organisation (WHO)

---

1. Voor meer informatie over gezondheid in Nederland, zie: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006: Zorg voor gezondheid*. RIVM, 2006 en de volgende website van het RIVM: [www.nationaalkompas.nl](http://www.nationaalkompas.nl)

2. *Schattingen geven aan dat bij een gelijkblijvende arbeidsproductiviteit het extra benodigde beslag van de zorgsector 500.000 bedraagt en daarmee ver uitgaat boven de verwachte groei van de werkzame beroepsbevolking in heel Nederland (250.000 werknemers). Beperken van de groei van de zorgvraag door preventie is een belangrijk aangrijpingspunt voor beleid. Als het beroep op AWBZ-zorg met 10% beperkt wordt, levert dat een besparing van ± 90.000 arbeidsplaatsen op.*

## 2.3 Gezondheid in Nederland

Tal van nieuwe bedreigingen of oude bekende risico's voor de gezondheid zijn in onze samenleving aanwezig. Kwamen de gevaren vroeger overwegend 'van buiten', tegenwoordig zijn er ook veel gezondheidsbedreigingen die mensen, meestal onbedoeld, zelf creëren.

Ondanks dat de levensverwachting van de Nederlander nog altijd licht stijgt en de gewonnen levensjaren meestal gezonde jaren zijn, bevindt ons land zich 'slechts' in de Europese middenmoot. Ziekten die tegenwoordig veel vroegtijdige sterfte en verlies aan kwaliteit van leven veroorzaken, hangen vaak samen met de leefstijl eerder in de levensloop. Er zijn paradoxale relaties tussen welvaart en gezondheid ontstaan: door toegenomen welvaart kan 'iedereen' zich ongezond leven veroorloven, zoals roken, overmatig eten of drinken. Het huidige gedrag bepaalt voor een deel de gezondheid van de toekomst. En dat gedrag is niet onverdeeld gunstig, vooral de jeugd maakt vaak een te slechte start.

Zo is overgewicht een snel groeiend probleem. Ook onder kinderen groeit het aantal ernstige gevallen gestaag. De combinatie van steeds minder bewegen in het dagelijks leven en meer en ongezonder eten brengt het zicht op 'Amerikaanse toestanden' dichterbij. Overgewicht hangt samen met diabetes type 2, een verhoogde kans op hart- en vaatziekten en vroegtijdige sterfte. Kinderen met obesitas lopen bovendien meer kans op psychosociale problemen. Pesten, een negatief zelfbeeld en schoolverzuim komen vaker voor bij kinderen met obesitas. Het verschil in levensverwachting tussen een persoon met obesitas en iemand met een gezond gewicht is 4½ jaar. De kosten van de gezondheidszorg die met overgewicht samenhangen, zijn circa € 1,2 miljard. De economische schade als gevolg van overgewicht en obesitas door verzuim en arbeidsongeschiktheid bedraagt niet minder dan ongeveer € 2 miljard per jaar.

Ook wat alcoholgebruik en roken betreft moet Nederland zich zorgen maken. Terwijl Nederlandse volwassenen tot de grootste rokers van Europa behoren, mag onze jeugd zich tot de zware drinkers rekenen. Eén op de drie mensen van 15 jaar of ouder rookt, bijna twee keer zoveel als landen als Canada, de Verenigde Staten en Zweden. Binnen de OECD-landen wordt alleen in Luxemburg, Hongarije en Griekenland meer gerookt. Absolute koploper zijn we zelfs met de tabaksconsumptie in kilo's per hoofd van de bevolking. Rokende mensen leven gemiddeld zeven jaar korter dan niet-rokers. De zorgkosten die samenhangen met roken zijn ongeveer € 2½ miljard per jaar.

Op het gebied van alcoholconsumptie door jongeren bezet Nederland een twijfelachtige eerste plaats. Met alcohol als zodanig hoeft niets mis te zijn. Overmatig drinken heeft echter niet zelden verstrekende, schadelijke gevolgen, voor jongeren en voor de openbare orde. Bijna tweederde van de twaalfjarigen heeft al alcohol gedronken. Los van de gezondheidsschade die dat, zeker bij jonge kinderen oplevert, geeft het ook veel overlast. Schattingen geven aan dat tenminste 40 procent van het politieoptreden in de weekeinden te maken heeft met drankgebruik. Ruim 27 procent van alle geweldsdelicten gaat met alcohol gepaard. Meer dan vijf procent van de burgers heeft overlast van dronken personen op straat. Bovendien is 25–30 procent van de verkeersdoden het gevolg van alcohol.

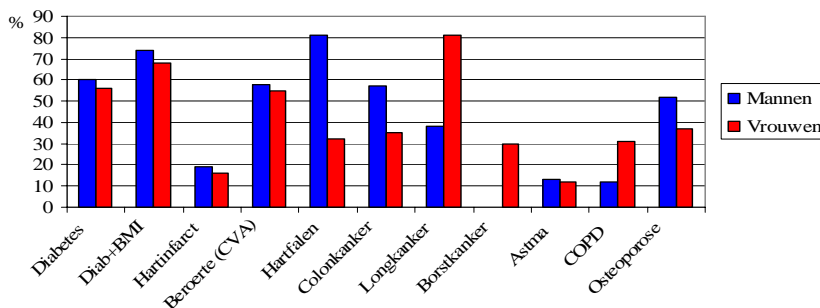
Ook de samenleving als geheel zal gevolgen van ongezond gedrag ondervinden. Stijgende ziektekosten, een extra belasting van het schaarse zorgaanbod en van de schaarse capaciteit aan werknemers in deze sector, maar ook een toenemende arbeidsuitval en investeringen in aanpassingen van dagelijkse voorzieningen (van zitplaatsen in het openbaar vervoer tot ziekenhuisbedden) zijn het vooruitzicht.

De keerzijde van dit alles is dat de gezondheidszorg een enorme bijdrage kan leveren aan de samenleving, zowel preventief als curatief.

## 2.4 Toename aantal chronisch zieken

Vermijdbare ziektelast leidt tot extra druk op onze gezondheidszorg. Ruim 70 procent van de uitgaven in de zorg gaat naar mensen met een chronische ziekte. Het RIVM heeft berekend dat de komende 20 jaar (2005-2025) het aantal mensen met een chronische aandoening flink toeneemt. Dit komt vooral door de vergrijzing van de bevolking, maar ook ongezond gedrag speelt een belangrijke rol. Veel van deze chronische ziekten zijn veroorzaakt of verergerd door een ongezonde leefstijl waaronder roken, te weinig bewegen, ongezond eten. Vaak treedt er ook een stapeling op van chronische aandoeningen, de zogenoemde multi-morbiditeit.

Figuur 1. Stijging (in %) van belangrijkste chronische aandoeningen 2005-2025



Bron: RIVM, Vergrijzing en toekomstige ziektelast, juli 2007

Figuur 1. laat de relatieve toename van verschillende ziekten zien. De figuur illustreert bijvoorbeeld dat, als het aantal mensen met overgewicht in hetzelfde tempo blijft toenemen, diabetes met ruim 70 procent zal stijgen naar 940.000 in 2025. In 2025 verwachten we 540.000 mensen met COPD (chronische obstructieve longziekte): een toename met 12 procent bij mannen en maar liefst 30 procent bij vrouwen. Voor de risicogroepen is het allereerst van belang dat men de aandoening niet krijgt, of pas op latere leeftijd. Mocht iemand de aandoening wel krijgen dan is het belangrijk dat die persoon kan rekenen op een goede secundaire en tertiaire preventie.

Chronische ziekten verlagen de kwaliteit en de lengte van het leven en veroorzaken maatschappelijke kosten doordat een beroep moet worden gedaan op zorg en mantelzorg, en een lagere arbeidsproductiviteit en arbeidsparticipatie<sup>3</sup>. Preventie en gezond gedrag helpen de persoonlijke en maatschappelijke gevolgen van chronische ziekten te beperken.

## 2.5 Verschillen in gezondheid

Terwijl Nederland in Europees perspectief gezien is afgezak naar een plaats in de middenmoot, bestaan ook regionaal en lokaal aanzienlijke verschillen in gezondheid en het vóórkomen van risicofactoren voor ziekte en sterfte. Zo is het verschil tussen regio's met de hoogste en de laagste gezonde levensverwachting 15 jaar. De gezondheid van mensen met een lage sociaal-economische status is op bijna alle fronten slechter dan die van de Nederlander met een hoge sociaal-economische status. Zij ervaren hun gezondheid vaak als minder goed en ze hebben vaker

chronische aandoeningen en beperkingen. Ook allochtonen vormen een kwetsbare groep als het om gezondheid gaat. Dat blijkt onder meer uit het boven gemiddelde percentage personen met overgewicht en een hoger sterfterisico onder allochtone kinderen.

De analyse van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) is duidelijk: sociaal-economische en etnische gezondheidsachterstanden zijn de afgelopen decennia hardnekkig gebleken. Bovendien zijn zij sterk verweven met achterstanden op andere terreinen. Gezondheidsverschillen zijn het grootst op het niveau van buurten en wijken. Een 'goedkope' buurt met een slechte kwaliteit van woningen, minder gunstige omgevingskenmerken en gebrekkige voorzieningen, selecteert vooral kansarmen, terwijl kansrijke burgers er juist wegtrekken. Ook de slechte kwaliteit van woningen en de lokale omgeving zelf hebben een ongunstige invloed op de gezondheid. Bovendien kunnen heersende sociale normen voor (on)gezond gedrag en omgang met elkaar ongunstig uitpakken voor gezondheid in de buurt. Slecht voorbeeld doet volgen.

#### **Kernpunten**

- Gezondheid is een belangrijke kernwaarde die voortdurende aandacht en actie vraagt.
- Gezondheid en de zorgsector leveren een positieve bijdrage aan de samenleving. Gezonde burgers dragen bij aan de vitaliteit van de samenleving. De gezondheidszorg in brede zin onderhoudt en produceert menselijk talent.
- De gezondheid in Nederland kan veel beter. Nederland blijft achter bij andere Europese landen.
- Verschillen in gezondheid tussen groepen zijn erg groot.
- Alert blijven op oude en nieuwe gezondheidsbedreigingen is nodig.
- Ziekten die tegenwoordig veel vroegtijdige sterfte en verlies aan kwaliteit van leven veroorzaken, hangen vaak samen met de leefstijl eerder in de levensloop. Er is vooral nog winst te behalen door gezond gedrag.
- Preventie is ook nodig om te voorkomen dat de zorg in de toekomst onnodig belast wordt. Goede aanwending van schaarse middelen (financiën en arbeidskrachten) is van belang voor een houdbare solidariteit met zieke mensen. Preventie kan bijdragen aan het afvlakken van het personeelstekort.

## 3. Belangen, verantwoordelijkheden en vormen van preventie

### 3.1 Inleiding

Investeren in gezondheid kan de kwaliteit van leven verbeteren, de arbeidsproductiviteit verhogen en ons weer aan de Europese top brengen. Het ministerie van VWS beschouwt het leveren van een bijdrage aan de samenleving als onderdeel van zijn missie. In de complexe maatschappij van vandaag de dag zijn er diverse actoren die hun belangen en verantwoordelijkheden hebben. Mensen zelf hebben natuurlijk belang bij hun eigen gezondheid. Maar ook anderen - familie en verwanten, de directe leef- en werkomgeving, de overheid en de zorgsector - zijn belangrijke partijen bij gezondheid van individuen en van de samenleving als geheel. In werkelijkheid zijn de verhoudingen complex en lopen verantwoordelijkheden en belangen door elkaar heen, soms zelf in tegengestelde richting. Dit hoofdstuk beschrijft ook kort de verschillende vormen van preventie, die samen met de analyse van belanghebbenden de basis vormen voor de volgende hoofdstukken.

### 3.2 Analyse van belangen en verantwoordelijkheden

#### *De persoon*

**Belang:** Iedereen heeft baat bij een gezond of zo gezond mogelijk leven. Een lang leven waarbij een mens zoveel mogelijk jaren als gezond ervaart, is vaak de basis voor geluk, onafhankelijkheid en het kunnen meedoen en bijdragen aan de samenleving. Dat doet overigens niets af aan de zinvolheid van een leven met beperkingen en het betekent ook niet dat daarin geen geluk of onafhankelijkheid kan worden gevonden. Mensen bepalen de eigen kwaliteit van leven onder meer door de manier waarop zij omgaan met tegenslagen. Dat neemt echter niet weg dat gezondheid en welbevinden belangrijk zijn.

**Verantwoordelijkheid:** mensen zijn in de eerste plaats zelf verantwoordelijk voor hun gezondheid en voor het omgaan met verminderde gezondheid. Zij zijn over het algemeen bekend met gedrags- en risicofactoren. In veel gevallen kunnen mensen zelf beïnvloeden of gezondheidsproblemen ontstaan en of bestaande problemen verergeren. Iedereen dient te beseffen dat de manier waarop zij met hun (on)gezondheid omgaan, directe invloed kan hebben op anderen en daarmee een beroep doet op hun solidariteit. Dat geldt vooral voor verwanten.

#### *Familie en verwanten*

**Belang:** familie en vrienden hebben belang bij gezondheid en gezond gedrag van hun naasten. Het is onderdeel van hun geluk en de kwaliteit van leven. Ouders hebben belang bij gezonde kinderen, kinderen bij gezonde ouders. Ziekte geeft onzekerheid en zorgen voor familie en vrienden. Ongezondheid en ziekte in de directe omgeving kan erg belastend zijn en op lange termijn zelfs ziekmakend.

**Verantwoordelijkheid:** het belang dat een mens heeft bij de gezondheid van zijn of haar verwanten, betekent ook dat hij of zij verantwoordelijkheid heeft voor de eigen gezondheid. In de eerste plaats geldt dat voor ouders. Zij zijn verantwoordelijk voor het welzijn van hun kinderen en voor een gezonde opvoeding. Zij zijn ook verantwoordelijk voor hun eigen gezondheid, zodat ze de opvoeding goed ter hand te kunnen nemen.

#### *De directe omgeving*

De leefomgeving van personen buiten een kring van familie en verwanten – de ‘settings’ - zijn de plekken waar mensen een (soms groot) deel van hun tijd doorbrengen, zoals een woonwijk, werkplek, school of sportclub.

**Belang:** niet alleen mensen uit de directe kring, maar ook anderen hebben baat bij de gezondheid van een persoon. Hoe gezonder individuele personen zijn en hoe meer risico's zij nemen met hun

gezondheid, is mede bepalend voor de leefbaarheid en kwaliteit van wijken en buurten. Werkgevers op hun beurt hebben belang bij gezonde, productieve werknemers en een laag ziekteverzuim. Gezond personeel draagt bij aan een gezond bedrijf, een hogere arbeidsproductiviteit en winstgevendheid van ondernemingen. Ondernemers en bedrijfssectoren (bijvoorbeeld de voedings- en alcoholindustrie, slijters etc.) hebben belang om reputatieschade te voorkomen. Een gezond imago, zowel voor het product als het bedrijf, begint een steeds belangrijker begrip te worden. Onderwijzers zien graag fitte, uitgeslapen en nuchtere leerlingen in hun klas. Dat geeft makkelijker les, maar komt ook de schoolprestaties ten goede.

**Verantwoordelijkheid:** ook hier zijn belangen verbonden met verantwoordelijkheden. Iedereen heeft een zekere verantwoordelijkheid voor de gezondheid van andere mensen in dezelfde omgeving. Een leraar voor de klas moet ouders of leerlingen kunnen aanspreken op vermoeidheid of risicovol gedrag bij leerlingen. Werkgevers hebben grote invloed op het welzijn van werknemers, bijvoorbeeld door de inrichting van het gebouw en de werkplek, maar ook door een organisatiestructuur en faciliteiten beschikbaar te stellen die gericht zijn op gezondheid. Met de nieuwe Arbeidsomstandighedenwet van 2007 ligt de primaire verantwoordelijkheid voor arbeidsomstandigheden bij de ondernemingen. Werkgevers en werknemers hebben meer mogelijkheden om het beleid samen in te vullen. Gezondheidsaspecten kunnen hiervan een onderdeel zijn. Werkgevers kunnen werknemers relatief eenvoudig stimuleren door een gezonde catering, de gelegenheid te bieden om te sporten of door een fietsvergoeding te verlenen. De bedrijfsarts speelt een belangrijke rol bij het signaleren van stress, overgewicht en beroepsziekten. De wijze waarop grote werkgevers en werkgevers in het midden- en kleinbedrijf invulling geven aan preventie verschilt.

### ***De overheid***

**Belang:** de overheid is de bewaker van de collectieve belangen en heeft als taak voorwaarden te creëren voor een vitale en rechtvaardige samenleving, met een gezonde economische basis. Optimale gezondheid van mensen en optimale gezondheidsomstandigheden zijn daar belangrijke determinanten van. Onnodig verlies van gezondheid, ziekteverzuim en een onnodige stijging van de zorgkosten<sup>4</sup> zijn ongewenste vormen van welvaartsverlies. Zeker nu mede ten gevolge van de vergrijzing de zorgkosten toenemen en zich schaarste op de arbeidsmarkt gaat aftekenen, is het van belang zorgvuldig te zijn met de aanwending van schaarse middelen en de zorg niet onnodig te belasten. Ook daarom is preventie van belang.

**Verantwoordelijkheid:** het is de kerntaak van de overheid verantwoordelijkheid te nemen in die gevallen waar verschillende belangen niet noodzakelijkerwijs gelijk lopen. De overheid gaat ervan uit dat mensen zelf het beste in staat zijn keuzes te maken in overeenstemming met eigen voorkeuren en op basis van wat de markt aanbiedt. Dat geldt ook voor de leefstijl. De markt beïnvloedt de keuzes die mensen maken en de fysieke en sociale omgeving bepaalt vaak de bandbreedte waarbinnen mensen kiezen voor gezond gedrag. De inrichting en spelregels in die omgeving raken vaak collectieve taken van de overheid. Mensen kunnen last hebben van de keuzes van anderen (externe effecten). Soms kunnen mensen, bijvoorbeeld kinderen of soms verslaafden, de 'beste' keuze (nog) niet zelf maken (informatievoorziening voor de burger). Ook neemt de overheid uit oogpunt van rechtvaardigheid soms een bepaalde verantwoordelijkheid voor mensen die het slechtst af zijn in de samenleving (normatieve overwegingen). Het interdepartementaal beleidsonderzoek (IBO) preventie van juni 2007, dat zich richt op de doelmatigheid van

---

*4 Daarbij moet worden gezegd dat het besparen op zorgkosten door preventie vooral betrekking heeft op de middellange termijn. Op de korte en lange termijn kost preventie, net als bij levensverlengende curatieve ingrepen, geld. Op de korte termijn in verband met de uitgaven voor preventiebeleid en op de lange termijn in verband met de extra consumptie van zorg en bijvoorbeeld langer gebruik van de AOW. De relatie is complex want er zijn ook andere indicaties. Het kabinet wil er overigens geen misverstand over laten bestaan dat het juist de gezondheidswinst is, naast een verbeterde kwaliteit van leven, die als de intrinsieke waarde en baat van preventie moet worden gezien en die het investeren in preventie de moeite waard maakt.*

gezondheidsbevordering, biedt een leidraad. Het rapport onderscheidt drie verschillende motieven voor overheidsinterventies in relatie tot de leefstijl van mensen:

- 1) *externe effecten*: dit zijn effecten van ongezond gedrag die neerslaan bij anderen;
- 2) *informatietekort*: de omstandigheid dat mensen onvoldoende informatie hebben om een goede afweging te kunnen maken;
- 3) *normatieve overwegingen*: de overheid kan van mening zijn dat het gedrag van mensen niet in hun eigen belang is (paternalisme) dan wel dat zij een bijzondere verantwoordelijkheid heeft voor mensen in achterstandssituaties (solidariteit).

### ***Bedrijfsleven***

**Belang:** Het eerste belang van het bedrijfsleven ligt in bedrijfscontinuïteit en dus winstgevendheid. Dat wordt soms als tegengesteld belang van gezondheid gezien, vooral in sectoren die veel met (on)gezondheid geassocieerd worden, zoals de agrosector, voeding en levensmiddelen, de frisdrank- en alcoholindustrie en de horeca. Die belangen lopen ook niet altijd parallel. Maar ondernemers en bedrijfssectoren hebben ook belang bij een gezonde bevolking en willen uiteraard reputatieschade voorkomen. Een gezond imago, zowel voor product als bedrijf, wordt een steeds belangrijker begrip. **Verantwoordelijkheid:** Juist vanuit het oogpunt van een goed imago en in het licht van maatschappelijk ondernemen, nemen ondernemers en bedrijven hun verantwoordelijkheid voor gezondheid.

### ***De gezondheidsector***

**Belang:** Het doel van de sector is niet alleen het zorgen voor zieken, maar het bereiken van optimale gezondheid. De openbare gezondheidszorg (OGZ), de cure, de care en de zorgverzekeraars hebben allemaal belang bij het voorkomen van gezondheidsverlies. De sector heeft vanwege zijn schaarse middelen een belang bij preventie, bij voorzorg in plaats van nazorg. **Verantwoordelijkheid:** alleen al vanuit hun beroepscode en professionele overtuiging hebben zorgaanbieders en gezondheidswerkers een speciale verantwoordelijkheid om zo veel mogelijk gezondheidswinst te boeken. Zorgverzekeraars hebben vanuit hun eigen bedrijfscontinuïteit en hun maatschappelijke verantwoordelijkheid de taak om gezondheid te bevorderen, onder meer met preventieve activiteiten. Om solidariteit te handhaven moeten partijen zich inspannen om door effectief en efficiënt te werken, de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid zeker te stellen. Preventie zal meer en meer een plaats moeten krijgen, ook in de zorg zelf.

## **3.3 Parallelie van gerechtvaardigde belangen en samenwerking**

De belangen en verantwoordelijkheden van de genoemde partijen voor gezondheid zijn met elkaar verstrengeld. Soms is gezondheid het vertrekpunt, maar er zijn ook belangen waar gezondheid ondersteunend aan is of een onontbeerlijke randvoorwaarde. De overheid zoekt actief waar belangen van al die partners parallel lopen. Niet alleen hun belangen bij gezondheid maar vooral ook hun andere gerechtvaardigde doelstellingen, zoals economische of sociale belangen of verantwoordelijkheden die voortvloeien uit de aard en missie van organisaties en actoren. Het belang van gezondheid hoeft niet altijd voorop te staan en kan vaak ondersteunend zijn aan andere belangen of verantwoordelijkheden van een organisatie of persoon. Het doorbreken van ongunstige trends in gezond gedrag vergt maatwerk, samenwerking, doorzettingsvermogen en dus een lange adem.

### **Nieuwe verbindingen**

Op basis van bovenstaande analyse en uitgaande van de maatschappelijke baten die preventie kan leveren, zijn tal van nieuwe verbindingen mogelijk. Voorbeelden hiervan zijn:

- Werkgevers en ondernemers hebben belang bij preventieve maatregelen die het ziekteverzuim verlagen en uitval voorkomen en tegelijkertijd de gezondheid van werknemers ten goede komen. Gezond personeel draagt immers bij aan een gezond bedrijf, een hogere arbeidsproductiviteit en winstgevendheid.
- Ondernemers en bedrijfssectoren willen reputatieschade voorkomen. Producenten van voedsel en drank hebben dus een eigen gerechtvaardigd belang bij gezondere voeding, een matig gebruik van alcohol, etc.
- Een gezond imago (zowel voor product als bedrijf) begint een steeds belangrijker begrip te worden. Ook daar liggen aanknopingspunten voor een gezamenlijke agenda.
- Er is een duidelijke relatie tussen overmatig alcoholgebruik en overlast en openbare orde. Gemeenten, politie en horeca, hebben, elk vanuit een eigen perspectief, belang om deze problemen het hoofd te bieden. Een effectieve aanpak van deze overlast levert bovendien gezondheidswinst op.
- Er zijn groeiende aanwijzingen voor het verband tussen schoolprestaties en schooluitval enerzijds en alcohol- en drugsgebruik anderzijds. Het bewijs voor een positieve samenhang tussen fitheid en bewegen enerzijds en cognitieve prestaties anderzijds, onder andere uit Duits en Amerikaans onderzoek, wordt steeds sterker. Scholen die overmatig gebruik en misbruik van alcohol en andere genotsmiddelen bestrijden, zijn partners in preventie en bij het bestrijden van ongezond gedrag. Dat geldt ook voor jeugd- en sportorganisaties, en vooral ook ouders!
- Bij de gemeenten liggen veel kansen om gezondheid vanuit diverse disciplines gunstig te beïnvloeden. Te denken valt aan onderwijs, milieu, ruimtelijke ordening en volkshuisvesting. Op basis van de Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv, 2002) zijn gemeenten verplicht om een integraal gezondheidsbeleid te voeren. De afgelopen jaren is de aandacht die gemeenten besteden aan de gezondheidsgevolgen van beslissingen op andere beleidsterreinen zoals milieu, economische zaken en maatschappelijk werk, gestegen. Toch zijn veel mogelijkheden nog onbenut. Er ligt hier een taak voor de rijksoverheid om integraal beleid lokaal te stimuleren en burgemeester en wethouders dienen op hun beurt kansen op te pakken.
- Door voldoende wandel- en fietspaden en buitenspeelplaatsen wordt bewegen gestimuleerd. Armoedebestrijding en jeugdgezondheidszorg kunnen elkaar versterken. Wethouders onderwijs, jeugd en sport & recreatie kunnen bijvoorbeeld gezamenlijk het thema overgewicht oppakken. Goede voorbeelden zijn de projecten 'Lekker Fit!' en 'Maatwerk op school' (verlengen van de schoolweek als gemeentelijk en lokaal initiatief) in Rotterdam.

### **3.4 Vormen van preventie**

Preventie is het totaal van maatregelen, zowel in als buiten de gezondheidszorg, dat tot doel heeft de gezondheid te bewaken door ziekte en gezondheidsproblemen te voorkomen. Er zijn verschillende manieren om preventie verder te definiëren: naar de mate waarin de activiteit (on)gevraagd is, of het een op het collectief of op het individu gerichte activiteit betreft, in hoeverre preventie zich richt op gezonde of op zieke mensen. Er kan gekeken worden naar het ziektestadium, naar de mate waarin mensen op hun individuele gedrag worden aangesproken of naar het type activiteit.

De veel gebruikte indeling naar ziektestadium verdeelt preventie in primair (ziekteoorzaken, risicofactoren en blootstelling daaraan, verminderen of wegnemen), secundair (risicofactoren en predisposities opsporen en behandelen) en tertiair (monitoren en voorkomen van complicaties en gevolgen van bestaande ziekte).

Een meer recente indeling, die ook gebruikt wordt in het advies van het College voor Zorgverzekering (CVZ) van juni 2007 is vooral gebaseerd op de structuur en financiering van de zorg en maakt onderscheid tussen universeel, selectief, geïndiceerd en zorggerelateerd. Daarnaast wordt preventie ook vaak gebruikt in verband met het voorkomen van ziekteverzuim en arbeidsuitval. Hier is ook een wederkerige relatie met gezondheid. Deze vorm van preventie loopt in feite door de verschillende indelingen van preventie zoals de gezondheidszorg die vaak hanteert heen.



Alle indelingen gaan uit van andere dimensies en zijn daarom moeilijk onderling vergelijkbaar, terwijl er ook grote overlappingen zijn. Omdat deze visie vooral vanuit de actie redeneert, wordt de onderverdeling naar activiteit gehanteerd: gezondheidsbescherming, ziektepreventie en gezondheidsbevordering, zoals ook opgenomen in onderstaand kader. Waar in deze visie sprake is van preventie van arbeidsuitval of ziekteverzuim, wordt dat als zodanig benoemd.

### **Vormen van preventie**

*De verschillende vormen van preventie kunnen als volgt worden geclusterd:*

**Gezondheidsbescherming;** richt zich op het beperken van blootstelling aan gezondheidsbedreigende omgevingsaspecten door wetgeving, regelgeving, handhaving of daadwerkelijk ingrijpen in deze omgeving.

**Ziektepreventie;** richt zich op het voorkomen of vroeg signaleren van ziekten.

**Gezondheidsbevordering;** richt zich op het bevorderen van een gezonde leefstijl.

#### **Uitgaven per methode**

|                                |              |                        |
|--------------------------------|--------------|------------------------|
| <i>Gezondheidsbescherming:</i> | <i>80%,</i>  | <i>10,0 miljard *)</i> |
| <i>Ziektepreventie:</i>        | <i>17%,</i>  | <i>2,1 miljard</i>     |
| <i>Gezondheidsbevordering:</i> | <i>3%,</i>   | <i>0,4 miljard</i>     |
| <i>Totaal:</i>                 | <i>100%,</i> | <i>12,5 miljard</i>    |

*\*) Het grootste deel van deze kosten, voor bijvoorbeeld verkeersveiligheid en schoon drinkwater, vallen buiten de kosten van de gezondheidszorg*

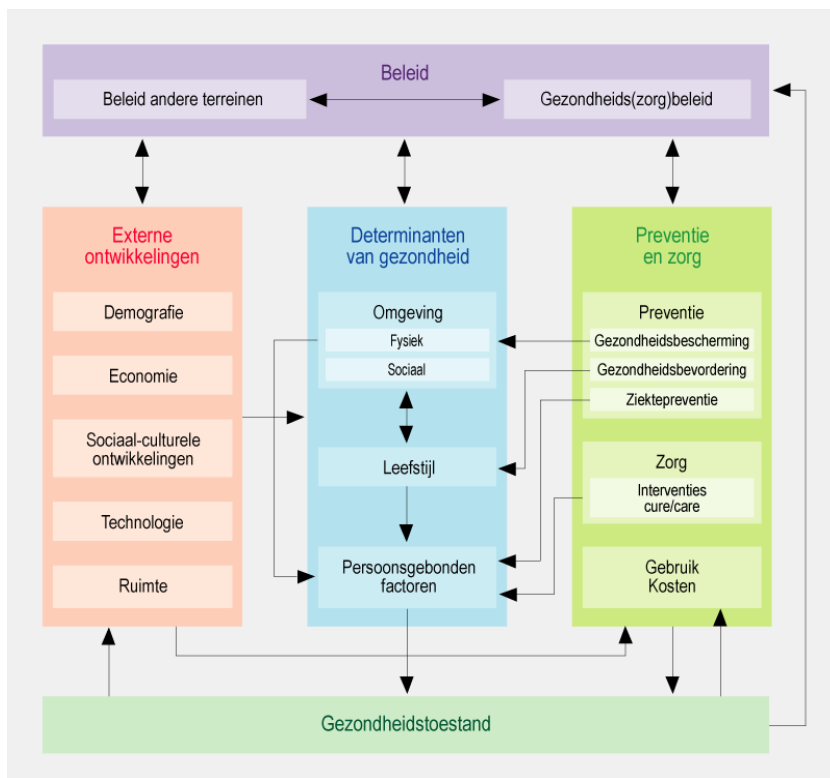
**Gezondheidsbescherming:** de verbetering van het rioleringsstelsel en de drinkwatervoorziening, veiliger arbeidsomstandigheden, veiliger voedselproducten en verbetering van de verkeersveiligheid behoren tot de grote successen van de 20e eeuw. Het gaat daarbij om gezondheidsbescherming in klassieke zin. Deze zaken vormen blijvend het hart van de 'dijkbewaking' van onze gezondheid, samen met de onderstaande activiteiten.

**Ziektepreventie:** andere maatregelen om specifieke ziekten meer direct tegen te gaan of vroeg op te sporen, voorkomen elk jaar weer vele doden en zieken. Voorbeelden zijn rijksvaccinatieprogramma en griepvaccinatie, vroege opsporing van borstkanker en baarmoederhalskanker via bevolkingsonderzoek en van stofwisselingsstoornissen door de hielprik. Ook in de curatieve zorg is ziektepreventie geïncorporeerd, bijvoorbeeld van hart- en vaatziekten door medicatie tegen hoge bloeddruk of cholesterol en recente inspanningen om ketenzorg voor diabetes te realiseren.

**Gezondheidsbevordering:** het huidige ziektepatroon in de westerse wereld geeft meer dan voldoende aanleiding om de aandacht te richten op de leefstijl van mensen. Activiteiten die een gezonde leefstijl bevorderen en die mensen helpen voorkomen onnodig gezondheidsverlies te lijden horen bij gezondheidsbevordering. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om voorlichtingscampagnes en cursussen die beogen het individuele gedrag van mensen en de sociale norm te beïnvloeden (bijvoorbeeld de BOB campagnes tegen het gebruik van alcohol in het verkeer en stoppen met roken cursussen).

Ten slotte is het belangrijk om aan te geven dat gezondheid wordt bepaald door determinanten uit vier dimensies zoals de Canadese minister Lalonde in 1974 in een nog steeds gangbaar model heeft gezet.

**Figuur 2 Determinanten van gezondheid en soorten preventie (naar Lalonde)**



De Canadese minister Lalonde stelde begin jaren '70 in een model, gezondheid centraal temidden van vier groepen determinanten: (1) endogene of persoonsgebonden eigenschappen, (2) leefstijl, (3) de fysieke en sociale omgeving en (4) de gezondheidszorg (inclusief preventie). Het onderstaande VTV-model, afkomstig uit 'Zorg voor gezondheid', is hierop gebaseerd. De gezondheidstoestand wordt in het VTV-model opgevat als de uitkomst van een proces dat verschillende oorzaken en determinanten bevat.

Bron: RIVM, *Zorg voor Gezondheid*, 2006

Deze visie gaat niet in op de eerste van de vier groepen determinanten die hierboven worden genoemd: de aan de individuen gebonden genetische en biologische eigenschappen. Die beschouwen wij als een gegeven. 'Leefstijl' loopt door deze hele visie heen en is een bepalende factor voor het halen van gezondheidswinst in de westerse wereld. Hoofdstuk 4 van de visie gaat in op de rol van de fysieke en sociale omgeving op het gedrag van mensen, en daarmee ook op hun leefstijl. Hoofdstuk 5 gaat in op de relatie tussen de gezondheidszorg (zoals die onder andere in eerstelijnspraktijken en ziekenhuizen wordt gegeven) en de preventieve zorg zoals met name GGD'en die op lokaal niveau vormgeven.

Dit model vormt het slot van de analyse in hoofdstukken 2 en 3. Op deze basis wordt in de volgende hoofdstukken de visie op preventie en gezondheid uiteengezet.

### **Kernpunten**

- Mensen zelf hebben belang bij hun eigen gezondheid. Maar ook familie en verwanten, de directe leef- en werkomgeving, de overheid en de zorgsector zijn de belangrijkste partijen bij gezondheid van individuen en van de samenleving als geheel.
- De belangen en verantwoordelijkheden van de genoemde partijen ten aanzien van gezondheid, maar juist ook op andere terreinen, zijn met elkaar verstrengeld. De overheid gaat actief op zoek naar waar die verschillende gerechtvaardigde belangen van al die partners parallel lopen en elkaar versterken, om zo met vereende kracht te werken aan de bijdrage die de zorgsector aan de samenleving kan leveren.
- Op basis van die verschillende gerechtvaardigde belangen en uitgaande van de maatschappelijke baten die preventie kan leveren, zijn tal van nieuwe verbindingen mogelijk.
- Het belang van gezondheid hoeft niet altijd voorop te staan, in die zin dat het ondersteunend kan zijn aan andere belangen of verantwoordelijkheden die een organisatie of persoon heeft.
- In deze visie verstaat VWS onder preventie het totaal van maatregelen, zowel binnen als buiten de gezondheidszorg, die tot doel hebben de gezondheid te bewaken en te bevorderen door ziekte en gezondheidsproblemen te voorkomen.



## 4. Verbinding tussen gedrag en omgeving

### 4.1 Inleiding

De Nederlandse bevolking kan langer en meer jaren in goede gezondheid leven, zo blijkt uit de Volksgezondheid Toekomst Verkenningen van 2006 (VTV 2006). Juist door het versterken van gezond gedrag is nog veel gezondheidswinst te behalen. Dat geldt zowel voor mensen in volle gezondheid als voor mensen die (chronisch) ziek zijn. Het 'enige' dat mensen hoeven te doen is goed voor zichzelf zorgen: ongezond eten laten staan, meer bewegen, niet roken en minder drinken. Die keuzes voor gezond gedrag vinden overigens plaats in een sociale en fysieke omgeving die een sterke invloed heeft op die keuzes. Het gezin waar je opgroeit, de school waar je onderwijs geniet, het bedrijf waar je werkt en de buurt waar je woont, sport of recreëert. Ook inrichting en dynamiek van die omgeving zijn bepalende factoren. Juist hier heeft ook de overheid een belangrijke verantwoordelijkheid. Een belangrijke sleutel in het behalen van gezondheidswinst ligt daarom in de verbinding tussen het individuele gedrag en de leef-, woon-, leer- en werkomgeving. De overheid heeft van oudsher vaak de taak en verantwoordelijkheid om collectieve en programmatische maatregelen te nemen die de gezondheid beschermen en ziektes voorkomen. Dit zijn maatregelen die vanwege hun aard nooit op individueel niveau genomen kunnen worden. Daarom gaat dit hoofdstuk daar eerst op in.

### 4.2 Koesteren van gezondheidsbescherming en ziektepreventie

Gezondheidsbescherming en ziektepreventie zijn vormen van preventie die vanwege hun schaal, complexiteit of toedeling van verantwoordelijkheid vrijwel altijd op collectief niveau genomen worden. Daarmee zijn het taken voor de landelijke of gemeentelijke overheid. Ze kunnen met recht de 'dijkbewaking' van onze gezondheid genoemd worden. Het zijn ook taken, zeker waar het gezondheidsbescherming betreft, die in de huidige tijd vaak buiten de sfeer van de gezondheidszorg vallen.

Het aanleggen van riolering en drinkwatervoorziening — gepropagandeerd door arts-hygiënisten — is nog altijd de meest effectieve maatregel voor de gezondheid. Dat was zo in 1900 in Nederland en is nog steeds zo in 2007, in Afrika én Nederland. Had de overheid in Nederland in die tijd enkel de individuele verantwoordelijkheid benadrukt, dan zou men volstaan hebben met het advies om regelmatig de handen te wassen. Voor de bestrijding van infectieziekten was meer nodig dan alleen een gedragsverandering, namelijk een infrastructuur gericht op gezondheid, inclusief de instelling van het Rijksvaccinatieprogramma. Naast de overtuigingskracht van de hygiënisten en de bestuurlijke durf van visionaire leiders, was er voor de aanleg van riolering meer dan honderd jaar geleden nog een andere belangrijke factor aanwezig. Grote industriëlen zagen in dat investeren in gezondere werknemers ook in hun belang was. Een vergelijking met het heden dringt zich op.

Het staat niet ter discussie dat die collectieve 'dijkbewakingsmaatregelen' tot het domein van de overheid horen. Crisisbeheer, voorbereidingen op een griepandemie, voedsel- en productveiligheid, bevolkingsonderzoeken en het rijksvaccinatieprogramma zijn zaken die er altijd zijn en moeten zijn en die mensen niet op individueel niveau kunnen regelen. Net als bij de 'echte' dijkbewaking, bevinden ze zich grotendeels buiten het gezichtsveld, maar de samenleving moet deze verborgen parels van haar gezondheidszorg koesteren! Alleen al uit haar verantwoordelijkheid voor de openbare veiligheid moet de overheid op deze terreinen alert blijven op nieuwe bedreigingen (bijvoorbeeld bio-defensie,

nieuwe vormen van griep en resistente tuberculose). Ook moet zij goed oog houden op veranderende omstandigheden, en op het terrein van gezondheidsbescherming en ziektepreventie, blijven zoeken naar innovaties en efficiëntie en samenwerken met, én leren van het buitenland. Zo geven nieuwe technieken uit de bio-genetica mogelijkheden voor andere vaccinaties en nieuwe vormen van diagnostiek. Dit geldt zowel voor ziekten waarop nu al gescreend wordt als voor nieuwe ziekten. Ook zijn mogelijk combinaties van screenings aan de orde of verbetering van logistiek en de opkomst te behalen. Nieuwe technologie maakt ook nieuwe vormen van voeding mogelijk, met (gezondheids)voordelen en mogelijk ook met risico's waar op gelet zal moeten worden.

#### **4.3 Individueel gedrag**

Hoofdstuk 2 gaf al aan dat naast de beschermende maatregelen van de overheid, de gezondheidstoestand van de bevolking en de ziektelast voor een deel bepaald wordt door het gedrag van mensen. Natuurlijk is ieder mens als eerste verantwoordelijk voor en aanspreekbaar op zijn eigen gedrag. Mensen zelf spelen een grote rol in hun eigen gezondheid en in het voorkomen van ziekten. De zwakste schakel bij tandverzorging is bij wijze van spreken niet de tandenborstel of de tandpasta, maar de tandenpoetser zelf. Grote groepen mensen gaan al heel bewust met hun gezondheid om en daarmee groeit in de maatschappij de belangstelling voor gezondheidsitems (bijvoorbeeld tijdschriften en tv-programma's) en gezondheidsproducten (bijvoorbeeld fruitshots, verrijkte melkproducten, maar ook health checks). Ook is er steeds meer belangstelling voor het begrip 'wellness'. De overheid gaat een betere aansluiting zoeken bij die trend en de manier waarop mensen hun gezondheid beleven. De nadruk kan liggen op het feit dat (ook) gezondheid genieten betekent en niet haaks staat op het 'goede leven', maar dat gezondheid juist stevig bijdraagt aan dat goede leven. Het begrip zelfzorg moet daarom aan belang winnen.

Los van de individuele verantwoordelijkheid en de toenemende mate waarin gezond gedrag tot gezondheidswinst kan leiden, is veel ziektelast nog steeds iets dat mensen gewoon overkomt, buiten hun bereik en verantwoordelijkheid. Bij het grootste deel van de chronisch zieken en van de mensen die leven met een beperking heeft hun ziekte of beperking weinig tot niets van doen met hun leefstijl. Daarnaast is het voor veel mensen lastig of zelfs onmogelijk om voor gezond gedrag te kiezen (kinderen, vormen van verslaving) of dit vol te houden. Veel mensen hebben baat bij ondersteuning daarin. En terugkomend op de beeldspraak van de tandenpoetser: het heeft misschien meer zin om iemand te helpen leren tandenpoetsen dan steeds maar gaatjes te vullen.

Vooraf ook door het grote tijdsverschil tussen oorzaak en effect realiseren veel mensen zich onvoldoende dat het huidige gedrag tot ongezondheid in de toekomst kan leiden. Sommige bevolkingsgroepen vertonen relatief ongezond gedrag. Zij hebben ook vaak een gezondheidsachterstand en blijken bovendien nauwelijks gevoelig voor overheidsboodschappen. Daar komt bij dat het overheidsbudget voor gezonde boodschappen in geen verhouding staat tot de marketingbudgetten in het bedrijfsleven. Het is daarom nodig dat de overheid met gezondheidsboodschappen beter aansluit bij de beleving van mensen. Zeggen dat iets goed is (positieve boodschap via verleiding), werkt immers beter dan zeggen dat mensen iets niet meer mogen. Maar het betekent ook maatwerk: gespecialiseerde maatregelen voor specifieke doelgroepen.

#### 4.4 Omgevingsfactoren

Er zijn algemene voorzieningen waarmee de omgeving gezondheid stimuleert. Daarnaast zijn er ook specifieke maatregelen in de omgeving die gezond gedrag effectief kunnen beïnvloeden. Om dat te begrijpen is besef nodig dat gedrag ingebed is en beïnvloedt wordt door een context: het gezin, de wijk, de werkplek, de school, de winkel, de openbare ruimte of het groen, of bijvoorbeeld de gezondheidszorg. Ook zonder te geloven in het historisch materialisme (of de maakbare samenleving) en de mens simpel te zien als product van zijn omgeving, is het duidelijk dat er een grote wisselwerking bestaat tussen gedrag en omgeving. Probeer maar eens om 15 moderne food outlets op het station voorbij te komen zonder trek te krijgen.

De omgeving moet en kan gezond gedrag stimuleren: uitnodigen tot fietsen of lopen, meer leefgroen in plaats van kijkgroen, mensen verleiden om gezonde producten te kopen en te eten, mensen een rookvrije omgeving garanderen. Centraal staat daarom de gezonde keuze de makkelijke, en soms zelfs de enige keuze maken. Enkele belangrijke omgevingen komen nu afzonderlijk aan bod, vooral als voorbeeld en zonder de illusie te wekken uitputtend te zijn.

##### ***De gezonde omgeving***

*Het is duidelijk dat er een grote wisselwerking bestaat tussen gedrag en omgeving. Om de mens op een positieve manier te stimuleren (soms onbewust) meer met gezond gedrag bezig te zijn, moet de omgeving daar optimaal toe uitnodigen. Zoals in hoofdstuk 3 al gesteld is, hebben de mensen die verantwoordelijk zijn in die specifieke omgeving daar ook zelf belang bij. Voorbeelden van een gezonde omgeving zijn:*

*Vanuit hun verantwoordelijkheid voor de opvoeding letten ouders in een **gezond gezin** erop dat kinderen goed eten, voldoende bewegen, niet te veel en liever ook gezond te snoepen, bijvoorbeeld fruit. Voor een klein uitstapje wordt niet per se de auto gepakt.*

*De leefkwaliteit verbetert als een **gezonde wijk** goede voorzieningen op loopafstand, goed onderhouden fietspaden, autovrije zones en bereikbaar en toegankelijk 'doe-groen' heeft, oftewel groen dat mensen uitnodigt om te wandelen, te fietsen of te sporten.*

*Werkgevers hebben graag gezonde werknemers en hebben zo baat bij een **gezonde werkplek**. Ze **bieden** mogelijkheden om te sporten en serveren gezonde maaltijden in het restaurant.*

*Omdat het de schoolprestaties ten goede komt en lesgeven plezieriger wordt besteedt een **gezonde school** veel aandacht aan sport, bewegen en een gezonde leefstijl en heeft een gezond aanbod in de kantine.*

##### ***Wijkinrichting***

De inrichting van wijken kan grote invloed hebben op gezondheid. Met goede fiets- en voetgangersvoorzieningen kan het dagelijkse bewegen gestimuleerd worden. Dat geldt ook voor goede spreiding van voorzieningen, vooral winkels. Trap- en speelvelden en groen- en woonerfvoorzieningen bevorderen het buiten spelen, een van de meest doeltreffende maatregelen tegen obesitas bij kinderen. De leefomstandigheden, diversiteit en sfeer in de wijk hebben grote invloed op gevoelens van veiligheid en daarmee op de kwaliteit van leven. De aanwezigheid van goede van sociale- en gezondheidsvoorzieningen dragen daar ook aan bij. Ook de bereikbaarheid en toegankelijkheid van groenvoorzieningen in, maar vooral ook om de stad hebben een belangrijke invloed op de gezondheid. Bij een goede inrichting is betrokkenheid bij en zeggenschap van mensen over hun eigen omgeving het allerbelangrijkste. Het ministerie van VWS gaat met VROM/ WWI en LNV overleggen hoe gezondheid ten dienste kan staan van een goede wijkaanpak- en inrichting en vice versa.

### ***Natuur en gezondheid***

Volgens het rapport 'Natuur en Gezondheid' van de Gezondheidsraad uit 2004 laten diverse onderzoeken zien dat de omgeving inderdaad invloed heeft op de duur en intensiteit van bewegen. Onderzoek toont aan dat een groene omgeving een positieve invloed heeft. Evaluaties van programma's voor bewegingsstimulering wijzen bovendien uit dat een aantrekkelijke, groene omgeving dichtbij huis en werk het meest aanzet tot wandelen en fietsen. Mensen blijken het bewegen in een natuurlijke omgeving ook hoger te waarderen en houden het daardoor ook langer vol. Recent onderzoek van het NIVEL geeft echter aan dat Nederlandse huisartsen zelden naar het 'groen' doorverwijzen, bijvoorbeeld adviseren om met enige regelmaat in het park of de natuur te gaan wandelen. In Engeland is al jaren ervaring met het op doktersadvies vaker bewegen, onder meer in de natuur. De Forestry Commission, het Britse equivalent van Staatsbosbeheer, zet in samenwerking met de verzekeraars, vrijwilligers in om groepen mensen onder begeleiding te laten wandelen. Ook Staatsbosbeheer in Nederland verkent de mogelijkheden voor dergelijke activiteiten.

#### ***De gezonde werkplek***

*Werkgevers kunnen als onderdeel van hun totale gezondheidsmanagement de werkomgeving en de individuele werkplek zo inrichten dat deze een stimulans zijn voor de gezondheid van de werknemer en gezond gedrag bevorderen. Dat vergt investeringen, maar levert ook veel minder uitval, lager ziekteverzuim en een hogere arbeidsproductiviteit op. Bijvoorbeeld:*

- *goede toerusting en apparatuur zodat arbeidsgerelateerde klachten niet of nauwelijks optreden.*
- *goede en vertrouwenwekkende werksfeer, waarin kansen op mentale en stressgerelateerde aandoeningen minimaal zijn en werknemers ook optimaal presteren.*
- *voorzieningen die werknemers 'dwingen' om ook tijdens het werk regelmatig te bewegen.*
- *sportfaciliteiten op het werk of in de nabijheid.*
- *cateringfaciliteiten met een gevarieerd en gezond aanbod.*

### **4.5 De werkomgeving en de factor arbeid**

Werkgevers hebben belang bij gezonde en productieve werknemers, werknemers hebben belang bij een gezonde omgeving. Werknemers moeten gezond hun pensioen kunnen halen en ook na hun werkzame leven gezond blijven en geen nadelige gevolgen ondervinden van eerdere arbeid. Het is bekend dat werken, al dan niet betaald, sterk bijdraagt aan zingeving en daarmee ook aan de kwaliteit van leven. Goede arbeidsomstandigheden zijn onderdeel van een goed personeelsbeleid en een randvoorwaarde voor (behoud van) gezond personeel. Ze hebben een positief effect op het terugdringen van verzuim en arbeidsongeschiktheid. Dat is in het belang van de individuele werknemer (o.a. inkomen, minder kans op bijkomende aandoeningen), de werkgever (o.a. hogere arbeidsproductiviteit, minder loondoorbetaling bij ziekte) en de samenleving (o.a. minder uitkeringen en zorguitgaven). In een recente studie van Mackenbach (zie VTV 2006) wordt aangetoond dat mensen die in goede gezondheid leven, acht maanden arbeidzame tijd per persoon extra hebben ten opzichte van anderen. Met de nieuwe Arbeidsomstandighedenwet van 2007 ligt de verantwoordelijkheid voor het totale arbeidsomstandighedenbeleid primair bij de ondernemingen. Werkgevers en werknemers zijn samen verantwoordelijk voor dat beleid. De overheid heeft oog en oor voor belemmeringen of knelpunten op stelselniveau.



#### 4.6 Lange adem en actie op meerdere fronten

Het is een illusie te denken enkelvoudige ingrepen gedrag kunnen beïnvloeden of ongewenst gedrag kunnen veranderen. Complexe en hardnekkige gezondheidsproblemen vergen meer en langdurige interventies. Succesvolle voorbeelden waarbij grote groepen mensen hun gedrag veranderen, zoals bij verkeersveiligheid en roken, laten zien dat een volledig pakket van maatregelen op vele niveaus en over een lange reeks van jaren het meeste resultaat oplevert. De vergelijking dringt zich op met grote infrastructurele werken, waar de investeringen uit gaan boven de vierjarige politieke cyclus. Het bevorderen van gezond gedrag vereist tijd en continuïteit en de wil om samenwerkingsverbanden aan te gaan die niet altijd voor de hand liggen. De overheid moet naar een veel pragmatischer aanpak toe.

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) adviseerde onlangs om bij dit soort complexe problemen veel maatwerk en een probleemgerichte benadering te gebruiken. Het ministerie van VWS gaat na hoe dit de komende jaren in praktijk gebracht kan worden. Voor de aanpak van veel actuele complexe gezondheidsproblemen werken bestaande methoden onvoldoende. Gezondheidsbeleid moet breed kabinetsbeleid zijn, over departementale grenzen heen. Het gemeenschappelijke doel is een gezonde bevolking, en dat doel gaat ook over structuren, wetten en regelingen heen.

Belangrijke sectoren om mee samen te werken zijn ruimtelijke ordening, milieu, beheer van de openbare ruimte, veiligheid, economie, onderwijs, groenvoorzieningen, media, financiën, sport en sociale zaken. Belangrijke actoren waar de centrale en lokale overheid mee kan samenwerken zijn gezondheidsdeskundigen, scholen, bedrijven, instellingen, wijk- en buurtcentra en belangengroepen zoals buurtbewoners, patiënten- en consumentenorganisaties en natuurorganisaties.

#### Kernpunten

- Gezond gedrag staat niet op zichzelf, maar vertoont een sterke samenhang met de sociale en fysieke omgeving waar mensen geboren worden, opgroeien en leven. Actie moet daarom vooral plaatsgrijpen in de directe leefomgeving.
- Onze samenleving nodigt steeds meer uit tot ongezonde keuzes. De overheid kan helpen door de gezonde keuze de gemakkelijke en vanzelfsprekende keuze te maken. Per doelgroep vraagt dat een eigen aanpak.
- Mensen leven in een omgeving. Ook die omgeving heeft een gerechtvaardigd belang bij hun gezondheid. De overheid moet in haar beleid met kracht op zoek gaan naar het samengaan van belangen en die slimmer en consequenter gaan verbinden.
- Het ministerie van VWS gaat samen met andere partners zoeken naar mogelijkheden om de bestaande maatregelen en methoden te versterken en uit te breiden en naar nieuwe en innovatieve methoden om mensen te stimuleren gezond gedrag als normale groepsnorm te beschouwen.
- De omgeving is complex en dynamisch. Meervoudige maatregelen zijn nodig om gedrag te beïnvloeden en normen te veranderen. Dat is een taak van velen en van lange adem.



## 5. Verbinding tussen preventie en zorg

### 5.1 Inleiding

Het vorige hoofdstuk stelt een betere verbinding voor tussen gedrag en omgeving. Er zijn nog twee terreinen die om een meer consequente verbinding vragen. Soms lijkt het wel alsof ons land twee gezondheidssystemen kent met één gezamenlijk doel, namelijk een goede gezondheid voor alle Nederlanders. Dit hoofdstuk behandelt het functioneren van de Openbare Gezondheidszorg (OGZ), steeds vaker Publieke Gezondheidszorg genoemd. Het ministerie van VWS wil eraan bijdragen dat die twee werelden worden verbonden en samenwerken. Hierbij past de kanttekening dat preventie in de zorg breder is dan alleen het behandelen van ziekte om erger te voorkomen. Steeds vaker gaat het om het signaleren en aanpakken van risico's op ziekten.

### 5.2 Zorg om de reguliere preventie

Het terrein van preventie en zorg kenmerkt zich door een groot aantal spelers dat een bijdrage levert aan de gezondheid van Nederlanders. De rol van sommige betrokkenen zoals de verzekeraars, het bedrijfsleven, of nieuwe beroepen in de eerste lijn, zoals de praktijkondersteuner, verandert sterk. Daarover later meer. Van oudsher hebben de gemeentelijke gezondheidsdiensten veel 'traditionele' preventieve taken. Zij hebben diverse – vaak wettelijk omschreven – functies, zoals bestrijding van infectieziekten, consultatietaken en crisisbeheersing.

De dynamiek in de openbare gezondheidszorg is wisselend en niet altijd zoals in andere sectoren in de gezondheidszorg, waar mensen gericht zijn op prestaties, transparantie en innovatie. Natuurlijk gebeurt in de OGZ veel goeds. Er is aandacht voor de certificering van de functies van de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid en met de academische werkplaatsen werkt men aan vernieuwing. Maar er is ook versnippering en gebrek aan afstemming. Hier valt winst te behalen, bijvoorbeeld door herziening van de infrastructuur, resultaatsturing en -financiering en verdere professionalisering door certificering, protocollering en kwaliteitstrajecten.

### 5.3 Preventie in de reguliere zorg

#### *Preventie in de eerste lijn*

Het ministerie van VWS wil preventie een meer vanzelfsprekend onderdeel maken van de reguliere zorgverlening. Zo worden preventieve activiteiten bij chronische aandoeningen nu al steeds meer onderdeel van de zorgketen. Voor deze en veel andere vormen van preventie is de eerste lijn overigens het logische aangrijpingspunt voor de verbinding met de curatieve zorg. Immers, een groot deel van de mensen komt jaarlijks bij de huisarts of bij andere zorgverleners in de eerste lijn. De eerste lijn leent zich goed voor het vroegtijdig signaleren van mensen met een bepaald risicoprofiel die in aanmerking (moeten) komen voor preventieve maatregelen. Tot slot staat de eerste lijn dicht bij de mensen, die gevoelig blijken voor gezondheidsadviezen van bijvoorbeeld huisartsen of verpleegkundigen. Zowel de KNMG als de NPCF ziet een belangrijke rol voor de brede eerste lijn weggelegd in de verbinding tussen de curatieve en preventieve gezondheidszorg. Ook in Europees verband adviseert het European Observatory, een samenwerkingsverband tussen onder andere de Wereldgezondheidsorganisatie en de London School of Economics een leidende rol voor de eerstelijnszorg.

Er gebeurt al heel wat op het gebied van preventie in de eerste lijn. In wisselende mate is preventie onderdeel van de behandeling, zorg en begeleiding. Er is nog heel veel winst te boeken, vooral op het gebied van standaardisatie, verwijzingen, het verspreiden van goede voorbeelden en door financieringstromen op elkaar aan te laten sluiten. Door de juiste informatie te leveren aan mensen kan er een vraag ontstaan naar optimale preventie. Daar ligt ook een rol voor patiënten- en consumentenorganisaties. Tot slot zijn er voor de eerste lijn kansen door meer of betere samenwerking met andere zorgaanbieders, zoals de openbare gezondheidszorg, bedrijfsgeneeskundige zorg, maatschappelijk werk en wijkverpleegkundigen.

### ***Preventie in de eerste lijn door huisartsen***

*In een gemiddelde huisartspraktijk wordt al een aantal dingen aan preventie gedaan. In het basistakenpakket huisartsen staan specifieke preventieve taken benoemd en in veel huisartsgeneeskundige standaarden en richtlijnen is de nodige aandacht voor preventie. Van de huidige ruim tachtig standaarden van het Nederlandse Huisartsen Genootschap (NHG), hebben tien bijna volledig betrekking op preventie. De opleidingseisen van huisartsen voorzien in veel algemene kennis hiervoor, maar de opleidingen zijn nog primair gericht op het medisch model van ziektebehandeling. Er is nog weinig aandacht voor specifieke preventieve interventies en de rol van de factor arbeid en de sociale omgeving. Hier lijkt nog veel ruimte voor verbetering. De huisarts doet medicamenteuze behandeling vaak zelf en hij verwijst voor leefstijladvies en andere activiteiten vaak door naar andere gezondheidswerkers in de eerste lijn, zoals fysiotherapeut, diëtist, praktijkondersteuner, eerstelijnspsycholoog.*

### ***Meer samenwerking tussen de curatieve en openbare gezondheidszorg***

Er bestaan financiële, organisatorische en mentale belemmeringen waardoor beide gezondheidssystemen een eigen dynamiek kennen. De brugfunctie komt niet of slechts moeilijk tot stand. Dat is niet alleen weinig efficiënt, maar het betekent ook mogelijk gemiste gezondheidsopbrengsten. Om tot een brede en daadwerkelijk geïntegreerde eerste lijn te komen is een betere verbinding tussen de huidige eerste lijn (huisartsen, gezondheidscentra) en de instanties die zich meer met publieke gezondheid bezighouden, zoals gemeenten, GGD'en en thuiszorginstanties, noodzakelijk en mogelijk. Om een bijdrage te leveren aan 'gezonde wijken', zullen al die partners juist op wijk- of buurniveau gericht moeten samenwerken. Preventieactiviteiten moeten lokaal worden bepaald, afhankelijk van de gezondheidsproblemen in de wijk. Zoals in het vorige hoofdstuk is aangegeven, leveren de wijkgerichte impulsen van dit kabinet kansen om gezondheidscentra en buurthuizen in de wijk een brugfunctie te geven. Ook scholen en Centra voor Jeugd en Gezin (CJG) – in sommige delen van het land Ouder-en-Kindcentra (OKC) genoemd – kunnen hierbij een voorname rol spelen. Zij kunnen het voortouw nemen wegens de koppeling aan de WCPV en de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO). Ook het Nationaal Actieplan Sport en Bewegen biedt nieuwe kansen.

### ***Preventie in tweede en derde lijn***

Een belangrijke uitdaging voor de gezondheidszorg is het inzichtelijk maken van de kwaliteit van de zorg. Als duidelijk is dat bepaalde gezondheidswerkers betere producten en diensten leveren, én ze daarvoor een beloning ontvangen (meer patiënten en/of hogere prijs), dan komt dat de gezondheid ten goede. Een op kwaliteitsgerichte competitie verbetert per saldo de zorg. Preventie in de tweede en derde lijn kan betrekking hebben op het voorkomen van medische fouten en het verhogen van de patiëntveiligheid.

Steeds vaker richt preventie zich ook op de begeleiding van patiënten met chronische aandoeningen. Zo kunnen ernstigere verschijnselen vaak voorkomen worden en wordt de kwaliteit van leven

verhoogd. Meer aandacht voor het probleem van ondervoeding in de tweede en derde lijn, en na een behandeling kan veel onnodige ziektelast voorkomen. Ook op het meer algemene gebied van revalidatie zijn ontwikkelingen gaande die preventief werken en die terugkeer of hernieuwd optreden van ziekten voorkomen. Deze zaken vormen vaak al een onlosmakelijk onderdeel van de zorgketen en zijn voor een aantal ziektebeelden opgenomen in standaarden en richtlijnen. Ook hier geldt echter dat er nog vooruitgang te boeken is.

### ***Op weg naar ketenzorg***

Om preventie - zowel primaire preventie, maar ook preventie in de tweede en derde lijn - daadwerkelijk deel te laten uitmaken van de zorg voor chronisch zieke mensen, is een brede programmatische aanpak, volgens het concept 'diseasemanagement', nodig. Die aanpak voorziet in een zoveel mogelijk sluitende keten van preventie, vroeg opsporen, zelfmanagement en goede zorg. De patiënt met de chronische aandoening staat hierin centraal. Patiënten krijgen maatwerk zorg aangeboden door een multifunctioneel zorgteam. Het zorgteam maakt in overleg met de patiënt een behandelprogramma dat is gebaseerd op de zorgstandaard van die aandoening. Daarbij zal de patiënt ook zelf inspanningen leveren om goede resultaten te behalen en daarmee een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven. In de toekomstige situatie zal preventie gericht deel uitmaken van de zorgstandaard en in het behandelprogramma van de patiënt worden opgenomen. De ketenzorg die op basis van de zorgstandaard wordt aangeboden zal voortdurend op kwaliteit en effectiviteit worden beoordeeld door patiëntenorganisaties, zorgaanbieders en verzekeraars. De zorgverzekeraars zullen de zorgstandaarden inkopen voor hun verzekerden en zonodig selectief contracteren ten gunste van instellingen en teams die in kwalitatief opzicht het verschil maken. Uiteraard met inachtneming van de doelmatigheid, maar dat ligt vaak in het verlengde van kwaliteit. Deze brede programmatische aanpak met kwaliteitsindicatoren en met zorgstandaarden als norm voor goede zorg, kan er voor zorgen dat marktwerking en concurrentie op kwaliteit daadwerkelijk op gang komt, juist ook bij de behandeling van chronische ziekten. Binnen de Diabeteszorg wordt momenteel ervaring opgedaan met de brede programmatische aanpak. Zorgverleners, verzekeraars en de patiëntenorganisatie steunen deze ontwikkeling.

### ***Porter: gezondheidswinst in de zorgketen***

*Michael Porter, vooraanstaand hoogleraar aan de Harvard Business School, is internationaal bekend wegens zijn strategische modellen. Volgens Porter moet de patiënt, meer dan nu het geval is, werkelijk centraal staan. Dan komt de organisatie van zorg automatisch in een keten rond de medische aandoening te staan. Door diagnose en behandeling te richten op de oorzaken in plaats van op het bestrijden van symptomen, wordt de zorg doeltreffender én goedkoper. Beter coördinatie en integratie in de hele zorgcyclus en een beter beheer van chronische ziekten verbeteren de resultaten.*

### ***Uitvoering door verschillende partijen***

Preventieve interventies kunnen worden uitgevoerd door diverse zorgaanbieders. Vanuit het oogpunt van marktwerking is er geen reden dit exclusief neer te leggen bij één groep. Zo kan bijvoorbeeld de Minimale Interventie Strategie (MIS) bij roken worden aangeboden door huisartsen (of hun praktijkondersteuners), verloskundigen, leefstijladviseurs, al dan niet in dienst bij GGD'en of thuiszorgorganisaties, eerstelijns psychologen en anderen. Voorwaarde is dat zij deskundig zijn op grond van hun basisopleiding over zijn nageschoold.

### ***Verzuimpreventie, zorg en sociale zekerheid***

Al eerder is gewezen op het belang van de arbeidsomgeving op de gezondheid. Het voorkomen van uitval en het snel re-integreren van werknemers na ziekte of uitval heeft een positief effect op gezondheid en is in belang van werknemer en werkgever. In termen van wet- en regelgeving sluiten de stelsels van sociale zekerheid en zorg goed op elkaar aan en is er een sluitende keten van verzuimpreventie en re-integratie ontstaan. Het is nu aan de verantwoordelijke partijen om het beleid (verder) te vertalen naar bedrijfsniveau. Hier ligt ook een verantwoordelijkheid én een belang voor verzekeraars. De overheid houdt toezicht op de ontwikkeling, bewaakt de belangen van kwetsbare groepen en verschaft informatie via het Arboportaal, een digitaal informatieloket over arbeidsomstandigheden, preventie, verzuim en re-integratie. Een betere verbinding tussen de bedrijfsgeneeskundige zorg en de eerste lijn zal ook hier een positief effect hebben op zowel gezondheid als het voorkomen van uitval uit arbeid.

## **5.4 Maatregelen, randvoorwaarden en innovatie**

### ***Minder versnippering en meer structuur***

Mensen komen vaak niet vanzelf in beweging. Burgers, gezondheidswerkers en andere partijen hebben (financiële) prikkels nodig waardoor ze het merken als ze goed presteren en als ze minder goed presteren. Een bonus of een korting: de juiste prikkels zorgen voor de juiste motivering en daarmee voor meer dynamiek, ook in preventie. Zo ontbreekt het op dit moment aan de juiste organisatie en de juiste prikkels om aan de signalering van risicogroepen een vervolg te geven in de vorm van systematische begeleiding. Op tal van plaatsen zijn pilots en projecten in gang gezet om in deze begeleiding te voorzien. Het totaal geeft een nogal versnipperd beeld, waarbij het 'not-invented here' syndroom nogal eens de kop opsteekt. De projecten hebben vaak een ad hoc aanpak en een korte duur, waarbij ook niet altijd duidelijk is of ze werken op basis van experimenten of gewoon met onbewezen effectieve interventies. Het monitoren en de evaluatie zijn lang niet altijd goed georganiseerd, waardoor de effectiviteit ook moeilijk is vast te stellen. Er wordt, kortom, te weinig van elkaar geleerd.

Het creëren van de gewenste (financierings-)structuur en continuïteit moet een samenspel zijn van bekostiging van de preventieve zorgverlener, vergoeding vanuit de zorgverzekering en/of rijksregelingen en het ontstaan van een 'zorginkoopmarkt' waarop verzekeraars actief op zoek zijn naar kwalitatief hoogwaardige geïntegreerde zorg. Preventie wordt daarmee ook integraal onderdeel van de zorgketen.

### ***Aanspraken in de Zorgverzekeringswet of AWBZ***

Doelmatige preventie zou een geaccepteerd en vanzelfsprekend onderdeel van de zorgverlening horen te zijn. Het moet als onderdeel van de gebruikelijke zorg in principe voor vergoeding in aanmerking komen, afhankelijk van budgettaire overwegingen en de reguliere besluitvorming daarover. Het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) heeft in juli 2007 advies uitgebracht over preventie in de zorgverzekering. Het begrip preventie raakt aan de maatschappelijke verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar. Hoofdboodschap is om preventie te verzekeren wanneer er een hoog risico op ziekte is. Het toevoegen van een aparte aanspraak 'op preventieve zorg' in de Zorgverzekeringswet of AWBZ is hiervoor vermoedelijk niet nodig, maar wellicht wel een aanpassing van het besluit aanspraken Zorgverzekeringswet. Voorwaarde is wel dat de preventieve interventie in kwestie voldoende (kosten)effectief is. Soms zal het lastig zijn op voorhand wetenschappelijk bewijs te leveren voor preventieve interventies in de reguliere zorg. In die gevallen kunnen pilots met een goede monitoring helpen om het bewijs versneld te leveren. Sinds de introductie van de zorgverzekering is de synergie met verzuim- en reïntegratiebeleid van

ondernemingen achtergebleven bij de verwachtingen. Een belangrijke verklaring kan zijn dat de tijd eenvoudig nog te kort is geweest om dit te mogen verwachten. De komende tijd zal moeten blijken of verzekeraars en werkgevers hier nieuwe wegen inslaan.

### ***Preventie als afrekenbaar product***

Het is wel noodzakelijk dat losse preventieve maatregelen zodanig gedefinieerd en afgebakend worden dat het herkenbare diensten of producten zijn, die in rekening kunnen worden gebracht. Bij de verkenning hiervan wil het ministerie van VWS voorrang geven aan maatregelen die aansluiten bij de vijf prioriteiten uit de preventienota. Een 'beweegrecept' zou niet alleen in het uitschrijven, maar ook bij de uitvoering op dezelfde manier gezien moeten worden als een recept voor een medicinale bloeddrukverlager. In de verkenning van mogelijkheden hiervoor zijn de kosten vanzelfsprekend een relevant aspect. Ook preventieve interventies kosten geld.

### ***Lifestyle en andere risicoverlagende geneesmiddelen***

Geneesmiddelen worden op grote schaal gebruikt voor preventieve doeleinden. De bekendste zijn natuurlijk bloeddrukverlagers en cholesterolverlagers, waar in 2003 ongeveer 600 miljoen aan werd uitgegeven. Grote delen van preventie door medicijnen zijn historisch onderdeel van de verzekerde zorg. Vaak zijn ook andere interventies mogelijk. Wandelen, afvallen of stoppen met roken kunnen een alternatief zijn voor bloeddruk- en cholesterolverlagers, een afslankpil of een antirookpil. De discussie hierover is nog niet afgerond, zo blijkt ook uit het eerder genoemde CVZ-rapport. In sommige gevallen zal de combinatie van vaccins of geneesmiddelen met leefstijladvies zorgen voor optimale resultaten.

### ***Versterking prikkels in het verzekeringssysteem***

Parallel aan de verkenning hoe partijen preventie beter kunnen inbedden in de zorgverlening, moet het ministerie met voorrang verkennen of en welke aanpassingen in de zorgverzekering er aan kunnen bijdragen dat verzekeraars een sterkere prikkel krijgen om preventie-inspanningen te steunen. Uit onderzoek blijkt dat financiële prikkels bovendien goed werken voor de moeilijker te bereiken doelgroepen.

Onder de Zorgverzekeringswet valt de kostenafweging van verzekeraars tussen preventie en curatie op dit moment nog te snel in het nadeel uit van preventie. De reden is dat de kosten van preventie voornamelijk worden gemaakt in de eerste lijn. Verzekeraars dragen het risico van deze kosten voor 100 procent in tegenstelling tot de kosten van de curatieve kosten van de ziekenhuiszorg; die worden gedeeld met andere verzekeraars. Datzelfde gebeurt met winsten die een verzekeraar op de curatieve zorg behalen door meer aan preventie te doen. Het beleid is erop gericht om de risicodragendheid van verzekeraars voor ziekenhuiszorg te vergroten in samenhang met een verdergaande aanpassing van de ziekenhuisbekostiging. Dat zal ten goede komen aan de preventieve zorg.<sup>5</sup>

Een andere stimulans voor preventie kan komen via het bij de Tweede Kamer ingediende wetsvoorstel voor het verplichte eigen risico. Daarin is opgenomen dat bij Algemene Maatregel van Bestuur (AmvB) vormen van zorg of overige diensten kunnen worden aangewezen waarvan de zorgverzekeraar kan bepalen dat deze buiten het verplichte eigen risico vallen en onder welke voorwaarden. Onderzocht kan worden of verzekeraars daarmee ook kortingen kunnen gaan geven aan verzekerden die bijvoorbeeld deelnemen aan preventieprogramma's waardoor zij gezonder gaan leven en minder ziektekosten hebben. Hierbij moet in ieder geval worden voorkomen dat

---

5. *Brief over het risicovereveningssysteem, 18 januari 2007, Kamerstuk 2006-2007, 29689, nr. 129, Tweede Kamer en brief. Uitbreiding vrije prijzen van 11 juli 2007 Kamerstuk 2006-2007, Tweede Kamer.*

verzekeraars de informatie die ze hiermee over hun cliënten in handen zullen krijgen, zullen gaan gebruiken om risicoselectie toe te passen.

### ***Innovatie, ICT en E-health***

Nieuwe ideeën kunnen ontstaan door de chemie van het combineren. Door mensen uit de zorg samen te brengen met mensen uit andere sectoren (bedrijfsleven, onderwijs, ICT, filosofen, trendwatchers, kunstenaars, etc.) wordt een omgeving gecreëerd waar innovaties kunnen ontstaan. Iets dergelijks gebeurt al bij de academische werkplaatsen. Netwerken en allianties worden ook in het gezondheidsdomein regel in plaats van uitzondering.

Er verschijnen nieuwe producten op de markt en de toepassingsgebieden van bestaande producten worden in hoog tempo breder. Grote winst ligt bij procesmatige innovatie in de zorg, vaak door een beter gebruik van ICT-mogelijkheden. Innovaties kunnen sneller en gericht worden ontwikkeld en doelmatiger en eerder worden ingevoerd.

Op het terrein van preventie zijn belangwekkende innovaties de monitoring op afstand, therapietrouw door bijvoorbeeld medicatiereminders per mail of per sms en speciaal ontwikkelde disease-managementprogramma's bij bepaalde aandoeningen. Bovendien is innovatie nodig en mogelijk om te komen tot geïndividualiseerde communicatie die aansluit op de persoonlijke omstandigheden van mensen.

Preventie en behandeling via internet is een andere opkomende ontwikkeling. Vooral in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) vinden experimenten plaats en is er een verschuiving van behandeling naar preventie en van klinische zorg naar zelfhulp. Er zijn al internetinterventies voor zaken als overgewicht, depressie, stressstoornis, slaapproblemen en middelengebruik zoals roken en drinken.

#### **Kernpunten**

- De openbare gezondheidszorg wordt gekenmerkt door versnippering en kleinschaligheid. Aanpassing van de infrastructuur en aandacht voor resultaatsturing en –financiering is nodig.
- Ook is in de openbare gezondheidszorg winst te behalen door innovatie en verdere professionalisering.
- De eerste lijn doet al het nodige op het gebied van preventie, maar er zijn grote onderlinge verschillen en meer is mogelijk.
- Er moeten meer verbindingen komen tussen de eerste lijn en de openbare gezondheidszorg. Alle partijen moeten samenwerken om de financiële, organisatorische en mentale belemmeringen die tussen deze systemen worden waargenomen te minimaliseren.
- Het creëren van de gewenste (financierings-)structuur en continuïteit moet op den duur een goed samenspel zijn van bekostiging van de preventieve zorgverlener enerzijds en vergoeding vanuit de zorgverzekering en rijksregelingen anderzijds. Daarover dienen wel aparte besluiten te worden genomen. Een brede programmatische aanpak met kwaliteitsindicatoren en met zorgstandaarden als norm voor goede zorg, kan er voor zorgen dat marktwerking en concurrentie op kwaliteit daadwerkelijk op gang komt, waardoor een 'zorginkoopmarkt' ontstaat waarop verzekeraars actief op zoek zijn naar kwalitatief hoogwaardige geïntegreerde zorg.
- Twee verkenningen zijn nodig. Met voorrang moet verkend worden welke aanpassingen in de zorgverzekering verzekeraars sterker kunnen prikkelen om preventie-inspanningen te steunen. Vervolgens moet verkend worden hoe innovaties (geneesmiddelen, ICT-gerelateerd en andere producten) kunnen worden ingezet om gezondheidswinst te behalen.



## 6. Bestuurlijke omgeving: verbinden, samenwerken en moderniseren

### 6.1 Inleiding

Hoofdstuk drie gaf aan welke partijen belang hebben bij het verbeteren van de gezondheid en wat ieders verantwoordelijkheid daarbij is. In hoofdstuk 4 en 5 zijn die belangen in twee grote lijnen, te weten gedrag en omgeving en preventie en zorg, met elkaar verbonden. Ook schetst het ministerie in die hoofdstukken welke wegen ingeslagen moeten worden om tot een nieuw preventiebeleid te komen.

Voor de overheid is die verantwoordelijkheid zelfs in de grondwet verankerd. Daarom geeft VWS in dit hoofdstuk een beeld van wat er binnen het domein van de overheid moet gebeuren om de bestuurlijke context te verbeteren waar het kan en vernieuwen waar het moet. Dat alles wel in het besef dat de tijd voorbij is dat alles centraal geregeld wordt. Betere gezondheid blijft vooral ook een zaak van mensen zelf en kan, ook waar het ondersteuning en sturing vanuit de overheid betreft, het beste in samenspraak en in korte lijnen met hen. Dat betekent dus ook een sterke nadruk op het lokale niveau en een appel op gemeenten om een krachtig gezondheidsbeleid te voeren. Van een openbaar gezondheidsbeleid op weg naar een gezond openbaar beleid!

### 6.2 Preventiecyclus

In de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid, is in 2002 de verhouding tussen landelijke en lokale overheid vastgelegd in een vierjarige preventiecyclus. De rijksoverheid stelt prioriteiten en zet kaders waarbinnen gemeenten verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van lokaal beleid. In de WCPV zijn ook de toezichthoudende taak van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en de analyserol van het Centrum voor Volksgezondheid Toekomst Verkenningen (VTV) van het RIVM opgenomen. De preventiecyclus is nog maar jong en gemeenten zijn in 2007 pas toe aan hun tweede nota lokaal gezondheidsbeleid. Het ministerie van VWS zal de cyclus langjarig gaan gebruiken als basis voor beleid. De toetsfunctie van de Inspectie vervult een cruciale rol.

**Figuur 3 Preventiecyclus**



### **6.3 Lokaal beleid**

Bij gemeenten neemt gezondheidsbeleid een steeds belangrijker plaats in, Dat er nog verbeteringen mogelijk zijn bleek uit een rapport van de Inspectie in 2005 waaruit bleek dat veel gemeenten problemen in de uitvoering van voorgenomen activiteiten hebben: een (groot) aantal gemeenten kende de lokale gezondheidssituatie nog onvoldoende om de juiste prioriteiten te kunnen vaststellen. De Inspectie concludeerde dat er onvoldoende gebruik wordt gemaakt van bewezen effectieve maatregelen. In de uitvoering van het lokale beleid spelen de GGD'en, waar gemeenten – al dan niet in gezamenlijkheid – eigenaar van zijn, een belangrijke rol. Ook thuiszorgorganisaties, van oudsher vooral belast met ouderenzorg, hebben hier in toenemende mate een taak. VWS constateert dat veel gemeenten hun verantwoordelijkheid voor lokaal gezondheidsbeleid oppakken en ziet graag dat zij dit met kracht doorzetten en vertalen in verdere effectieve beleidsmaatregelen, zowel binnen hun wettelijke taken als op andere beleidsterreinen die met gezondheid te maken hebben. Juist ook op lokaal niveau kan naar samenwerking en het samengaan van belangen gezocht en gemeenten hebben daarbij een belangrijke regie- en aanjaagrol. Er zijn ook goede voorbeelden, zoals het al eerder genoemde 'Lekker Fit!' programma in Rotterdam.

### **6.4 Modernisering van openbare gezondheidszorg**

De openbare gezondheidszorg wordt in veel gevallen gekenmerkt door kleinschaligheid en versnippering. Om dit tegen te gaan, gaat de rijksoverheid door met de ontwikkeling van gebiedscongruentie tussen GGD regio's en de regio's van de Geneeskundige Hulp bij Ongevallen en Rampen (GHOR). De zogenaamde 25-5-1 formule: 25 GGD'en, 5 landsdelen als aanspreekpunt voor het ministerie van VWS. De centrumvorming van het RIVM krijgt verder vorm. Ook gaat de overheid verder met de modernisering van het Rijksvaccinatieprogramma en van de bevolkingsonderzoeken. Daarbij zal zij oog houden voor de eigenstandige verantwoordelijkheden van alle belanghebbenden en de bevoegdheden van de verschillende bestuurslagen. Maar het is voor iedereen duidelijk dat er gezien de versnippering de nodige efficiencywinst te behalen valt.

Het ministerie van VWS gaat stimuleren dat GGD'en hun kwaliteitsbeleid en de opleidingseisen voor hun mensen naar een hoger niveau brengen op de manier zoals dat ook steeds verder vorm krijgt in de curatieve zorg. Instrumenten als richtlijnen, accreditatie en certificering zullen veel aandacht krijgen.

### **6.5 Beter kennisbeheer als onderdeel regiefunctie van de rijksoverheid**

Als onderdeel van haar regiefunctie heeft de rijksoverheid een verantwoordelijkheid voor een efficiënt kennisbeleid. Dit geldt vooral ook voor het op een bruikbare manier beschikbaar stellen van die kennis en de daaruit voortvloeiende toepassingen. Het ministerie van VWS doet dat door het verlenen van opdrachten aan gezondheidsbevorderende instituten om hulpmiddelen en informatiemateriaal te maken dat daadwerkelijk in de praktijk kan werken. In de komende jaren zal er in het onderzoek ook meer aandacht voor de maatschappelijke baten van gezondheid en preventie in het onderzoek moeten zijn, zoals bijvoorbeeld het verband tussen schoolresultaten en gezondheid. ZonMw heeft de taak om nieuwe dingen te laten ontdekken en uit te laten proberen. Het is aan het RIVM om te weten hoe de vlag erbij hangt en inhoudelijke regie te voeren. De rijksoverheid gaat in haar verantwoordelijkheid voor het kennisbeleid investeren en gaat het opdrachtgeverschap versterken.

### **Centrum Gezond Leven**

Bij het RIVM wordt een Centrum Gezond Leven ingericht. Dit brengt vraag en aanbod van kennis over gezondheid samen, voert regie over het aanbod van gedragsbeïnvloedende methoden en zorgt boven alles voor betere samenwerking tussen de bestaande gezondheidsbevorderende en landelijke werkende organisaties. Door een betere organisatie van de beschikbare kennis kunnen de professionals binnen GGD'en, scholen, werkomgevingen enz. zich richten op een kwalitatief goede uitvoering en het op maat maken van die kennis voor hun werk. Dat voorkomt de opeenstapeling van kleine projecten en het steeds weer opnieuw uitvinden van het wiel. Lokale innovaties die veelbelovend zijn, moeten zich daarentegen snel als een olievlek kunnen verspreiden.

### **Preventieprogramma ZonMw**

*Het Preventie Programma van ZonMw draagt bij aan de vergroting van de kennis over preventie en preventie maatregelen. Het programma richt zich op de totstandkoming en toepassing van effectieve maatregelen, doelmatigheid, effectiviteit en implementatie. De hiaten in bestaande kennis over preventie zijn in beeld gebracht in samenwerking met RGO, EUR/MGZ en TNO. Andere deelnemers in het werkveld van ZonMw zijn de thuiszorgorganisaties, gezondheidsbevorderende instituten en GGD'en. Het programma loopt van 1997 tot 2014, verdeeld in drie termijnen met verschillende deelprojecten.*

## **6.6 Kennis over kosteneffectiviteit**

Aansluitend op de noodzaak voor een betere regiefunctie in kennisbeheer, zoals genoemd in par. 6.4, constateert het kabinet dat er weinig bekend is over de kosteneffectiviteit van maatregelen. Dat maakt het formuleren van een optimaal pakket van maatregelen moeilijk. Vaak wordt slechts een beperkt deel van de kosten, opbrengsten en effecten meegenomen bij de evaluatie, is niet bekend wat de maatregelen voor effect hebben op specifieke doelgroepen (zoals lage SES, jongeren) en is vaak nader onderzoek nodig om te bepalen onder welke voorwaarden grootschalige invoering van een experiment succesvol zal zijn. Proeven met effectief gebleken interventies zullen aanvullende kennis over rendabele investeringen in preventie opleveren. Bij de onderzoeksprogrammering zal het kabinet het accent leggen op kennis over kosteneffectiviteit in de brede zin van het woord in aansluiting op deze visie. Met name het in de box hierboven beschreven programma van ZonMw zal daar de komende jaren een rol in spelen.

## **6.7 Gezondheid als voorwaarde voor én resultaat van meedoen**

Met de Wet Maatschappelijke Ondersteuning van 2007 hebben gemeenten nog een instrument in handen gekregen voor een doeltreffend gezondheidsbeleid. Doel van die wet is te bevorderen dat mensen 'meedoen' in de samenleving. Het bevorderen van deelname aan het maatschappelijk leven en het bevorderen van gezondheid liggen in elkaars verlengde. Er is geen lineaire relatie: gezondheid en participatie versterken elkaar. Als je niet gezond bent kun je moeilijker meedoen, terwijl je je beter voelt als je meedoet. Naarmate de vergrijzing toeneemt, het aantal chronisch zieken stijgt en er steeds meer mensen met psychische of verstandelijke beperkingen in de maatschappij komen, moet er meer aandacht komen voor de kwaliteit van leven. Met de nieuwe wet kunnen de gemeenten de aandacht voor kwaliteit van leven versterken. Gemeenten hebben met de wet grote kansen op het verbeteren van levensvoorwaarden zodat problemen worden voorkomen én mensen in staat zijn in gezondheid te leven. Het eerder genoemde samengaan van belangen van verschillende sectoren speelt ook hier nadrukkelijk. Gemeenten kunnen de fysieke infrastructuur verbeteren met bereikbare en toegankelijke voorzieningen, maar ook het armoedebeleid en de jeugdzorg in het kader plaatsen van hun aanpak van probleemwijken. Ook zal het ministerie van VWS het lokale beleid mogelijk

maken door kennis beschikbaar te stellen, door vergelijkend onderzoek te laten uitvoeren en door ontmoetingen tussen gemeentelijke diensten te organiseren.

### **6.8 Centra voor Jeugd en Gezin**

Zoals al aangegeven in het programma 'Alle kansen voor kinderen' van het ministerie van Jeugd en Gezin neemt het kabinet de totstandkoming van Centra voor Jeugd en Gezin met kracht ter hand. Deze centra zijn voor ouders, kinderen én jongeren (van min 9 maanden tot 23 jaar) een duidelijk en laagdrempelig centraal punt voor opgroei- en opvoedvragen, adequate en passende hulp, en coördinatie van die hulp. De centra zijn er voor alle ouders, kinderen en jongeren en niet alleen voor probleemgezinnen. Basis is de jeugdgezondheidszorg: deze is met een bereik van ruim 95 procent bijzonder laagdrempelig. De centra zijn ook een centraal punt voor professionals voor vroegtijdige signalering. De centra brengen diverse instanties en functionaliteiten samen die nu nog te veel langs elkaar heen werken.

### **6.9 Verbetering van handhaving en toezicht**

Een van de belangrijkste maatregelen in het terugdringen van het alcoholgebruik door jongeren is het beter handhaven van bestaande leeftijdsgrenzen voor de verkoop van alcohol. Om die handhaving bij alcoholverkoop en toezicht op de rookvrije horeca mogelijk te maken is er in 2008 extra budget voor de VWA. Daarnaast starten er in samenspraak met BZK in 2008 pilots met gemeentelijk toezicht op de drank- en horecawet. Bij succes van deze projecten zal in overleg met BZK bekeken worden hoe het gemeentelijk toezicht verder uitgerold kan worden en wat daarin de rol van de VWA wordt.

### **6.10 Internationaal samenwerken en internationale contacten benutten**

Aan de andere kant van het geografisch spectrum is Nederland slechts onderdeel van een snel globaliserende wereld. Op het gebied van gezondheidsbescherming is internationale samenwerking een vereiste, zoals bij het voorkomen van de uitbraak van grootschalige infectieziekten. Verder zijn grote maatschappelijke trends bijna universeel zoals, bijvoorbeeld de obesitasepidemie. Andere maatschappelijke actoren, bijvoorbeeld het bedrijfsleven, zijn internationaal georganiseerd. ICT toepassingen en ontwikkelingen zijn vrijwel niet plaatsgebonden.

Voor wettelijke regelgeving is de rijksoverheid in toenemende mate afhankelijk van internationale en Europese afspraken en regelgeving. Enerzijds heeft de regulering van de Europese Unie (EU) impact op de Nederlandse situatie, anderzijds heeft Nederland de EU soms ook nodig voor een effectieve aanpak. Steeds vaker zal de rijksoverheid moeten aansluiten bij wereldwijde of Europese afspraken. Het ministerie van VWS zal zich proactief en betrokken opstellen bij de totstandkoming van die afspraken.

Internationale organisaties zoals de EU, de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO), de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) en de Wereldbank, kunnen een schat aan kennis opleveren. Het ministerie van VWS gaat de kennis van die organisaties beter gebruiken, vooral op de twee hoofdlijnen van deze visie, gedrag relateren aan omgeving en preventie en zorg met elkaar verbinden.

Ook van ervaringen in andere, vergelijkbare landen en het onderhouden van contacten kan VWS leren. Internationale vergelijkingen moet het ministerie gebruiken om zichzelf te verbeteren en scherp te houden. Op het gebied van integraal overheidsbeleid, modernisering van de openbare gezondheidszorg en innovatieve preventieconcepten valt veel te leren van het Verenigd Koninkrijk, de Scandinavische landen en sommige Angelsaksische landen als Canada, Australië en Nieuw-Zeeland.

Op het gebied van gezondheid gaat VWS de ervaringen in die landen beter benutten dan tot op heden is gedaan. Nederland kan ook wel eens gewoon volgend zijn, in plaats van 'gidsland'. Daarnaast kan kennis halen niet zonder kennis brengen. Er is in het buitenland veel belangstelling voor de veranderingen in het Nederlandse zorgstelsel en de verbinding die tussen preventie en curatie wordt gelegd. VWS zal de Nederlandse kennis ook actief uitdragen.

#### **Kernpunten**

- De preventiecyclus is nog jong, maar gemeenten beginnen hun verantwoordelijkheid te nemen voor gezondheidsbeleid. Een heldere taakverdeling met GGD'en en de curatieve gezondheidszorg is nodig om meer gezondheidswinst te boeken.
- Gemeenten zijn bij uitstek vind- en werkplaats van samenwerking en dus de juiste plek om het begrip 'parallie van belangen' te operationaliseren.
- De rijksoverheid zal het kennisbeheer verbeteren als onderdeel van haar regiefunctie en daartoe onder andere het Centrum voor Gezond Leven gestalte geven.
- Het ministerie van VWS zal anticiperend zijn naar andere departementen en daarbij een oplossingsgerichte houding aannemen met oog voor de belangen die die departementen vertegenwoordigen.
- De wederkerigheid tussen gezondheid en meedoen is evident. Het ministerie van VWS moedigt gemeenten aan synergie te zoeken tussen lokaal gezondheidsbeleid en de Wet Maatschappelijke Ondersteuning.
- Verbeter handhaving van en toezicht op naleven leeftijdsgrenzen bij alcoholverkoop.
- Het buitenland is een bron van inspiratie. Versterk internationale samenwerking en benut internationale contacten beter.



## 7. Slot

De analyse uit de voorgaande hoofdstukken maakt duidelijk dat het huidige beleid en de uitvoering van taken te vaak vrijblijvend blijft, versnipperd is en niet genoeg gezondheidswinst oplevert. Het belang van een goed gezondheidsbeleid, inclusief preventie, zit echter niet alleen in gezondheidswinst. In toenemende mate wordt ingezien dat gezondheid en de zorgsector ook een positieve bijdrage leveren aan de samenleving. Ook kan preventie bijdragen aan de houdbaarheid van het zorgstelsel zelf, omdat het een positieve invloed kan hebben op het beslag op schaarse middelen zoals arbeidskrachten.

Een aanpak om de meest actuele volksgezondheidsproblemen het hoofd te bieden en om preventie daadwerkelijk te laten bijdragen aan de samenleving en de houdbaarheid van het zorgstelsel vraagt om aanpassingen van het beleid en richtingen voor nieuw beleid. VWS gaat dat beleid uitwerken in vier thema's:

1. koesteren en innoveren
2. samenhangend en integraal gezondheidsbeleid
3. preventie in de zorg
4. bestuurlijke omgeving: verbinden samenwerken en moderniseren

De verdere uitwerking van de thema's zal als vervolg op deze visie in overleg met partijen gebeuren. Samen met de minister voor Jeugd en Gezin zal de minister van VWS als vervolg op deze preventievisie ook aan de slag gaan met de hoofdlijnenbrief over alcoholbeleid, het wijzigingsvoorstel Drank- en Horecabeleid, en een beleidsnota voor de aanpak van overgewicht.

Het komende jaar komt VWS met een wetsvoorstel Publieke Gezondheid, een Voedingsnota, een drugspreventieplan en een tabaksactieplan. Verder stimuleert VWS 'Bewegen op recept' en stoppen met roken-ondersteuning via de zorg. Bovendien zal in overleg met onder andere het RIVM, ZonMw en de Gezondheidsraad bezien worden hoe het ministerie bestaande adviesprogramma's kan benutten voor het opzetten van een goed monitoring- en evaluatiesysteem van de uitvoering en effecten van het preventiebeleid.

Dwars door deze vier thema's en de twee hoofdlijnen van de visie heen staan bij die uitwerking de volgende principes centraal.

- **Parallellie van belangen:** de overheid ziet gezondheid als maatschappelijke kernwaarde, maar vooral ook als gerechtvaardigd belang tussen andere gerechtvaardigde belangen. Actief op zoek gaan naar waar die belangen elkaar versterken of waar gezondheid ten dienste kan zijn aan andere belangen levert belangrijke synergie.
- **Effectiviteit als norm:** preventieve interventies die niet werken stoppen, veelbelovende interventies onderzoeken op (kosten)effectiviteit. Bewezen (kosten)effectieve interventies dienen in principe in het verzekerd pakket, de AWBZ of daartoe relevante rijksregelingen opgenomen te worden, afhankelijk van budgettaire afwegingen.
- **De gezonde keuze de makkelijkste of de enige keuze:** de omgeving van mensen zodanig inrichten en de producten op zo'n manier aanbieden dat mensen 'automatisch' kiezen voor gezondheid.
- **Innovatief communiceren:** beter gebruik maken van oude en nieuwe media en marketingstrategieën en gezondheidsboodschappen uit verschillende omgevingen die op elkaar aansluiten.
- **Leren van het buitenland en andere sectoren:** niet alles zelf uitvinden, successen delen en toepasbaar maken voor het behalen van gezondheidswinst.
- **Belang jeugd voorop in preventie:** in het preventiebeleid specifieke aandacht geven aan maatregelen die ten goede komen aan de jeugd. Jong geleerd is immers oud gedaan. De leefstijl die iemand hanteert wordt in belangrijke mate bepaald door de opvoeding.

Het kabinet roept al haar partners in preventie met parallele belangen – in en vooral ook buiten de gezondheidssector – op om bij te dragen en mee te werken aan het realiseren van deze agenda voor verandering en versterking van ons preventiebeleid. Maar het kabinet roept niet alleen op. We zullen, juist met oog op de problematiek rond alcohol, drugs en overgewicht, de samenwerking verdiepen en institutionaliseren. Wij zullen daar ook de publieke randvoorwaarden voor scheppen. Ook doen we een beroep op onze partners om preventie in het eigen beleid een duidelijker plaats te geven.

Samen op weg naar een gezonder Nederland!



## Belangrijkste bronnen

Baal PHM van, et al. Bouwstenen voor keuzes rondom preventie in Nederland. RIVM-rapport nr. 260901001. Bilthoven: RIVM; 2006.

Baal PHM van, et al. Potential health benefits and cost effectiveness of tobacco tax increases and school; intervention programmes targeted at adolescents in the Netherlands. RIVM-rapport 260601002. Bilthoven: RIVM; 2005.

Bekker-Grob EW de, et al. Kosten van preventie in Nederland 2003. Bilthoven: RIVM; 2006.

Buddingh KL. Decision Making Criteria in Public Health. The illusions, elucidations and elusiveness of decision making criteria. Rotterdam: 2007.

Brug H. Department of public health, Erasmus University MC. E-health promotion. Speech 5e Nationaal Congres Gezondheidsbevordering en Preventie, NIGZ, 25-26 januari 2007.

Buijs R. Agenda setting for Public Health Policy in the Netherlands: Let's make it everybody's business. Final Paper as part of the master of public health program of The Netherlands school of public health. Amsterdam: AMC/UVA; juli 2001.

CBS. Gezondheid en de zorg in cijfers 2006. Voorburg/ Heerlen: CBS; 2006.

Coalitieakkoord tussen de Tweede Kamerfracties van CDA, PvdA en ChristenUnie. Den Haag: 7 februari 2007.

CVZ. Preventie in cijfers 2000-2005. Diemen: september 2006.

CVZ. Essaybundel: van preventie verzekerd. Juni 2007.

GGD Rotterdam-Rijnmond. Gezond in de stad: vastgesteld december 2006. Kernnota openbare gezondheidszorg gemeente Rotterdam. Rotterdam: 27 maart 2007.

Gemengde Commissie Communicatie. 50 Aanbevelingen voor communicatie met en door een andere overheid. Den Haag: juni 2005.

Gezondheidsraad. De toekomst van het Rijksvaccinatieprogramma: naar een programma voor alle leeftijden. Den Haag: maart 2007; publicatienr. 2007/02.

Gezondheidsraad. Natuur en gezondheid, invloed van de natuur op sociaal, psychisch en lichamelijk welbevinden. Den Haag: 9 juni 2004.

Hollander AEM de, et al. Zorg voor gezondheid. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006. Bilthoven: RIVM; 2006.

Kohnstamm J. Innovatie in de openbare gezondheidszorg. Kan ik er wat mee doen? Eindrapportage Stimuleringsfonds OGZ. Den Haag: 30 oktober 2006.

Kooiker S, et al. Een nuchtere kijk op gezond gedrag. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau; maart 2007.

Kramer P. TNS-NIPO. Rapport Kun je gezond genieten? Amsterdam: TNS-NIPO; maart 2007.

MinEZ. De psychologie van het kiezen. Over consumentengedrag in geliberaliseerde markten. Den Haag: Kenniscentrum voor ordeningsvraagstukken; 26 februari 2007.

MinVROM. Beter leven in betere wijken. De sociale opgave in stedelijke vernieuwing. Den Haag: juli 2006.

MinVWS. Preventienota kiezen voor gezond leven. Den Haag: 6 oktober 2006.

MinVWS. Niet van later zorg. Den Haag: 2007.

MinVWS. Speerpunten en actieprogramma kiezen voor gezond leven. Den Haag: 6 oktober 2006.

MinVWS. Vraag Aanbod, Hoofdlijnen van vernieuwing van het zorgstelsel. Den Haag: 6 juli 2001

MinVWS. Publieke gezondheid, Observaties, Conclusies en Aanbevelingen van de Werkconferentie Publieke Gezondheid, 18 januari 2005 te Den Haag. Den Haag: 2005.

MinVWS. Nieuwsbrief Preventienota nr. 8. Den Haag: 5 april 2007

MinVWS. Standpunt op de Publieke Gezondheid van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Den Haag: 22 januari 2007.

Nyfer. Van patiënt tot partner, 2005

PH Forum. Jaarboek Publieke Gezondheid 2007. Abcoude: juni 2007.

Pol B, et al. Nieuwe aanpak in overheidscommunicatie. Bussum: Couthino; december 2006.

Ruwaard D. Preventie centraal: lokaal & nationaal. Speech 5e Nationaal Congres Gezondheidsbevordering en Preventie. NIGZ, 25-26 januari 2007.

RVZ. De strategische beleidsagenda zorg. 2007–2010. Den Haag: 1 februari 2007.

RVZ. Publieke gezondheid. Den Haag: 2006.

Saan H, et al. Gezond effect bevorderen. Woerden: NIGZ; april 2005.

Saltman R, et al. Primary Care in the Driver's Seat? Organizational reform in European Primary Care. Brussel: . European Observatory; 2006.

Ståhl T, et al. Health in All Policies: Prospects and potentials. Helsinki: november 2006.

Stimuleringsfonds OGZ. Innovatie in de openbare gezondheidszorg, kan ik er wat mee doen? Eindrapportage van SOGZ. Den Haag: 30 oktober 2006.

- Storm I, et al. Integraal gezondheidsbeleid: theorie en toepassing. Bilthoven: RIVM, 2007.
- Tiessen A, et al. Een gele kaart voor de sport. Een quick scan naar wenselijke en onwenselijke praktijken in en rondom de breedtesport. Den Haag: SCP; april 2007.
- TNO. Doorontwikkeling integraal gezondheidsmanagement, evaluatie pilotprojecten. Hoofddorp: 13 november 2006.
- TNO Kwaliteit van leven. Kinderen in prioriteitswijken: lichamelijke (in)activiteit en overgewicht. Leiden: september 2005.
- Verweij M.F. Ethiek van preventie, een achtergrondstudie. Zoetermeer: Nationale Raad voor de Volksgezondheid, maart 1992
- VWA. Samenvatting: Signalling change – working with the private food sector to improve nutrition. Den Haag: 8 februari 2007.
- Werkgroep IBO preventie. Gezond gedrag bevordert. Interdepartementaal beleidsonderzoek 2006 – 2007, nr 1. Den Haag: juni 2007.
- Westert GP, et al. De prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg in 2004. Bilthoven: RIVM; mei 2006.
- WHO. Preventing chronic diseases, overview. A vital investment. Geneva: 2005.
- WHO. The World Health Report 2002. Reducing risks, promoting healthy life. Geneva: 2002.
- WHO. The World Health Report 2003. Shaping the future. Geneva: 2003.
- WHO. Global strategy for diet, physical activity and health. Geneva: May 2004.
- WHO. European charter on counteracting obesity. Istanbul: November 2006.
- WHO Europe. Gaining Health. The world strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases. Copenhagen: 2006.
- WHO Europe. Physical activity and health in Europe. Evidence for action. Copenhagen: 2006.
- Wildt JE de, et al. Medisch Contact. Koester eerstelijns zorg. Januari 2007.
- Wilk AE van der, et al. Leren van de burens. Bilthoven: RIVM; juli 2007.
- Witte K, et al. Meta-Analysis of Fear Appeals: Implications for Effective Public Health Campaigns. Health Education & Behavior Vol. 27. 2000.
- WRR, De borging van publiek belang. Den Haag: SDU; 2000.
- WRR, Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. Volksgezondheidszorg. Den Haag: SDU; 1997.