

Vergaderjaar 2008–2009

**22 894**

**Preventiebeleid voor de volksgezondheid**

**Nr. 209**

**BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 22 december 2008

Hierbij bied ik u, mede namens de Minister van WWI, mr. Eberhart van der Laan, het beleidsplan van het kabinet voor de aanpak van gezondheidsverschillen op basis van sociaaleconomische achtergronden aan. Dit plan is aangekondigd in mijn brief van 9 juli 2008 (TK 2007–2008, 22 894, nr. 176).

Het beleidsplan is de reactie van het kabinet op de motie Van der Veen over sociaaleconomische gezondheidsverschillen (TK 2007–2008, 31 200 XVI, nr. 49) en op de motie Arib over allochtone verschillen in gezondheid en zorggebruik (TK 2007–2008, 31 316, nr. 15).

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
A. Klink

## NAAR EEN WEERBARE SAMENLEVING

### Beleidsplan aanpak gezondheidsverschillen op basis van sociaaleconomische achtergronden

<b>Inhoudsopgave</b>		<b>blz.</b>
<b>Samenvatting</b>		<b>3</b>
<b>1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>Analyse</b>	<b>7</b>
2.1	Cijfers	7
2.2	Oorzaken	7
2.3	Analyse van gezondheid in krachtwijken	9
2.4	Analyse van gezondheidsverschillen en zorggebruik van allochtonen	9
<b>3</b>	<b>Visie</b>	<b>12</b>
3.1	Doelstelling en monitoring	12
3.2	Integraal beleid: centraal en lokaal	13
3.3	Verbinding preventie en curatie	14
3.4	Legitimatie overheidsinterventie	15
<b>4</b>	<b>Maatregelen</b>	<b>16</b>
4.1	Overwegingen t.a.v. instrumenten en maatregelen	16
4.2	Maatregelen buiten het domein van VWS	17
4.3	Maatregelen op het terrein van VWS	18
4.4	Wijkaanpak	21
4.5	Beleid en -voornemens voor verbeteren gezondheid allochtonen	23
<b>5</b>	<b>Verdere procedure</b>	<b>25</b>
<b>Bijlagen<sup>1</sup></b>		
1)	Globaal overzicht van relevante SEGV beleidsinitiatieven uit de rijksbegroting 2008 en van het huidige interdepartementale beleid	
2)	Analyse van verschillen in gezondheid en zorggebruik van allochtonen	
3)	Adviesaanvragen parallelle belangen	

---

<sup>1</sup> Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

## Samenvatting

### Bevindingen

- Laagopgeleide mensen (LO + VMBO) leven ruim 2 jaar korter dan de gemiddelde Nederlander; hun gezonde levensverwachting is ruim 5 jaar korter. De verschillen tussen laagste (LO) en hoogste (HBO + WO) groep zijn voor mannen bijna 7 jaar in levensverwachting en bijna 19 jaar in gezond ervaren jaren. Voor vrouwen is dit bijna 6 jaar, respectievelijk ruim 16 jaar. Verschillen in gezondheid op basis van sociaal-economische achtergronden zijn aanzienlijk in Nederland, maar zijn in vergelijking met andere ontwikkelde landen beperkt.



- De WHO en veel andere internationale bronnen geven aan dat verschillen in levensverwachting niet alleen door biologische oorzaken verklaard kunnen worden maar ook door een complex van sociaal-economische factoren. Ook in Nederland is dit het geval.
- Ongezondheid is deels vermijdbaar. Er zijn sterke aanwijzingen dat lager opgeleiden meedoen met de algemene stijging van de levensverwachting. Hun relatieve ongezondheid wordt mede veroorzaakt door een trager tempo van aanpassing van gedrag aan nieuwe gezonde inzichten (zoals stoppen met roken).
- De gezondheid van allochtonen is over het algemeen genomen minder goed. Een deel is terug te voeren op sociaaleconomische status, maar etniciteit speelt ook een autonome rol. De verschillen in zorggebruik tussen allochtonen en autochtonen zijn te herleiden tot ziektebelasting en sociaaleconomische status. De toegang tot de zorg is voor iedereen goed. Wel zijn er aanwijzingen dat de zorg voor allochtonen soms effectiever kan.

### Visie

- Het kabinet streeft naar een concrete doelstelling met betrekking tot de gezonde levensverwachting van laagopgeleiden. Die zal worden geformuleerd op basis van een nadere analyse van de recent beschikbaar

gekomen cijfers en op basis van een aantal adviezen over effectieve interventies en over gezondheid in bedrijven, scholen en het lokale bestuur.

- Legitimaties voor overheidsoptreden zijn het bevorderen van rationele leefstijlkeuzes, het tegengaan van maatschappelijke schade als gevolg van een ongezonde omgeving of leefstijl en het bevorderen van sociale rechtvaardigheid. De vrije leefstijlkeuze wordt niet aangetast.

#### *Maatregelen*

- Het kabinet zorgt voor een samenhangende aanpak waarbij verschillende onderdelen van de beleidsterreinen van onder meer J&G, OCW, SZW, VROM, WWI, LNV en VWS met elkaar verbonden worden.
- Het kabinet heeft tal van maatregelen in gang gezet die bijdragen aan het verminderen van sociaaleconomische achterstanden, o.a. op het gebied van schoolverlaters, participatie, gezonde leefomgeving en bescherming van lage inkomens. In dit kabinetsbeleid heeft de aanpak van krachtwijken een bijzondere plaats.
- Andere maatschappelijke actoren dragen bij aan het oplossen van gezondheidsverschillen op basis van parallelle van belangen. Volgend jaar verwacht het kabinet advies van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ), de Onderwijsraad en de Raad voor Openbaar Bestuur (ROB) en de Sociaal Economische Raad (SER) over de stimulansen van gemeenten, scholen en bedrijven voor het bevorderen van gezondheid.
- Binnen het domein van VWS nemen de maatregelen die ten doel hebben een aantal preventieve interventies (stoppen met roken, beweegkuur, zelfmanagement en depressie preventie) in de basisverzekering te brengen een belangrijke plaats in. Dit zal de gezonde levensverwachting van laag opgeleiden, waar ongezonde leefgewoonten veel voorkomen, bevorderen.
- De plannen en interventies om de oorzaken van gezondheidsverschillen te verkleinen gelden uiteraard ook voor allochtonen die behoren tot de groep lager opgeleiden (scholing, inkomen). Het kabinet zal onderzoeken of, en zo ja hoe, de effectiviteit van zorg en leefstijlinterventies voor allochtonen verbeterd kan worden.

## 1 Inleiding

Wie kennis neemt van het dagelijkse wereldnieuws weet dat het ontbreken van een dak, voedsel of toegang tot school en dokter een ongunstige invloed heeft op gezondheid. In ons land is deze invloed relatief beperkt. Toch zijn ook hier grote verschillen, zowel in gezondheid als ervaren gezondheid. Laagopgeleide mensen<sup>1</sup> leven hier gemiddeld 2,4 jaar korter dan de gemiddelde Nederlander en 6,3 jaar korter in goede gezondheid. De verschillen tussen laagste en hoogste opleidingsniveau zijn nog groter: voor mannen is het verschil 6,9 respectievelijk 18,8 jaar.

Voor de wereldgezondheidsorganisatie (WHO) is de ongelijke verdeling van gezondheid tussen landen, maar ook binnen landen, al decennialang een prioriteit. In de Alma Ata verklaring van 1978 stellen alle lidstaten van de WHO dat economische, politieke en sociale ontwikkeling aan de basis ligt van het verkleinen van de gezondheidsverschillen, maar ook dat juist vanuit politiek, sociaal én economisch opzicht deze verschillen onacceptabel zijn. Sindsdien<sup>2</sup> is veel vooruitgang geboekt op het terrein van kennis en analyse en is het onderwerp op veel nationale agenda's terecht gekomen. Zo ook in ons land.

Twee commissies Sociaal Economische Gezondheidsverschillen hebben in de jaren negentig (Commissies Albeda) een beeld gegeven van de verschillen in ons land. Zij hebben beargumenteerd dat de aanpak een integrale, meerjarige strategie vereist van enerzijds effectief gebleken maatregelen en anderzijds onderzoek naar nieuwe maatregelen. Het pleidooi betrof een integraal beleid, screening van beleidsvoornemens op gezondheidseffecten en het stelselmatig volgen en analyseren van (oorzaken van) verschillen. Het toenmalige kabinet heeft de aanbevelingen van de Tweede Commissie onderschreven<sup>3</sup>, maar is nooit toegekomen aan een beleidsplan.

In het Coalitieakkoord is opnieuw geformuleerd dat het kabinet met een effectief preventiebeleid streeft naar minder grote verschillen in levensverwachting op basis van sociaaleconomische achtergronden. Vermijdbare ongezondheid is immers in veel opzichten een maatschappelijke schadepost. De Kamer heeft met de moties Van der Veen<sup>4</sup> en Arib<sup>5</sup> verzocht om een beleidsplan met aandacht voor wijkaanpak en allochtone verschillen in gezondheid en zorggebruik.

Hierbij presenteert het kabinet zijn plan van aanpak voor het verminderen van gezondheidsverschillen op basis van sociaaleconomische achtergronden. Het plan is een verdere uitwerking van de Kaderbrief preventie en gezondheid<sup>6</sup> van een jaar geleden. Daarin onderstreept het kabinet onder meer het belang van de relatie van leefomgeving met gezondheidsbevordering, zoals ook aangegeven door het Interdepartementaal Beleidsonderzoek (IBO) «Gezond Gedrag Bevorderd»<sup>7</sup>. Het hebben van een lagere sociaal economische status valt meestal samen met een ongezonde sociale en fysieke leefomgeving. Eveneens mede op advies van het IBO heeft het kabinet zich daarom voorgenomen actief op zoek te gaan naar samenwerking tussen de gezondheidssector en andere sectoren.

Dit plan is aangekondigd in mijn brief van 9 juli 2008<sup>8</sup>. Met die brief heb ik tevens een globale analyse van gezondheidsachterstanden en de hoofdlijnen van het beleidsplan aangegeven.

In dit plan kom ik kort terug op die analyse. Zo zijn onlangs nieuwe cijfers beschikbaar gekomen, die ik hiermee aan de Kamer voorleg. Daarna geef ik de visie van het kabinet op sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Vervolgens schetst het kabinet de maatregelen voor het bereiken van minder grote verschillen in levensverwachting op basis van sociaal-

<sup>1</sup> Hoogstens VMBO-opleiding (35% van de beroepsbevolking).

<sup>2</sup> De WHO heeft het onderwerp wederom op de agenda geplaatst met het recente eindrapport «Closing the Gap in a generation» van de Commission on Social Determinants of Health o.l.v. Sir Michael Marmot. Daarin wordt ook aandacht gevraagd voor de verschillen binnen landen, met name ook voor de «social gradient» door de hele samenleving heen in rijke landen. Ook de OESO en de EU benadrukken het belang van het onderwerp, mede in relatie tot obesitas.

<sup>3</sup> TK 28 000 XVI, nr. 18.

<sup>4</sup> TK 31 200 XVI, nr. 49.

<sup>5</sup> TK 31 316, nr. 15.

<sup>6</sup> TK 22 894, nr. 134.

<sup>7</sup> *Gezond gedrag bevorderd*, eindrapport van de IBO-werkgroep onder voorzitterschap van Prof. Dr. W. Groot; juni 2007. De kabinetsreactie op dit rapport is opgenomen in TK 22 894, nr. 134.

<sup>8</sup> TK 22 894, nr. 176.

economische achtergronden. Vanwege de sterke verwevenheid met het algemene sociaaleconomische beleid betreft dit deels maatregelen waar dit kabinet de voorbereiding reeds ter hand genomen heeft. Ook presenteert het kabinet nieuwe voornemens.

Op sommige punten is de uitwerking van deze voornemens nog niet definitief. In de komende maanden verwacht het kabinet adviezen van het College voor Zorgverzekeringen (CVZ), de RVZ, de Onderwijsraad, de ROB en de SER die in dit kader relevant zijn. Indachtig de aanbeveling van de commissie Albeda op het punt van het stelselmatig volgen en analyseren van de oorzaken van de verschillen is het voorts van belang de nieuwe cijfers nader door het RIVM te laten analyseren. Daarnaast hecht het kabinet er aan te melden dat veel punten uit het Coalitieakkoord feitelijk onderdeel uitmaken van de noodzakelijke integrale aanpak van verschillen. Deze initiatieven zijn nog in verschillende stadia van uitwerking, waarbij de onderlinge afstemming continue aandacht krijgt. Werken aan het terugdringen van verschillen is dan ten eerste «werk in uitvoering». Ook een realistische doelstelling voor de langere termijn ten aanzien van de achterblijvende gezondheid van lager opgeleiden, zoals destijds geformuleerd door de commissie Albeda, is nog afhankelijk van die nadere analyse en van de aanpak die op basis van genoemde adviezen kan worden ontwikkeld. In de loop van 2009 zal de Kamer daarom over de verdere voortgang worden geïnformeerd.

## 2 Analyse

In de visie op gezondheid en preventie stelt het kabinet dat ongezondheid als gevolg van leefstijl en omgevingsfactoren tot immateriële en materiële maatschappelijke schade leidt. Veel van dit vermijdbare gezondheidsverlies is geconcentreerd in relatief ongezonde groepen met een lage opleiding.

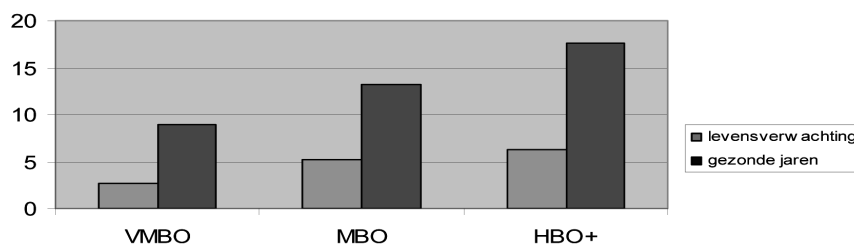
### 2.1 Cijfers

Tabel 1 en figuur 1 illustreren het verband tussen opleidingsniveau en gezondheid in Nederland rond het jaar 2000. De cijfers maken duidelijk dat de totale verschillen substantieel zijn en zelfs nog groter dan de Commissie Albeda veronderstelde<sup>1</sup>. Ook wordt duidelijk dat dit verband niet beperkt is tot het laagste opleidingsniveau, maar op alle niveaus zichtbaar is<sup>2</sup>.

**Tabel 1: Levensverwachting en als gezond ervaren jaren naar opleidingsniveau**

	%	Levensverwachting		Als gezond ervaren jaren	
		M	V	M	V
HBO/WO	21	79,1	83,8	69,0	69,2
MBO	42	77,1	83,7	63,7	65,6
VMBO	25	74,6	81,1	59,6	61,3
LO	11	72,2	78,1	50,2	52,8
(LO+VMBO)		73,9	80,2	56,7	58,7
<b>Totaal</b>		<b>76,5</b>	<b>82,3</b>	<b>62,7</b>	<b>63,6</b>

**Figuur 1: Extra (gezonde) levensjaren ten opzichte van lager onderwijs**



Bron: CBS<sup>3</sup>.

Een onderverdeling in vermijdbare en onvermijdbare ongezondheid is niet te geven, ook niet op basis van een internationale vergelijking. De weinige cijfers<sup>4</sup> die een internationale vergelijking wel mogelijk maken, duiden er op dat de totale verschillen in Nederland eerder kleiner dan groter zijn dan in de meeste andere ontwikkelde landen<sup>5</sup>.

### 2.2 Oorzaken

In mijn brief van 9 juli van dit jaar wees ik op de vele publicaties over de relatie tussen sociaaleconomische kenmerken en gezondheid. Uiteraard heeft iemand die van nature gezond is, een grotere kans op welvaart en een goede toekomst. Gezondheid stelt in staat tot presteren en prestatie wordt beloond. Wie van nature minder gezond is, heeft ook minder kans op succes. Daar komt bij dat ook gunstige sociaaleconomische omstandigheden de kans op gezondheid beïnvloeden. Dit gaat over een goede kwaliteit van lucht en huisvesting, hygiëne thuis, op straat, op werk of school, een positieve houding van de omgeving tegenover gezondheid,

<sup>1</sup> De Commissie Albeda ging uit van ruim 12 jaar verschil in gezonde levensverwachting tussen mensen met uitsluitend lagere school en mensen met MBO of hoger. Volgens de nieuwste cijfers is dit ongeveer 15 jaar. De groep met uitsluitend lager onderwijs zal naar verwachting verder afnemen.

<sup>2</sup> Zie ook het Whitehall-onderzoek van Marmot: onder Britse rijksambtenaren bleek de gezonde levensverwachting hoger naarmate de hiërarchische positie toenam.

<sup>3</sup> CBS, november 2008; de cijfers hebben betrekking op de periode 1997–2005.

<sup>4</sup> Er zijn veel gegevens over verschillen in Nederland, maar vaak zijn deze toegespitst op relevante groepen (wijken en allochtonen) en minder geschikt voor internationale vergelijking. Een veel gebruikte internationale maatstaf, o.a. in de EU, is de Gini-coëfficiënt voor de ongelijkheid in de inkomensverdeling. Nederland scoort daarbij een relatief gelijke verdeling, net als de Scandinavische landen. In de grote Europese landen is de verdeling minder gelijk.

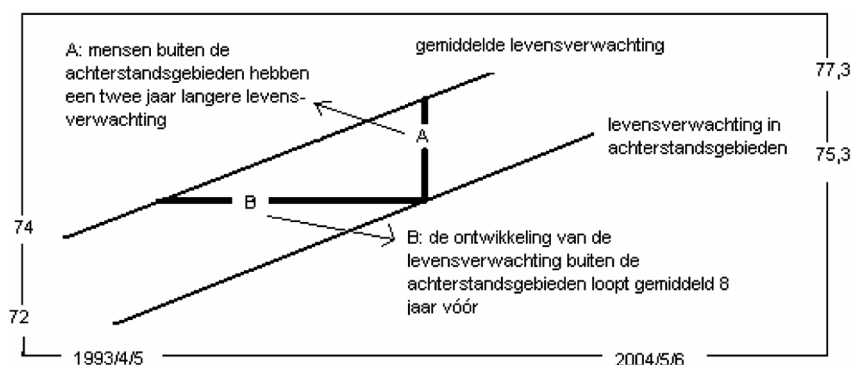
<sup>5</sup> Een recente studie (2008) van CHES over een aantal ontwikkelde landen (Europa, VS, Japan) geeft aan dat de spreiding rond de gemiddelde leeftijd van overlijden in Nederland en Zweden kleiner is dan in de andere onderzochte landen. Dit kan wijzen op relatief weinig vermijdbare sterfte. Dit behoeft niet samen te gaan met een hoge gemiddelde levensverwachting: in de VS en Japan is de spreiding groter, maar is de gemiddelde levensverwachting lager respectievelijk hoger dan in Nederland en Zweden.

leefstijl en persoonlijke ontwikkeling, vrijwaring van stress en toegang tot effectieve zorg.

In alle gevallen spelen gezondheidsvaardigheden (*health-literacy*) een rol. De dynamische moderne samenleving biedt een scala aan kansen en bedreigingen voor de gezondheid. Voedsel is soms gezond én soms ongezond, afhankelijk van dosering en persoonskenmerken. Hetzelfde geldt voor alcohol, bewegen en computerspelletjes. Alleen van roken en transvet weten we zeker dat elke dosis het lichaam beschadigt. Gezondheidsvaardigheid vergt, naast het kunnen verwerken van informatie, ook motivatie en doorzettingsvermogen.

Een belangrijke oorzaak voor gezondheid zijn leefstijlfactoren. Laag opgeleiden hebben gemiddeld een ongezondere leefstijl. De klassieke regels voor een lang en gezond leven (rust, reinheid en regelmaat) hebben gezelschap gekregen van moderne inzichten zoals niet-roken, bewegen, voeding, bescherming tegen overmatig zonlicht. Gezonde leefstijlen (in ruime zin) worden echter niet door iedereen op hetzelfde moment ontdekt en nageleefd maar doen min of meer geleidelijke hun intrede. Bij dergelijke processen zal regelmatig een verband met opleidingsniveau kunnen worden aangetroffen. Gezien de oorzaken van de relatieve ongezondheid van lager opgeleiden zou deze ten minste gedeeltelijk vermijdbaar moeten zijn. Deze stelling lijkt te worden bevestigd door de in figuur 2 weergegeven ontwikkeling in Engeland. De levensverwachting voor groepen met achterstand is niet statisch maar stijgt met even veel jaren als voor de gemiddelde bevolking.

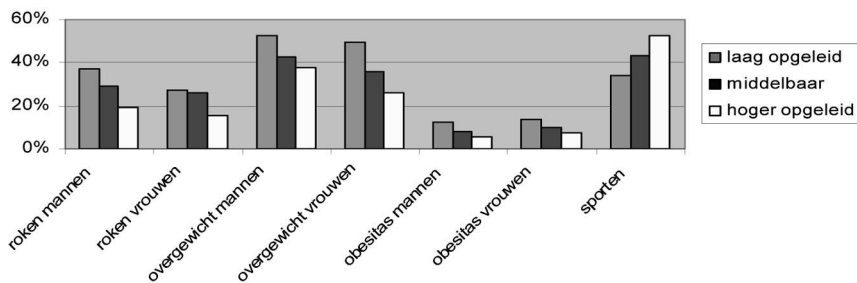
**Figuur 2: Socio-economische gezondheidsverschillen (Engeland, mannen)**



Bron: Ministerie van Volksgezondheid, Engeland, 2008.

Het verband tussen leefstijl en opleidingsniveau in Nederland wordt weergegeven in figuur 3.

**Figuur 3: Indicaties verband tussen leefstijl en opleidingsniveau**



<sup>1</sup> Figuur 3 is gebaseerd op de Monitor Gezondheidsachterstanden, waarin leefstijlcijfers uit verschillende jaren zijn verzameld. De gemiddeldes zijn berekend op basis van opleidingscijfers voor de totale bevolking van 25 tot 65 uit 2007.

Bron: RIVM/VWS<sup>1</sup>.



### 2.3 Analyse van gezondheid in krachtwijken

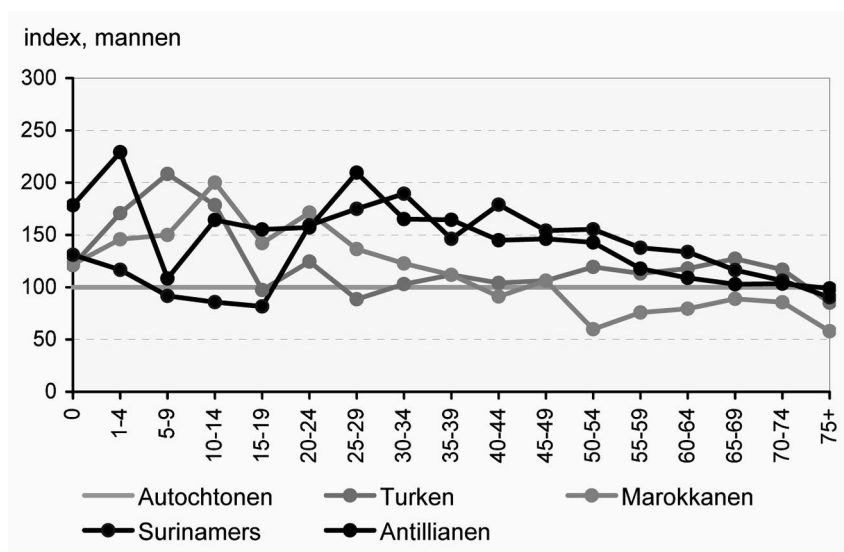
Het verband tussen sociaaleconomische kenmerken en gezondheid komt ook naar voren in een recente analyse voor het experiment Gezonde wijk. Het RIVM komt daarin tot de conclusie dat de inwoners van de krachtwijken gemiddeld een slechtere gezondheid hebben dan de rest van Nederland<sup>1</sup>:

- 25% van de bewoners in de krachtwijken beoordeelt zijn of haar gezondheid als minder dan goed. In de rest van Nederland is dat 17%;
- 24% van de bewoners in de krachtwijken heeft een langdurige aandoening. In de rest van Nederland is dat 21%;
- 20% van de bewoners in de krachtwijken heeft een beperking bij dagelijkse levensverrichtingen. In de rest van Nederland is dat 13%;
- 52% van de bewoners in de krachtwijken sport gemiddeld nul uur per week. In de rest van Nederland is dat 37%.

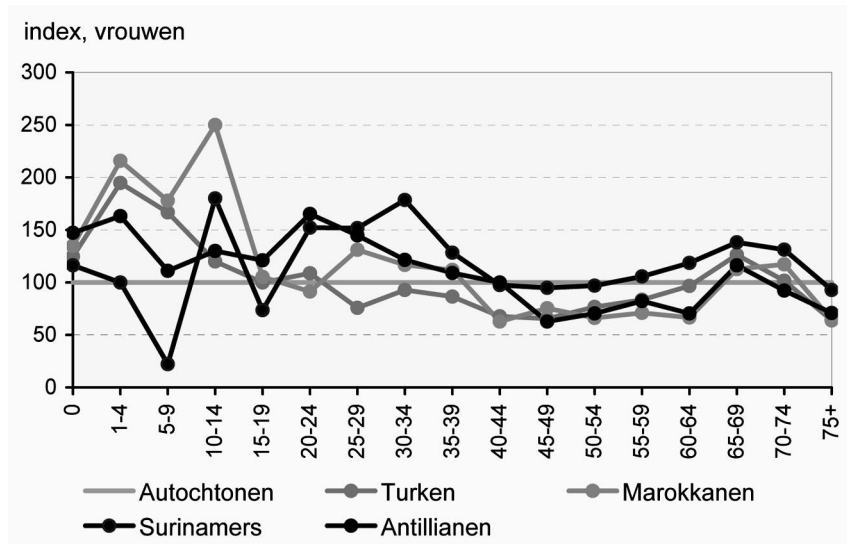
### 2.4 Analyse van gezondheidsverschillen en zorggebruik van allochtonen

In de Nederlandse samenleving is 10,8% van de bevolking van niet-westerse afkomst. De grootste groepen zijn Turken, Marokkanen en Surinamers. Etniciteit of herkomst correleert met mogelijke lichamelijke, mentale, sociale en maatschappelijke eigenschappen die van invloed zijn op leefwijze, leefomgeving, (perceptie en ervaring van) ziekte en gezondheid en zorgvraag. De gezondheid van niet-westerse allochtonen is over het algemeen genomen minder goed. De sterftekans van niet-westerse allochtonen, vooral mannen, ligt gemiddeld hoger dan die van autochtonen. Dit verschil wordt minder op hogere leeftijd (zie figuur 4).

**Figuur 4: Sterfte van niet-westerse allochtonen en autochtonen (=100) naar leeftijd en herkomstgroep in 2002–2006**



<sup>1</sup> Bron: Rapport RIVM Gezondheid in de 40 krachtwijken, 2008.



Bron: RIVM.

Gezondheidsverschillen doen zich ook voor op het gebied van sterfte rondom de geboorte en zwangerschap. Recentelijk is de Kamer schriftelijk uitgebreid hierover geïnformeerd<sup>1</sup>. In een AO op 9 oktober 2008 zijn de verloskundige keten en de zorgen over de relatief hoge babysterfte onder migranten aan de orde geweest. In voortgangsrapportages zal de Kamer over de voortgang van de toezeggingen worden geïnformeerd.

Een deel van de gezondheidsklachten van niet-westerse allochtonen kan worden teruggevoerd op sociaaleconomische factoren. Echter, etniciteit is ook een autonome factor. Dit blijkt ook uit de verschillen in gezondheid tussen etnische groepen onderling. Etniciteit speelt een onafhankelijke rol, zowel bij ziekte en sterfte als bij gezondheid. Er zijn specifieke ziekten die vaker voorkomen bij allochtonen zoals diabetes maar ook ziektes die minder vaak voorkomen zoals kanker. Deze verschillen vinden hun oorsprong in genetische verschillen (bepaalde bloedziekten), in verschillen in leefstijl (bijv. diabetes) en in cultuurverschillen en de positie in de samenleving (bijv. depressie).

De vraag of de zorg voor iedereen toegankelijk is, is vanuit rechtvaardigheids- en doelmatigheidsoverwegingen van belang. Uit de Zorgbalans 2008 blijkt dat de toegankelijkheid (zorggebruik in relatie tot behoefte) van de huisarts voor allochtonen niet anders is dan voor autochtonen. Voor ziekenhuiszorg, specialistische zorg, prenatale zorg en kraamzorg lijkt de toegankelijkheid wat minder goed. Onbekend is of dit lagere zorggebruik tot meer ongezondheid leidt.

Bij de zorg aan allochtonen is sprake van een aantal problemen die ten koste kunnen gaan van de kwaliteit en effectiviteit van de zorg. Zo kunnen er in de relatie zorgaanbieder/zorgvrager communicatieproblemen optreden. Vanuit de zorgaanbieder is dan meer aandacht nodig voor culturele verschillen en begrip voor de gezondheidsvaardigheden van de zorgvrager. De zorgvrager weet niet altijd hoe het Nederlandse zorgsysteem werkt, heeft andere opvattingen over ziekten en behandeling en er zijn taalproblemen. Dit laatste punt onderstreept de noodzaak tot taalbeheersing. Veel (preventieve) interventies die bij autochtonen werken, kunnen allochtonen niet of nauwelijks bereiken. Door het aanbieden van zorg en

<sup>1</sup> TK 2007–2008 29 323, nr. 49.

interventies die beter zijn afgestemd op de zorgvraag en de verwachtingen van de zorgvrager wordt de effectiviteit van de zorg verhoogd.

Zie voor een uitgewerkte analyse bijlage 2.

### 3 Visie

Vermijdbaar gezondheidsverlies komt het meest voor onder mensen die door sociaaleconomische achtergronden meer gezondheidsrisico lopen. Het kabinet wil een bijdrage leveren aan het verkleinen van deze risico's en aan een verbetering van het sociaaleconomisch gezondheidspatroon. De basis hiervoor is effectief preventiebeleid, met minder nazorg door meer voorzorg. De preventieparadox mag ons daarbij geen parten spelen. Natuurlijk is de snelle, zichtbare gezondheidswinst van medische ingrijpen voor een relatief kleine groep patiënten buitengewoon waardevol. Deze zichtbare winst mag echter niet het zicht ontnemen op het belang van preventieve maatregelen voor de algehele bevolking.

Het kabinet onderscheidt een aantal motieven om te werken aan het verkleinen van verschillen in gezondheid door sociaaleconomische achtergronden:

- zorg voor kwetsbare mensen (en hun familieleden etc.) en groepen;
- bevorderen van rationele leefstijlkeuze;
- toegankelijkheid van de zorg waarborgen (algemeen belang bij preventie);
- externe effecten; waar gezondheid verweven is met andere gerechtvaardigde belangen (bijvoorbeeld een goed functionerende arbeidsmarkt).

Bij het inzetten van instrumenten prefereert het kabinet methoden die zoveel mogelijk appelleren aan de eigen verantwoordelijkheid van mensen en die een weerbare samenleving versterken. Met andere woorden: bij voorkeur kiest het kabinet voor die beleidsmethoden die recht doen aan het feit dat mensen in eerste aanleg zelf hun leefstijl kiezen, maar die wel het nemen van verantwoordelijkheid voor een gezond leven stimuleren. Hier uit volgt een voorkeur voor de volgende instrumenten:

- informatievoorziening;
- voorlichting (bijvoorbeeld consultatiebureaus);
- het aanmoedigen van zelfregulering (door werkgevers, scholen, aanbieders van producten);
- fiscale instrumenten;
- verboden.

Omdat het om leefstijlen en om persoonlijke keuzen gaat, is het van belang met name te kiezen voor een beleid dat mensen bewust maakt van hun keuzen via informatie en voorlichting en zelfregulering aanmoedigt. Als het om kinderen gaat, kan een meer paternalistisch motief passend zijn (bijvoorbeeld een reclameverbod voor alcohol tot negen uur in de avond).

#### 3.1 Doelstelling en monitoring

Het toenmalige kabinet heeft, naar aanleiding van het rapport van de Commissie Albeda, in 2001 als doelstelling geformuleerd dat de gezonde levensverwachting van laagst opgeleiden (uitsluitend lagere school) toeneemt met drie jaar in de periode 2000 tot 2020. Zeker gelet op de nieuwe cijfers over het verband tussen opleidingsniveau en gezondheid, hecht ook dit kabinet aan een concrete doelstelling. De formulering hiervan is echter afhankelijk van een nadere analyse van de onlangs beschikbaar gekomen cijfers en van een aantal hierna te noemen adviezen. Het te verwachten resultaat is afhankelijk van het gekozen scenario. Zo zou, als in een extreem scenario iedere roker per direct zou stoppen, volgens een ruwe berekening niet alleen de levensverwachting van de totale bevolking uiteindelijk met 1,5 à 2 jaar kunnen toenemen,

maar ook zou, vanwege het hoge percentage rokers onder laag opgeleiden, het verschil in levensverwachting tussen hoog en laag opgeleiden met ongeveer een jaar kunnen dalen.

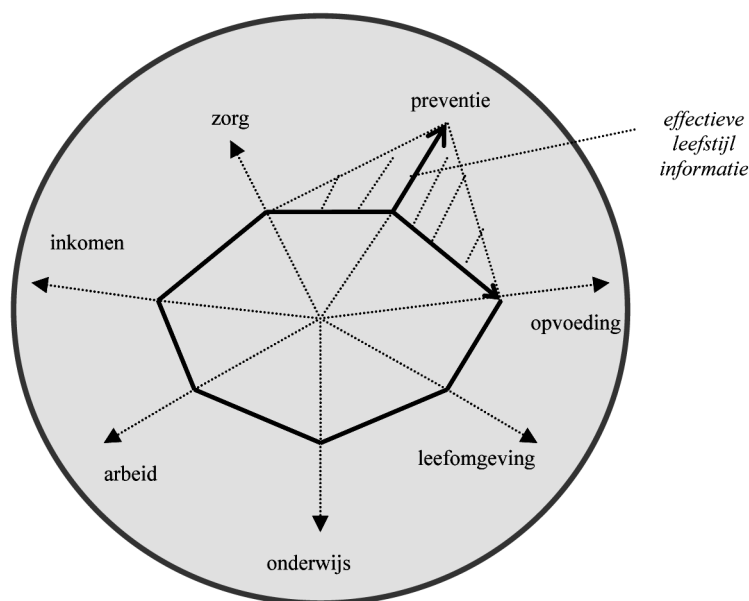
Bij de formulering van een doelstelling zal het kabinet rekening houden met de mogelijkheid dat het aandeel laagst opgeleiden in de bevolking (thans circa 10%) verder afneemt. Tot de nog resterende groep laagst opgeleiden zal vermoedelijk een relatief groot aantal mensen behoren met een aangeboren (dus niet meer te vermijden) ongezondheid of zwakbegaafdheid en als gevolg daarvan een lage sociaaleconomische positie. Dit kan het verband tussen sociaaleconomische omstandigheden en gezondheid vertekenen<sup>1</sup>.

Het RIVM heeft een monitor Gezondheidsachterstanden ontwikkeld. Deze monitor geeft periodiek de omvang van sociaaleconomische verschillen in gezondheid weer. Maar ook oorzaken van gezondheid, zoals gedrag, omgevingsfactoren en zorggebruik, zijn onderdeel van de monitor Gezondheidsachterstanden. De trends in de omvang van deze sociaaleconomische verschillen wordt geschetst tegen de achtergrond van ontwikkelingen in sociaaleconomische status, zoals opleidingsniveau van de bevolking en inkomen. De nieuwe cijfers van het CBS worden opgenomen in de monitor Gezondheidsachterstanden. Ik zal afspraken maken met het CBS over een periodieke actualisering.

### 3.2 Integraal beleid: centraal en lokaal

Zoals in de inleiding al is aangegeven hecht het kabinet aan een integrale aanpak. Dit is in lijn met de aanbeveling van de IBO-werkgroep *Gezond gedrag bevordert* en is in de kaderbrief vorig jaar met nadruk onderschreven. In figuur 5 wordt dit uitgebeeld.

**Figuur 5: Potentiële winst van integraal gezondheidsbeleid**



<sup>1</sup> In wetenschappelijke termen heeft aangeboren ongezondheid of zwakbegaafdheid in dit kader het karakter van een *confounder*, dat wil zeggen een factor die invloed heeft op zowel gezondheid als sociaaleconomische positie.

De essentie van figuur 5 is dat de meeste voorwaarden voor gezondheid buiten het domein van de zorg worden gecreëerd. In de figuur worden, met de klok mee, de «competenties» van integraal beleid gepresenteerd. De basis voor gezondheid wordt gelegd met preventie en opvoeding in een gezonde leefomgeving. In het onderwijs worden de voorwaarden

geschapen voor persoonlijke ontwikkeling en een goede positie op de arbeidsmarkt. Waar nodig wordt ondersteuning gegeven en zorg verleend. Tussen deze schakels bestaat synergie. Effectieve leefstijlinformatie, bijvoorbeeld, werkt door de hele keten heen. Door versterking van de competenties wordt steeds meer van de potentiële gezondheidswinst (in de figuur is dit de ruimte tot de buitenste cirkel) veroverd.

Het belang van samenhang en benutting van mogelijkheden tot synergie, waarop ik reeds wees in mijn brief van 9 juli van dit jaar, wordt onderstreept door de veelheid aan relevante beleidsinitiatieven binnen de rijksoverheid. Een analyse van de verschillende hoofdstukken van de rijksbegroting voor 2008 laat dit zien (zie figuur 6 in paragraaf 4.2). Analytisch valt de beleidsinspanning in twee fasen uiteen. In eerste instantie is het beleid gericht op een goede start voor iedereen, waarbij waar nodig rekening wordt gehouden met sociaaleconomische verschillen. De meeste jonge mensen worden hierdoor goed voorbereid op hun toekomst. Ze zijn weerbaar en gemotiveerd en hebben, door leefstijleducatie en sport, gezondheidsvaardigheden opgedaan. Veel beleid is vervolgens gericht op de bescherming van de gezondheid gedurende het leven.

Ondanks veel beleidsinspanningen, maakt toch niet iedereen die gezonde start. Het lijkt onvermijdelijk dat een groep mensen met een lage opleiding en een laag inkomen te maken krijgt met vroege ongezondheid in ongunstige sociaaleconomische omstandigheden. Dit blijkt zich op alle opleidingsniveaus voor te doen. In tweede instantie is het beleid daarom gericht op het terugdringen van de invloed van deze omstandigheden op de gezondheid. Vooral de Sociale Pijler, de preventie, de zorg (cure en care) en het ruimtelijk en milieubeleid sorteren hierbij effect. Dit beleid is mede gericht op verspreiding van (nieuwe) kennis over leefstijl en gezondheidsvaardigheden onder alle lagen van de bevolking, en is daarom generiek. Generiek beleid betekent geen eenheidsworst. Beleid voor iedereen moet ook iedereen kunnen bereiken. Waar nodig vergt dat een aangepaste benadering voor verschillende groepen. Het kabinet verwacht, en wil waar nodig bevorderen, dat de in het volgende hoofdstuk te noemen generieke maatregelen vooral gunstig uitwerken voor lager opgeleiden.

Omdat ongezondheid vaak een fijnmazig probleem is, is de aangewezen aanpak – naast integraal en zoveel mogelijk preventief – ook decentraal en zeker ook niet een zaak van de (rijks)overheid alleen! De inzet van partijen die belang bij en zicht en invloed op gezondheid hebben is onontbeerlijk. Het gaat dan vooral om gemeenten, werkgevers en scholen. Het kabinet heeft daarom bij de RVZ, de ROB, de Onderwijsraad en de SER advies gevraagd over de vraag hoe deze inzet op evenwichtige wijze verder kan worden geactiveerd. Naast deze grote spelers leveren uiteraard ook andere maatschappelijke partijen in de wereld van sport, cultuur en welzijn een bijdrage. Het is zonder meer wenselijk dat het rijk gecoördineerd optreedt bij contacten en het maken van afspraken met deze partijen. Hier wordt ook uitdrukkelijk om gevraagd door het veld. Het bevorderen van die samenhang en het transparant maken van de parallelle belangen is uitgangspunt voor de te nemen maatregelen. Deze worden in het volgende hoofdstuk uitgewerkt.

### *3.3 Verbinding preventie en curatie*

Als ergens kennis aanwezig is over zowel individuele gezondheidsrisico's als over preventieve interventies, dan is het wel bij de zorgprofessional. Deze kennis wordt momenteel vooral benut voor mensen met een hoog ziekterisico (geïndiceerde preventie). De kennis van de zorgprofessionals kan echter ook van groot nut zijn in het kader van de openbare gezond-

heidszorg, gericht op groepen met verhoogd risico (selectieve preventie)<sup>1</sup>. Gemeenten zijn op grond van de Wet Publieke Gezondheid verantwoordelijk voor deze openbare gezondheidszorg. Vooral in de achterstandswijken, waar risicogroepen sterk zijn vertegenwoordigd, is dit beleid momenteel in ontwikkeling. Het kabinet wil de samenwerking tussen openbare gezondheidszorg, de curatieve zorg en de thuiszorg versterken en daarmee een logische en doelmatige keten voor selectieve en geïndiceerde preventie tot stand brengen.

### 3.4 Legitimatie overheidsinterventie

De overheid dient er voor te zorgen dat de publieke dienstverlening, waaronder de collectieve zorg en het onderwijs, voor iedereen in gelijke mate toegankelijk is afhankelijk van de behoefte. Daarnaast wordt in het eerder genoemde IBO-rapport ingegaan op de legitimatie van overheidsingrijpen bij gezondheidsbevordering met name in relatie tot leefstijl. Daarop gebaseerd stelt het kabinet dat interventies om gezondheidsverschillen terug te dringen in een aantal gevallen gelegitimeerd zijn:

- Ongezonde leefstijlkeuzes veroorzaken maatschappelijke schade die bij de individuele afweging van genot tegen kosten niet wordt mee gewogen. Deze schade kan uiteenlopen van openbare dronkenschap tot arbeidsongeschiktheid bij morbide obesitas<sup>2</sup>.
- Ongezondheid wordt veroorzaakt door negatieve (externe) invloeden vanuit de sociale of fysieke omgeving. Dit betreft bijvoorbeeld luchtkwaliteit, een bedompt schoollokaal of het ontbreken van een veilige fietsverbinding.
- Er is informatietekort over de effecten van leefstijl op de gezondheid.
- Overwegingen van sociale rechtvaardigheid, bijvoorbeeld zorg voor kwetsbare groepen.

Daadwerkelijke keuze voor interventies zal afhangen van de weging van het probleem en van de beschikbaarheid van instrumenten die recht doen aan de eigen verantwoordelijkheid van mensen (en daaraan appelleren), (kosten-)effectief en proportioneel zijn. In grote lijnen gaat het om effectieve informatievoorziening, betrokkenheid van partijen met belang, zicht en invloed, het verbeteren van de sociale en fysieke omgeving en het beschikbaar stellen van interventies. De vrije leefstijlkeuze wordt daarbij niet aangetast; de afweging van positieve (genots-) en negatieve (kosten- en gezondheids)aspecten is immers een persoonlijke.

---

<sup>1</sup> Het percentage personen dat aangeeft adviezen over leefstijl van de huisarts te hebben ontvangen in de afgelopen twee jaar is in Nederland met 25% relatief laag. In de VS is dit 56% (Zorgbalans 2008).

<sup>2</sup> Deze schade bestaat bij benadering uit de waarde van de gederfde productie verhoogd met de kosten van de noodzakelijke collectief gefinancierde zorg en verminderd met het verschil tussen uitkering en loon.

## 4 Maatregelen

In dit hoofdstuk zet het kabinet uiteen welke maatregelen het neemt c.q. overweegt om de doelstelling, het verhogen van de levensverwachting van laagopgeleiden met drie jaar in de periode 2000–2020, te bereiken. Zoals hiervoor uiteengezet gaat het om maatregelen in de gezondheidszorg, maar vooral ook in andere sectoren. Wat door dit kabinet recent in gang is gezet, zetten we hier op een rij. Tevens geeft het kabinet aan welke maatregelen het nog meer neemt. Het slot van dit hoofdstuk gaat in op de krachtwijken en de zorg voor allochtonen.

### 4.1 Overwegingen t.a.v. instrumenten en maatregelen

In zijn algemeenheid zijn de volgende soorten instrumenten te onderscheiden:

- informatievoorziening;
- voorlichting (bijvoorbeeld consultatiebureaus);
- het aanmoedigen van zelfregulering (door werkgevers, scholen, aanbieders van producten);
- fiscale instrumenten;
- verboden.

Voor het verminderen van gezondheidsverschillen gelden een aantal overwegingen bij het inzetten van deze instrumenten:

- De effectiviteit en bereik van nieuw en bestaand beleid is afhankelijk van sociaaleconomische achtergronden. Op veel beleidsterreinen wordt al rekening gehouden met de invloed van deze factor. Op gebieden waarop cultuur- en taalverschillen een belangrijke rol spelen, zoals in het onderwijs en de zorg, vergt dit echter extra aandacht.
- Informatievoorziening over leefstijl is een belangrijk instrument, maar werkt alleen als het wordt ingezet in combinatie met andere instrumenten. Daarnaast vereist informatievoorziening aan lager opgeleiden speciale aandacht. Middelbaar en hoger opgeleiden (twee op de drie Nederlanders) zijn gemiddeld goed in staat om op zichzelf te letten en oefenen een forse koopkrachtige vraag naar gezondheid uit. Eenzijdige nadruk op voorlichting in het verleden heeft waarschijnlijk de verschillen vergroot, ook al moet daarbij worden aangetekend dat mensen in minder bedeelde sociaaleconomische groepen veelal het algemene patroon volgen, zij het met vertraging. Voor groepen lager opgeleiden is het dan ook juist zaak de boodschap in te bedden in een gericht aanbod van leefstijl programma's bijvoorbeeld op het gebied van onder meer; roken, bewegen, voeding en depressie. Op die manier kan ook het gezag van de informant, bijv. de huisarts, optimaal gebruikt worden.
- Scholen, werkgevers, gemeenten en andere partijen kunnen gezondheid stimuleren op basis van hun parallelle belang. Een eerste voorwaarde is dan wel dat zij de schade kunnen herkennen die zij onder vinden als gevolg van ongezondheid. Zo behoren gemeenten te kunnen zien waar leefstijl bijdraagt aan ongezondheid die op wijk- of buurtniveau schade doet aan participatie en veiligheid; werkgevers behoren te kunnen vaststellen waar ongezondheid van werknemers ten koste gaat van de productiviteit. Het rijk kan dit ondersteunen met het zichtbaar maken van die effecten, informatie over risico's, meetinstrumenten en door ondersteunende maatregelen op het gebied van onder meer arbeidsomstandigheden.
- Veel vermijdbaar gezondheidsverlies wordt veroorzaakt door ongezond gedrag. Dat gedrag wordt op diverse wijze beïnvloed door de fysieke en sociale omgeving. Luchtkwaliteit, beschikbaarheid van groen en ruimte, nabijheid en toegankelijkheid van voorzieningen, maar ook bijvoorbeeld maatschappelijke en inkomensondersteuning



zijn factoren die direct en indirect een grote invloed hebben op de gezondheid. Het rijk heeft de mogelijkheid om met de beschikbare instrumenten veranderingen in deze factoren te bewerkstelligen.

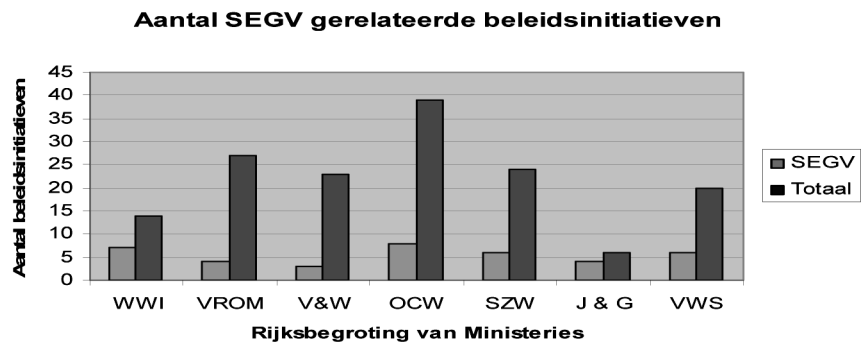
- Het IBO-rapport pleit voor het inzetten van een optimale instrumentenmix waarbij het rijksbeleid van invloed is op de bevoegdheden en verantwoordelijkheden van andere actoren en ook op de incentives die deze actoren hebben om gezond gedrag te bevorderen. Daarnaast moet het integraal beleid zo worden georganiseerd dat er ook een expliciete afweging wordt gemaakt tussen het bevorderen van gezond gedrag en andere maatschappelijke doelen.

Op basis van bovenstaande overwegingen kiest het kabinet voor het volgende pakket aan instrumenten en maatregelen.

#### 4.2 Maatregelen buiten het domein van VWS

In aanvulling op reeds bestaand beleid is bij het coalitieakkoord nieuw beleid ingezet dat direct of indirect kan bijdragen aan het terugdringen van de negatieve invloed van sociaaleconomische achtergronden. Het RIVM heeft hiervan een inventarisatie gemaakt waarop figuur 6 is gebaseerd. De uitwerking van deze figuur vindt u in bijlage 1.

**Figuur 6: Beleidsinitiatieven**



Bron: RIVM.

Concrete maatregelen die in dit kader reeds zijn getroffen, zijn gericht op de bevordering van de effectiviteit en het bereik van beleid in verband met sociaaleconomische achtergronden:

- De landsdekkende convenanten Voortijdig Schoolverlaten met gemeenten en scholen, die er toe moeten leiden dat de voortijdige schooluitval vermindert van 70 000 naar 42 000 leerlingen per jaar. Daarnaast moeten in de periode 2008–2011 de aantallen leerlingen met een taalachterstand in het basisonderwijs zijn teruggedrongen met 40 procent. Ook zijn er prestatieafspraken gemaakt met de grote steden over de voorschoolse educatie (alle 2 tot 4-jarigen).
- Ondersteuning van lage inkomens met onder andere schuldhelpverlening, inkomensvoorzieningen en aanvullende beurzen voor studenten van minder draagkrachtige ouders. Het beroep op aanvullende bijstand bij onvolledige AOW-opbouw wordt gestimuleerd, zoals van allochtonen die pas op latere leeftijd naar Nederland zijn gekomen. Met de convenanten «Kinderen doen mee» en de subsidiëring van het Jeugdsportfonds wordt de sportdeelname van kinderen uit arme gezinnen bevorderd.
- Een aantal participatiebevorderende maatregelen. Mensen moeten de mogelijkheid krijgen om te presteren naar vermogen. Integratie van minderheden is hierbij belangrijk. Het wegnemen van de laaggeletterdheid is een speerpunt voor de komende jaren. De laag-

geletterdheid moet afnemen met 60 procent naar 600 000 in 2015. Het koppelen van de kinderbijslag aan het volgen van onderwijs gericht op een startkwalificatie levert een financiële prikkel tot onderwijsdeelnemers.

- Het inrichten van een gezonde leefomgeving in de brede zin van het woord. Het gaat hierbij om voldoende groen in woonwijken, de aanleg van fietspaden maar ook het binnenmilieu in huizen en het beperken van geluids- en stankoverlast. Een veilige omgeving is belangrijk, veilige wegen, de aanpak van verkeersveiligheid en minder criminaliteit in de wijk zorgen ervoor dat mensen zich vrij kunnen bewegen in een gezonde omgeving.
- De inspanning voor de wijkaanpak van WWI (zie par 4.4).

In voorbereiding:

- VWS heeft tezamen met SZW en BZK het meerjarige kennisinvesteringprogramma «Participatie en Gezondheid» opgestart. De kerndoelstelling van het programma is de participatie en de gezondheid van werknemers te verbeteren door ontwikkeling en ontsluiting van kennis ter zake, alsook de implementatie van deze kennis in bedrijven en instellingen. Als toepassingsgebied moet bijvoorbeeld worden gedacht aan verzuimbeleid, preventie, re-integratie en ouderenbeleid. Als eerste fase in dit programma zijn zes deelstudies opgeleverd, die de kennisleemtes hebben onderzocht op zes terreinen van participatie en gezondheid, waaronder de invloed van leefstijlfactoren en de invloed van arbeidsrisico's. Momenteel wordt mede op basis van de genoemde deelstudies gewerkt aan de formulering van het beoogde kennisinvesteringprogramma. Het programma zal lopen van 2009 tot en met 2012 en wordt door SZW en VWS gezamenlijk gefinancierd. BZK lift als grote werkgever mee.
- Het RIVM inventariseert welke effecten beleidsmaatregelen binnen en buiten de volksgezondheidssector hebben op het terugdringen van gezondheidsachterstanden. Dit rapport wordt voor 1 april 2009 verwacht.
- In het kader van het voornemen van het kabinet om de parallelle belangen en stimulansen van bedrijven, scholen en gemeenten te versterken is advies gevraagd aan de SER, de RVZ de Onderwijsraad en de ROB<sup>1</sup>. Deze adviezen worden voor 1 april 2009 verwacht.

#### 4.3 Maatregelen op het terrein van VWS

Op het terrein van VWS wil het kabinet de beschikbaarheid en verspreiding van toegesneden leefstijlinterventies, gericht op de relevante groepen, blijven bevorderen. Leefstijlinterventies dragen in beginsel relatief veel bij aan de gezondheid van groepen mensen bij wie een ongezonde leefstijl veel voorkomt. De beoogde opname van een aantal leefstijlinterventies in het basispakket van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de daarbij flankerende maatregelen (zoals de hier na te noemen mogelijkheid van kwijtschelding van het eigen risico door zorgverzekeraars) zijn daarom ook een essentieel onderdeel van het verminderen van gezondheidsverschillen. Daarnaast neemt VWS maatregelen op het terrein van het verbeteren van de kennis, informatievoorziening en het bevorderen van een gezonde omgeving. Beleidsvoornemens voor het verbeteren van de gezondheid van allochtonen komen in par 4.5 aan bod.

*Maatregelen die reeds in gang gezet zijn:*

- **Opname van leefstijlinterventies in het basispakket.** De voorbereidingen hiervan zijn in volle gang. Voorwaarden zijn geïndiceerde preventie, bewezen kosteneffectiviteit en budgettaire inpasbaarheid. Het gaat hier om de volgende zaken:

---

<sup>1</sup> Adviesaanvragen: Bijlage 3.

- *hulp bij stoppen met roken*  
Een aantal interventies valt nu al onder te verzekeren prestaties. In beginsel is elke roker die een arts consulteert en aangeeft te willen stoppen geïndiceerd voor begeleiding en valt dit onder de Zvw. Over de uitvoerbaarheid van een met nicotinevervangende middelen gecombineerde interventie vindt thans een proefimplementatie plaats; op basis van de uitkomsten daarvan zal ik uitbreiding van de aanspraken bezien.
- *de beweegkuur*  
In 2007 is er een start gemaakt met het ontwikkelen van de BeweegKuur. Eerst is een werkbaar prototype ontwikkeld ten behoeve van een toets in 7 pilotregio's. Eind 2008 moet dat leiden tot een BeweegKuur die van 2009 tot 2011 wetenschappelijk onderzocht kan worden op (kosten)effectiviteit. Op basis van die onderzoeksgegevens zal het CVZ de Minister van VWS adviseren over opname van de BeweegKuur in het basispakket van de zorgverzekeringen.
- *preventie in de GGZ*  
Naast de vormen van individuele preventie die door de overheveling vanuit de AWBZ nu onder de Zvw kunnen worden gedeclareerd, is het Trimbosinstituut subsidie verleend voor een pilot en effectiviteitsonderzoek voor het programma «Mentaal Vitaal». Op basis van de resultaten en een advies van het CVZ zal worden beslist over opname in het basispakket.
- *zelfmanagement voor chronisch zieken*  
Om mensen in staat te stellen hun chronische ziekte zo goed mogelijk in het leven in te passen en een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven te behouden is adequaat «zelfmanagement» essentieel. In de brief aan de Tweede Kamer<sup>1</sup> over de programmatische aanpak van chronische ziekten is zelfmanagement genoemd als één van de pijlers van het beleid. Activiteiten in dit verband worden uitgevoerd door ZonMW (Programma *Disease management*) en het CBO.
- **Het bevorderen van de beschikbaarheid en verspreiding van toegesneden leefstijlinterventies, gericht op de relevante groepen.** Daartoe:
  - bekostigt VWS het Preventieprogramma van ZonMw. Voor de gehele periode 2006–2009 is hiervoor 45 miljoen beschikbaar (3e Programma). Nieuw is de prioriteitstelling in het 4e programma (2010–2013) die sterker gericht zal zijn op onderzoek naar kosteneffectiviteit van bestaande interventies, bevordering van het gebruik en de implementatie van bewezen kosteneffectieve interventies en onderzoek naar specifieke interventies om sociaal-economische gezondheidsverschillen terug te dringen.
  - bekostigt VWS een aantal gezondheidsbevorderende instellingen, die zich bezighouden met ontwikkeling van preventieve interventies. Nieuw is dat hun productie binnenkort zal worden getest en gecertificeerd door het Centrum Gezond Leven<sup>2</sup> van het RIVM. Dit CGL zal ook het overzicht over de beschikbare effectieve interventies bijhouden en vraag (gemeenten, GGD'en, scholen, bedrijven, zorginstellingen) en aanbod samenbrengen.
  - brengt het RIVM in kaart welke beleidsmaatregelen en interventies er zijn met effect op de gezondheid van mensen met een lage sociaaleconomische status.
  - doet het RIVM epidemiologisch onderzoek, dat onder meer via de VTV wordt verspreid en op basis waarvan de Minister van VWS een periodieke Volksgezondheidsnota uitbrengt. Deze is onder andere richtinggevend voor de vierjaarlijkse gemeentelijke Gezondheidsnota's. Verder heeft het RIVM voor de het beter volgen van de gezondheidsverschillen de monitor Gezondheidsachterstanden ontwikkeld.

<sup>1</sup> TK 2007–2008, 31 200 XVI, nr. 155.

<sup>2</sup> Het CGL is gestart in 2007 en wordt op 15 december 2008 formeel operationeel.

- **Stimuleren dat ook decentrale partijen, zoals gemeenten, scholen, bedrijven en zorgverzekeraars gezond gedrag gaan bevorderen.** Daartoe:
  - is advies gevraagd aan SER, RVZ, Onderwijsraad en ROB over de mogelijkheden om gezondheidswinst te boeken in de domeinen bedrijven, scholen en lokaal bestuur en de stimulansen voor gezondheid voor bedrijven, scholen en gemeenten.
  - zal vanaf 2009 het eigen risico van de Zvw kunnen worden ingezet voor de bevordering van gezond gedrag bij een aantal chronische aandoeningen.
  - zullen de stimuli voor zorgverzekeraars voor gezondheidsbevordering en preventie betrokken worden bij de evaluatie van de Zvw in 2010.
- **Eerstelijnszorg ondersteunen.** In overleg met de zorgverzekeraars, zal worden bevorderd dat leefstijlinterventies ook daadwerkelijk worden toegepast waar ze het meest nodig zijn. Dit sluit aan bij de inspanningen om samen met de aanwezige professionals, meer samenhang in de eerste lijn aan te brengen en activiteiten vooral ook community based te laten zijn. Zie verder de Doelstellingenbrief eerstelijnszorg<sup>1</sup>.
- **Tabaksmaatregelen.** In het kader van het Nationaal Programma Tabakstontmoediging (NPT) 2006–2010 wordt jaarlijks door de partners van dit programma (KWF Kankerbestrijding, Nederlandse Hartstichting, Astma Fonds en VWS) een actieplan opgesteld. In dit actieplan worden maatregelen opgenomen die een bijdrage leveren aan het tabakstontmoedigingsbeleid. Gezien de hoge prevalentie van roken bij laagopgeleiden dragen tabaksmaatregelen bij aan het verminderen van gezondheidsverschillen.
- **Aanbod sport en bewegen.** De Impuls NASB is gericht op meer bewegen door te weinig actieve burgers in 100 gemeenten die zijn geselecteerd op basis van een zwakke sociale structuur. In het Coalitieakkoord zijn extra middelen beschikbaar gesteld voor breedtesport, als bindende factor in de samenleving. Deze middelen worden onder andere ingezet om mensen te laten meedoen aan sportactiviteiten op lokaal niveau (onder meer wijkniveau). In dit verband zijn ook onderdelen van het Beleidskader Sport, bewegen en onderwijs relevant.

*Recente of in voorbereiding zijnde maatregelen:*

- **Uitbrengen van de Nota Overgewicht.** De beleidsnota over overgewicht die binnenkort verschijnt, beschrijft maatregelen voor het snelgroeiende volksgezondheidsprobleem van overgewicht en obesitas. De nota zet in op het informeren en weerbaar maken van consumenten, het ondersteunen dat de omgeving gezonder wordt gemaakt en het verbinden van preventie en zorg. Een aantal maatregelen zijn reeds in gang gezet zoals: het Kenniscentrum Overgewicht (KCO) met een kennis en netwerkfunctie, het Convenant overgewicht met een twintigtal maatschappelijke partners die elk vanuit hun eigen rol een bijdrage leveren aan het terugdringen van overgewicht, en het Partnerschap Overgewicht Nederland (PON), waarin zorgverleners en zorgverzekeraars werken aan een zorgstandaard voor mensen met overgewicht en obesitas.  
Eerder werd de nota *Gezonde voeding, van begin tot eind* uitgebracht, een nota over gezondheid en voeding. De maatregelen uit deze nota zijn extra relevant voor groepen met sociaaleconomische achterstanden, gelet op hun over het algemeen genomen slechtere voedingsgewoonten<sup>2</sup>.
- In 2010 brengt de **Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)** het rapport *Staat van de Volksgezondheid* uit met als thema «preventie effectiever maken». Ditmaal zal de Inspectie in de toetsing van het

<sup>1</sup> Doelstellingenbrief Eerstelijns: TK2007–2008, 29 247, nr. 76.

<sup>2</sup> Voedingsnota: TK2007–2008, 31 532, nr. 1.

lokale gezondheidsbeleid vooral ook kijken naar hoe gemeenten integraal gezondheidsbeleid voeren op wijkniveau om gezondheidsachterstanden te verminderen. Op landelijk niveau is nieuw dat de IGZ zich via de Inspectieraad zal inspannen voor meer samenhang tussen de verschillende Inspecties bij onderwerpen die raakvlak hebben met de sociale oorzaken van SEGV.

- Het ministerie van VWS sluit aan bij het **meerjarig innovatietraject – met als werktitel *Lokaal Centraal*** – dat medewerkers van het ministerie, VNG en GGD Nederland aan het opzetten zijn. Het traject is bedoeld om de Openbare Gezondheidszorg te versterken en lokale bestuurders meer te betrekken bij de gezondheid van hun burgers. Hierbij wordt met name uitgegaan van de regionale en lokale praktijk-situatie. Het is onder andere de bedoeling om bestaande financiële middelen beter op elkaar af te stemmen. Dat geldt met name voor de afstemming tussen landelijke en lokale activiteiten. Het traject richt zich vooral op agendasetting, verspreiding van goede voorbeelden, ontwikkelen van praktische instrumenten en, indien nodig, het ondersteunen van lokale initiatieven.

#### 4.4 Wijkaanpak

De gezondheid van inwoners in de krachtwijken is gemiddeld minder goed dan in de rest van Nederland (zie paragraaf 2.3). Gezien de gezondheidsachterstanden in de krachtwijken<sup>1</sup> ligt hier één van de uitdagingen om de gezondheid van inwoners in deze wijken te verbeteren. Deze wijken bieden ook kansen want ze zijn tegelijk een belangrijke vindplaats van ongezondheid en bieden daarmee aangrijpingspunten voor verbetering. Op 1 juli 2008 heeft Minister Vogelaar van WWI het Actieplan Krachtwijken naar de Tweede Kamer<sup>2</sup> gestuurd. In 40 wijken in 18 Nederlandse gemeenten blijft de kwaliteit van de leefomgeving door een cumulatie van problemen flink achter bij die van andere wijken.

In deze wijken is er veel werkloosheid, schooluitval, onveiligheid en eenzijdige woon- en leefomgeving met weinig mogelijkheden voor sociale contacten. De problemen staan niet op zichzelf; de hardnekkigheid van de problematiek is vooral gelegen in de cumulatie van al deze problemen. Veel wijken hebben een oververtegenwoordiging van huishoudens, die in een maatschappelijke achterstandspositie verkeren.

De centrale doelstelling van het Actieplan Krachtwijken is om samen met alle betrokkenen de 40 wijken om te vormen tot wijken waar mensen kansen hebben en weer graag wonen. Het resultaat moet zijn dat deze wijken in 8–10 jaar weer vitale woon-, werk-, leer-, en leefomgevingen zijn. In die wijken is het prettig om te wonen, zijn mensen betrokken bij de samenleving en hebben zij een perspectief op sociale stijging en participatie op de arbeidsmarkt. Aandacht voor gezondheid hoort hier onlosmakelijk bij, want gezonde bewoners zijn beter in staat om van hun wijk een krachtwijk te maken.

In de eerste helft van 2008 zijn met alle gemeenten charters afgesloten, waarin de ambities op de terreinen wonen, werken, leren en opvoeden, integreren en veiligheid zijn vastgelegd.<sup>3</sup> Onderdeel van de charters is dat er zeven experimenten starten op het terrein van bewonersparticipatie, samenhang in de wijk, slagkracht in de wijk, achter de voordeur, terugdringen bureaucratie, gezonde wijk en vernieuwend welzijn.

Doel van het experiment Gezonde Wijk is de gezondheid van inwoners in de krachtwijken te verbeteren via een integrale aanpak gericht op gezonde bewoners, een gezonde leefomgeving en een samenhangende eerstelijnszorg met preventief aanbod. De gemeenten die hebben aangegeven te

<sup>1</sup> RIVM rapport Gezondheid in veertig krachtwijken, 2008.

<sup>2</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 2007–2008, 30 995, nr. 50.

<sup>3</sup> Voortgangsrapportage wijkenaanpak, Tweede Kamer, vergaderjaar 2008–2009, 30 995, nr. 60.

willen meedoen met deze experimenten werken op dit moment aan een plan van aanpak voor de uitvoering van hun experiment.

Hiertoe gaat het kabinet het volgende doen:

- Afspraken maken met 9 gemeenten over opstellen en uitvoeren van plannen van aanpak per gemeente voor de experimenten Gezonde wijk. De deelnemende gemeenten zijn Den Haag, Utrecht, Amsterdam, Rotterdam, Eindhoven, Deventer, Heerlen, Leeuwarden en Zaanstad. Gemeenten zijn hierbij aan zet, maar worden hierbij op diverse manieren ondersteund en gefaciliteerd vanuit het rijk.
- Zorgen voor een gezamenlijk aanbod vanuit landelijke organisaties (Platform Gezonde wijk/werkplaats Gezonde wijk bij het CGL) om gemeenten te ondersteunen bij het opzetten en uitvoeren van de experimenten. Relevant in dit kader is het voornemen van zorgaanbieders en verzekeraars om te komen tot een samenwerkingsverband op landelijk niveau dat gemeenten met krachtwijken ondersteunt om projecten/interventies op het grensvlak preventie/curatie via een programmatische aanpak uit te voeren en structureel in te bedden op lokaal niveau.
- Vormen van een gezamenlijk werkend netwerk op landelijk niveau, dat gemeenten met krachtwijken adviseert bij het (her)inrichten van de fysieke leefomgeving in de wijk zodat de bewoners optimaal in staat gesteld worden om zo gezond mogelijk te leven.
- Monitoren en evalueren. ZonMw heeft binnen het 3e preventieprogramma een project goedgekeurd dat de effecten van het actieplan krachtwijken op de gezondheidsproblemen van de inwoners van deze wijken zal onderzoeken.

Deze experimenten Gezonde wijk zien we als proeftuinen waar de betrokken partijen onder regie van de gemeente via een brede aanpak de gezondheid van de inwoners willen verbeteren. De experimenten en hun resultaten zullen landelijk worden gevolgd om meer inzicht te krijgen welke maatregelen daadwerkelijk effect opleveren. Vervolgens zullen deze resultaten worden uitgedragen naar andere krachtwijken en achterstandswijken in Nederland.

Het stedenbeleid vanaf 2010<sup>1</sup> zal voortborduren op de resultaten van de krachtwijken aanpak, inclusief de experimenten Gezonde wijk.

Tijdens de Algemeen Politieke Beschouwingen op 25 september 2008 is een motie ingediend (motie Hamer PvdA) waarin de Tweede Kamer de regering verzoekt om de wijkaanpak extra te verbreden en financieel te ondersteunen door ondermeer in het kader van het Actieplan Beter (t)huis in de buurt het aantal wijkverpleegkundigen uit te breiden, te beginnen in de 40 krachtwijken. Op dit moment bekijken VWS en VROM/WWI hoe de hiervoor beschikbare middelen zo direct mogelijk bij wijkverpleegkundigen in de krachtwijken terecht kunnen komen. We proberen deze motie in samenhang uit te voeren met de experimenten Gezonde wijk, die erop gericht zijn de gezondheid van mensen in de krachtwijken te verbeteren en het aanwezige zorgaanbod in de wijken te verbeteren.

De IGZ gaat thematisch toezicht houden op de aanpak van wijken met gezondheidsachterstanden. Dit betreft een thematisch toezicht bij gemeenten met achterstandswijken om te bevorderen dat zij interventies op het gebied van de gezondheidsbevordering toepassen die bewezen effectief zijn voor groepen met de laagste sociaaleconomische status. De inspectie wil komen tot een norm wat een redelijke inspanning van gemeenten is in het kader van de WCPV om de gezondheidsachterstanden te verminderen. De resultaten worden in het rapport Staat van de Volksgezondheid van 2010 gepubliceerd.

---

<sup>1</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 2008–2009, 31 757, nr. 1.



#### 4.5 *Beleid en -voornemens voor verbeteren gezondheid allochtonen*

Verschillende partijen doen al veel om de gezondheid van allochtonen te verbeteren. Ook zijn er veel nieuwe plannen. De plannen en interventies om de oorzaken van gezondheidsachterstanden te verkleinen zoals beschreven in de vorige paragraaf, zijn ook van toepassing voor allochtonen die behoren tot de lage SES. Vooral het opnemen van de interventies beweegkuur en stoppen met roken in het basispakket zullen veel invloed hebben op de gezondheid van allochtonen. Waar nodig om de effectiviteit van zorg en interventies te verbeteren worden deze interventies specifiek gericht op allochtonen.

##### *Bestaande activiteiten:*

###### *Integraal beleid*

- Meedoen allochtone jeugd aan sport. Actieplan 2006–2010 (VWS). In dit verband zijn ook onderdelen van het Beleidskader Sport, bewegen en onderwijs relevant.
- Wegnemen van factoren die de arbeidsparticipatie speciale groepen belemmeren (SZW).
- Vergroten maatschappelijke participatie allochtonen (WWI).

###### *Communicatie en scholing*

- Cursussen over interculturalisatie in de zorg voor zorgaanbieders (o.a. Pharos).
- Inzet van VETC (voorlichters eigen taal en cultuur), allochtone zorgconsulenten en tolken.
- Gemeenten betrekken migrantenorganisaties bij leefstijlinterventies. Bijvoorbeeld in Rotterdam bij de aanpak van zuigelingensterfte.
- In het kader van de individuele nascholing voor huisartsen heeft het NHG het boekje «Etnische en culturele diversiteit in de huisartsenpraktijk» uitgebracht. Ook bij andere uitgaven in deze reeks is er casuïstiek over etnische en culturele diversiteit opgenomen.
- Boekje met tips over gezondheid en wanneer wel en wanneer niet naar de huisarts bij bepaalde aandoeningen. Dit boekje is gericht op inwoners van achterstandswijken, uitgebracht in Den Haag (De Thuisdokter) en in Utrecht (Dokteren onder de Dom).

###### *Onderzoek*

- Academische werkplaats Migranten en Gezondheid(szorg). Hier worden wetenschappelijke en praktijkkennis met elkaar verbonden.
- Leefstijl interventies toetsen op effectiviteit voor allochtonen.
- Waar relevant zal aandacht voor etnische en culturele diversiteit in de NHG-producten naar voren komen.

###### *Nieuwe initiatieven:*

- De regionale achterstandsfondsen huisartsen van de 4 grote steden starten een aantal activiteiten voor huisartsen in achterstandswijken. O.a. het verbeteren van de interculturele competenties van huisartsen, huisartsen trainen om de zelfredzaamheid van patiënten te vergroten en het uitbrengen van een verwijfsfolder.
- In de opleiding van zorgaanbieders komt meer aandacht voor (interculturele) communicatie en het omgaan met diversiteit van patiënten.
- Stimuleren van het landelijk uitbrengen van het boekje de Thuisdokter (initiatief van NHG, LHV en Pharos).
- Stimuleren van de ontwikkeling van een website voor huisartsen waarop de beschikbare informatie over allochtonen en zorg wordt gebundeld.
- De IGZ zal thematisch toezicht houden om te bevorderen dat de uitkomsten van zorg voor cardiovasculaire aandoeningen en wat

betreft veiligheid in de zorg voor de verschillende sociaaleconomische groepen gelijk zijn. Daarbij zal een normenkader worden opgesteld, waarin staat vermeld welke (extra) zorg nodig is om bij sociaaleconomische gezondheidsverschillen gelijke uitkomsten te krijgen. De inspectie toetst bij de desbetreffende instellingen en beroepsgroepen of deze zorg wordt gegeven en handhaaft bij onvoldoende zorg. De resultaten worden gepubliceerd in het rapport Staat van de Volksgezondheid 2012 als thema «sociaaleconomische en etnische gezondheidsverschillen».

- In overleg met ZonMw wordt bekeken of er nader onderzoek naar de effectiviteit van zorg voor allochtonen kan worden uitgevoerd.
- Toolkit gezondheidsvaardigheden bevat instrumenten voor professionals om mensen met lage gezondheidsvaardigheden te kunnen herkennen en de communicatie met deze doelgroep te kunnen optimaliseren.
- In EU-verband worden voorbereidingen getroffen voor een netwerk dat bestuurders, professionals en andere belanghebbenden kan ondersteunen bij verbetering van de gezondheid en de integratie van allochtonen met een sociaaleconomische achterstand. Nederland sluit hierbij aan.
- De Kamer zal middels voortgangsrapportages geïnformeerd worden over de relatief hoge babysterfte van allochtonen in Nederland. Hierin worden de voorlopige uitkomsten meegenomen van de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte. Zij verwerken de aanbevelingen voor de verbetering van perinatale zorg, met name voor migranten in Nederland, op basis van het beschikbare wetenschappelijk onderzoek in Nederland.



## **5 Verdere procedure**

Met dit Beleidsplan geeft het kabinet zijn reactie op de moties Van der Veen en Arib. Op een aantal punten is dit nog een voorlopige reactie.

Na ommekomst van:

- de adviezen van SER, RVZ, Onderwijsraad en ROB over parallelle belangen van bedrijven, scholen en gemeenten en een daarop te baseren aanpak,
  - een nadere analyse van de recente cijfers over het verband tussen opleidingsniveau en gezondheid,
  - rapporten van het RIVM over onder andere kosteneffectiviteit
- zal het kabinet in 2009 de Kamer opnieuw informeren. Daarbij zal ook de mogelijkheid van een concrete doelstelling ten aanzien van de ontwikkeling van de gezondheid van lager opgeleiden op de langere termijn aan de orde komen.